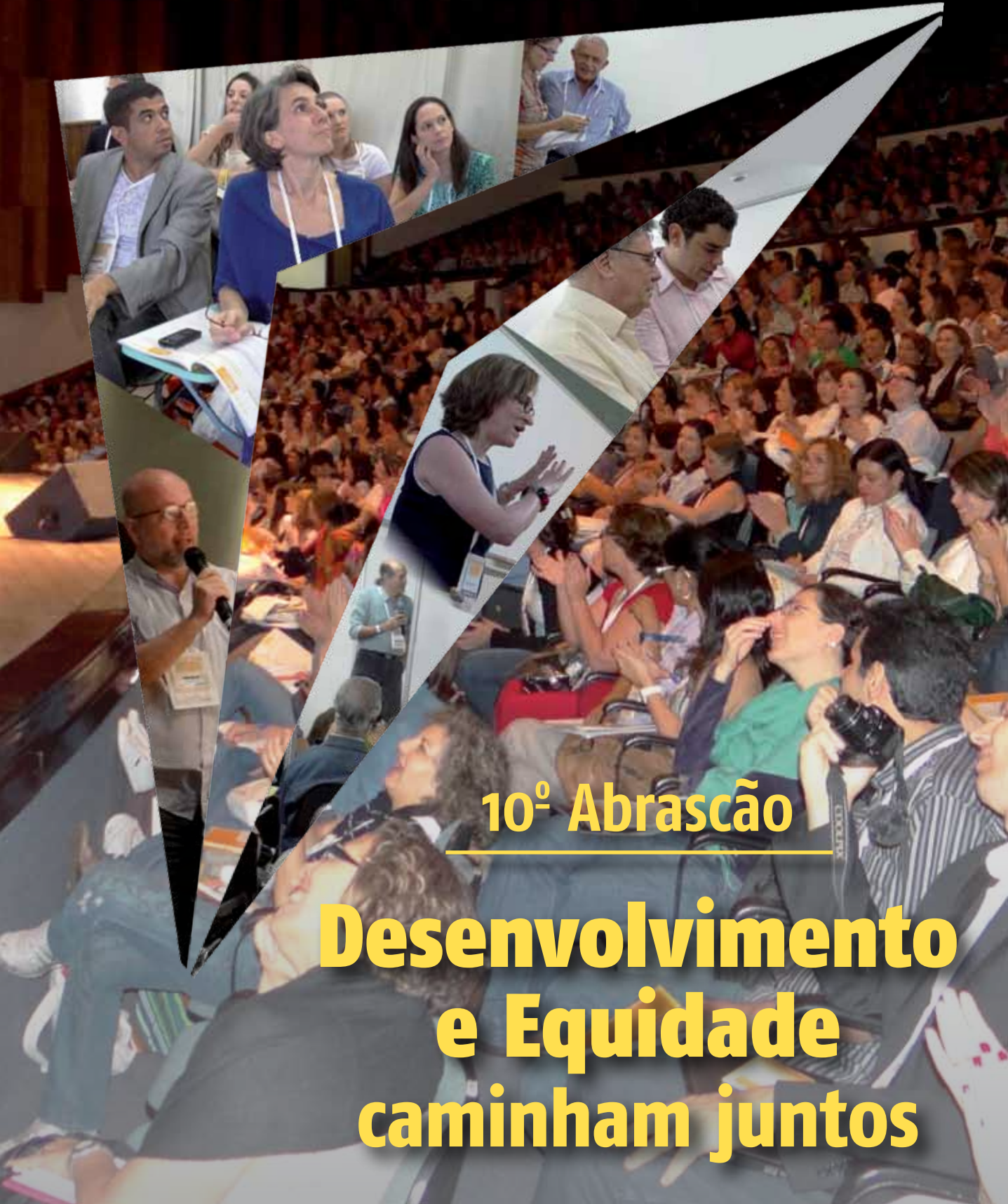


# RADIS

Nº 125 – FEV 2013



**10º Abrascão**

**Desenvolvimento  
e Equidade  
caminham juntos**

# Negligência noticiosa

*Pesquisa aponta que imprensa cobre temática do racismo, mas conteúdos não se mostram propícios ao combate do problema*

## SAIBA MAIS

- Acesse o estudo na íntegra em: [www.andi.org.br/portal-andi/publicacao/imprensa-e-racismo](http://www.andi.org.br/portal-andi/publicacao/imprensa-e-racismo)



Liseane Morosini

Os jornais brasileiros cobrem a pauta do racismo, mas deixam fora da cobertura o quadro de homicídios que vitima em especial a população negra. Com isso, tratam da violência simbólica, mas desvinculam a violência física de seu contexto primordial de produção: o próprio racismo que as motiva. A constatação é do estudo *Imprensa e Racismo — uma análise das tendências da cobertura jornalística*, realizado pela organização Andi – Comunicação e Direitos, com apoio da Fundação Ford e da Fundação W. K. Kellogg. Divulgado em dezembro, o estudo analisou o conteúdo de 1.602 notícias envolvendo a temática do racismo, publicadas entre 2007 e 2010, em 45 jornais impressos do país.

A análise detectou que a abordagem é predominante em espaços noticiosos nobres e que, mais do que relatar ocorrências, os jornais tendem a abordar o racismo de forma contextualizada (61,5% do total da amostra), buscando trazer elementos para compreensão do tema. Esse conteúdo, no entanto, não se mostra favorável aos mecanismos de enfrentamento à violência relacionada ao racismo. A análise sinaliza que o noticiário concentra-se mais na discussão desses dispositivos, mostrando-se contra o sistema de cotas, por exemplo, na maioria dos textos. Ações afirmativas e cotas são o tema mais tratado, presentes em 18% da amostra — sendo que 96,3% desta referem-se a notícias associadas ao ingresso na educação superior, seguindo-se pautas sobre igualdade e desigualdade de raça-etnia (16,5%) e os diversos tipos de violência (9,3%).

O sistema de cotas foi rejeitado em 58% dos editoriais (contra 19% favoráveis), 39% dos artigos assinados (28% favoráveis); 57% de entrevistas (14% favoráveis); e 50% das enquetes (25% favoráveis). Entre colunas e notas assinadas houve maior equilíbrio, com 30% contrários e 34% favoráveis.

O estudo fez um recorte separado sobre as violências físicas, apontando jornais omissos, ao não relacionarem características socioeconômicas e cor da pele, em vítimas de violência. E concluiu que há uma “negligência noticiosa” por parte dos

jornais cujas práticas são acionadas, muitas vezes, de modo “automatizado, naturalizado, quase silencioso”, dificultando a identificação e o combate ao fenômeno do racismo no Brasil.


## ORIENTAÇÃO EDITORIAL

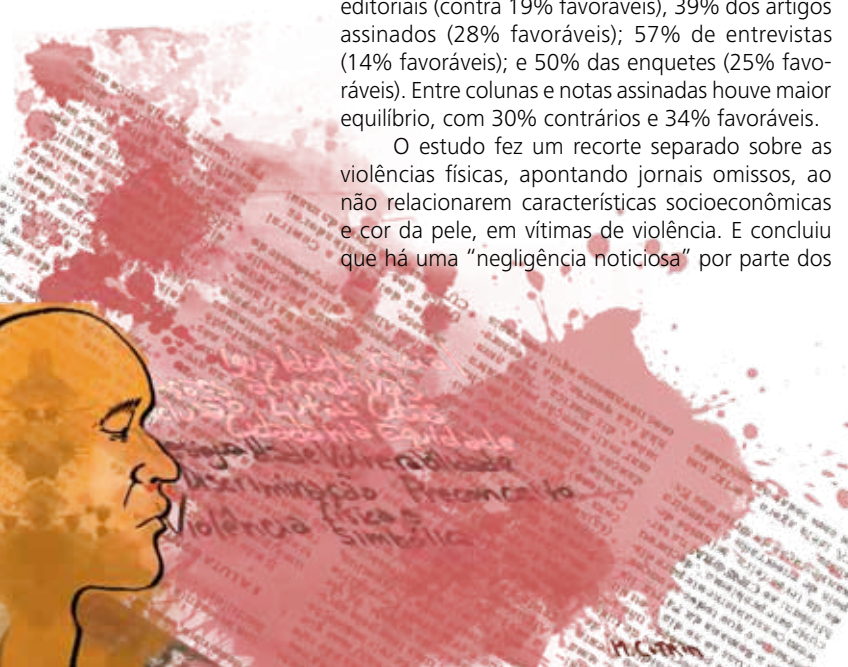
De todo o noticiário analisado, 32% enquadram-se como conteúdo opinativo no formato de artigos assinados (13,4% do total da amostra selecionada), evidenciando a importância do tema para os jornais, analisa a pesquisa. Os pesquisadores apontam que diretores e editores filtram, selecionam e dão prioridade a artigos cujo conteúdo está alinhado à orientação editorial dos jornais. Dessa forma, os editoriais registram posicionamento institucional do veículo e são reforçados pelos artigos publicados, retroalimentando os discursos referentes à cobertura do racismo.

A amostra estudada revelou, ainda, que temas como comunidades quilombolas e acesso à terra (6,9%) e mercado de trabalho (6,2%) tiveram menos espaço na cobertura. Chamou a atenção a diminuta presença (2,9% das notícias analisadas) de temas como ensino de História da Cultura Afro-Brasileira — há nove anos no currículo oficial das escolas —, saúde da população negra (1,6%) e relações entre raça/etnia e gênero (1,1%).

Entre as características dos veículos reveladas, a liderança em termos quantitativos do debate sobre racismo ficou com um veículo regional, o jornal A Tarde, da Bahia, seguido por O Estado de S. Paulo, de abrangência nacional. Na comparação entre as regiões, o Nordeste lidera com 24,9% dos textos da amostra, seguido pelo Sudeste (17,4%), Sul (13,8%), Centro-Oeste (7,9%) e Norte (3,9%). Quando se consideram as localidades mencionadas nas notícias, observa-se que os jornais dão prioridade ao tema nacional (44,8% tratam de Brasil e 31,8% de uma ou mais unidades da Federação) e concentram o debate sobre políticas sociais nos centros metropolitanos do Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

A pesquisa mostrou também que apenas 4,1% dos textos faz menção a organizações da sociedade civil. Desse total, 36,4% citam projetos ou iniciativas realizados em benefício da igualdade racial, encabeçados pelas organizações não governamentais (28,8%). O Movimento Negro aparece com 18,2% das citações — percentual que, calculado sobre o total da amostra, cai para menos de 1,0%, evidenciando a sub-representação desse ator político, um dos responsáveis pela ampliação do debate sobre racismo.

A análise rastreia ainda o uso de fontes estatísticas de informação, picos de cobertura e a contribuição de datas comemorativas na manutenção do debate público sobre a temática. 



# A fera em nossas mãos

A pergunta que abre, na página 8, a reportagem sobre o 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva embute um dos grandes desafios para a garantia do direito a saúde (e dos demais direitos constitucionais): a supremacia do mercado sobre as pessoas. Na extensa cobertura que a Radis fez do evento, as tensões entre políticas sociais e desenvolvimento econômico emergiram em quase todas as mesas, painéis e palestras.

No debate sobre inovação tecnológica, por exemplo, as *razões* do capital confrontaram-se com as demandas de mais protagonismo da sociedade civil nas definições de processos que visem às necessidades de todos e ao bem comum.

Na mesa que analisou as políticas públicas levadas à frente pelo país, apontaram-se conquistas, mas também o muito que ainda falta fazer para concretizar os ideais da Reforma Sanitária da década de 1980, que tinha como foco a seguridade social, uma concepção que veio se desmontando, em prol de interesses pouco universais.

No debate sobre agrotóxicos, mais uma vez, análises e alertas relacionados ao sistema produtivo, perverso e promotor de injustiça social. E, nesse caso, travestido de solução para “acabar com a fome”, como realçou um dos participantes da mesa. Na abordagem da saúde indígena, também ficou claro que o desenvolvimento não é para todos: as aldeias não contam com

saneamento, apenas um exemplo de situação de iniquidade.

Os interesses do mercado apareceram de forma literal no debate cujo título, Empresariamento da saúde, não deixava dúvidas sobre seu teor. Quatro pesquisadores apontaram a força e o espaço que tem a saúde suplementar em nosso país. Uma mostra: a certificação dos serviços oferecidos pelas empresas de plano de saúde se dá por padrões definidos por elas próprias, por meio de suas entidades empresariais. Outra: os conflitos envolvendo usuários e operadoras são examinados e decididos no Supremo Tribunal de Justiça, com foco, assim, nos contratos e não nos direitos.

Falou-se no Abrascão em domar o capitalismo. Se, por um lado, a proposta supõe o anseio para que a sociedade assuma as rédeas de suas demandas, por outro, reconhece nesse sistema uma fera poderosa e perigosa. Assim, resistir e lutar, e “radicalizar a presença do Estado no setor Saúde”, como propôs o pesquisador do Ipea Carlos Octávio Ocké-Reis, parecem ser caminhos mais adequados para lidar com o leão bravo.

Citando o professor Jairnilson Paim, da Universidade Federal da Bahia: não nos conformemos em ficar só com o possível. É preciso ousar.

**Eliane Bardanachvili**  
Editora da revista Radis

## CARTUM



## Expressões e Experiências

• Negligência noticiosa 2

## Editorial

• A fera em nossas mãos 3

## Cartum

3

## Voz do leitor

4



## Súmula

5

## Radis Adverte

7

## Toques da Redação

7

## 18º Congresso Brasileiro de saúde coletiva

- Não há riqueza sem saúde 8
- O olhar de dona Palmira 12
- Inovação para quem? 13
- Por uma saúde fora do mercado 15
- Políticas públicas: avanços e retrocessos 16
- Comunicação contra o veneno 18
- Armadilhas do agronegócio 17
- Desenvolvimento: muitas interpretações 21
- Medicamentos e direito à saúde 22
- Conquistas e desafios com a Lei de Acesso à Informação 23
- Dificuldade para ser índio 24
- Uma genealogia do risco 26
- Controle social ainda limitado 27
- Lógica do mercado orienta saúde suplementar 28
- Profissão: sanitária 30
- Estudantes integrados no Abrasco Jovem 31
- Federalismo articulado em prol da saúde 32
- A saúde pela arte 33

## Serviço

34

## Pós-Tudo

• Saúde é desenvolvimento 35

1982  
2012  
**30**  
anos  
**RADIS**

Capa: Fotos de Carolina Niemeyer

Ilustrações: Marina Cotrim

**Economia verde**

Sou professora dos serviços públicos estadual e municipal, e, como bacharel em História, parabeno esta revista pela excelente entrevista com a física indiana Vandana Shiva, intitulado *Há muito crescimento, mas nenhum povo* (Radis 121). Espero que vocês futuramente publiquem mais artigos dessa autora, pois o entendimento das economias verdes é fundamental para compreendermos toda a complexidade do modelo de desenvolvimento econômico brasileiro.

• Simone Santos Lima, Rio de Janeiro, RJ

**Controle de qualidade**

Achei interessante a reportagem sobre a aids (Radis 123) e, como fazemos o controle de qualidade de preservativos masculinos, sugiro, caso queiram incrementar ainda mais esse tema, uma reportagem no INCQS [Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, da Fiocruz], único Laboratório de saúde pública do mundo a fazer esse controle com o olhar de Vigilância Sanitária. Vocês estão de parabéns não só pelos 30 anos como também pelo excelente nível das reportagens apresentadas.

• Janete Duarte, Rio de Janeiro, RJ

**F:** *Janete, agradecemos sua mensagem e informamos que sua sugestão foi anotada!*

**Radis também agradece**

Sou enfermeira da atenção primária e encontrei uma revista Radis na Secretaria de Saúde do meu município. Amei as reportagens e o esclarecimento sobre as questões de saúde e saúde pública, pois eu amo muito saúde pública e reconheço que só podemos mudar algo em nosso dia a dia com

conhecimento e questionamentos pertinentes. Esta revista é surpreendente, pois ela fala sobre tudo, nos deixando atualizados e conhecedores. Gostaria de receber a revista, pois ela é um amuleto para nosso cotidiano.

• Ana Lúcia Gomes, Bicas, MG

**F:** *Cara Ana Lúcia, ficamos muito contentes com sua mensagem, pois para a Radis novos leitores são muito bem-vindos. A assinatura da revista é gratuita, mas sujeita a aumento de tiragem. Você deve entrar no site (www.ensp.fiocruz.br/radis), preencher o formulário de solicitação e aguardar. Nesse meio tempo, você pode acessar a coleção completa da Radis digitalizada, no mesmo site, ok? Um abraço!*

Quero parabenizar a revista Radis por sua importância e pela qualidade das matérias. Nós aqui do Conselho Municipal de Saúde, utilizamos e debatemos muitas matérias publicadas. Radis é, sem dúvida, a melhor revista de comunicação e saúde. Parabéns!

• Valdir Rodrigues Franco, presidente do Conselho Municipal de Saúde, Cachoeiro de Itapemirim, ES

**Acidentes de trânsito**

Olá, pessoal da Radis, sou assinante desta fascinante revista e gostaria de saber se a Radis já publicou alguma matéria sobre o atendimento em hospitais públicos em todo Brasil aos pacientes ortopédicos, vítimas de acidente de trânsito. Se não, gostaria que abordassem essa temática.

• Tânia Bogéa, São Luís, MA

**F:** *Cara Tânia, sua sugestão foi anotada. Por ora, sugerimos a leitura de reportagens sobre violência no trânsito, que publicamos nas edições 107 e 116. Um abraço!*

**Recursos para o SUS**

Gostaria de sugerir como tema para reportagem a Lei Complementar 141, de 2012 [dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde]

• Gisele Rodrigues, Brasília, DF

**F:** *Gisele, sua sugestão é oportuna e já está anotada. Um abraço!*

**Controle social**

Gostaria que a revista abordasse a trajetória do controle social no SUS e a atuação dos conselhos e seus papéis.

• Aline Brauna dos Santos, Paracuru, CE

**F:** *Cara Aline, sugestão anotada! Por ora, indicamos a leitura da edição 57 da Radis. Obrigada e um abraço!*

**Artigos**

Olá, gostaria de saber sobre a possibilidade de publicação na revista sobre dislipidemia infantil. Fizemos um trabalho experimental e já estamos com os resultados. Queremos divulgar. Como proceder?

• Thaise Yasmine Vasconcelos de Lima, Recife, PE

**F:** *Cara Thaise, a Radis não é uma revista aberta a recebimento de artigos. Trata-se de uma revista jornalística, cujos conteúdos são definidos em reuniões de pauta mensais e produzidos pela própria equipe. Ficamos gratos por seu interesse. Um abraço!*

**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.

**EXPEDIENTE**

**RADIS®** é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa Radis de Comunicação e Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

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

Coordenação do Radis **Rogério Lannes Rocha**

Subcoordenação **Justa Helena Franco**

Edição **Eliane Bardanachvili**

Reportagem **Adriano De Lavour** (subedição), **Bruno Dominguez**, **Elisa**

**Batalha** e **Liseane Morosini**

Arte **Carolina Niemeyer** (subedição)

Documentação **Jorge Ricardo Pereira**, **Laís Tavares** e **Sandra Benigno**

Administração **Fábio Lucas**, **Natalia Calzavara** e **Oswaldo José Filho**

(Informática)

Estágio supervisionado **Anna Carolina Düppre** (Reportagem), **Marina**

**Cotrim** (Arte) e **Maycon Soares Pereira** (Administração)

Periodicidade mensal | Tiragem **78.600** exemplares | Impressão Minister

Assinatura **grátis** (sujeita à ampliação de cadastro)

Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) Tel. (21) 3882-9118

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

Confira também a resenha semanal Radis na Rede e a seção Multimídia, que

complementam a edição impressa, em [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)

**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, acompanhado dos créditos, em consonância com a política de acesso livre à informação da Ensp/Fiocruz. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.





# Imagens nos maços de cigarro mantidas



**A**pós recorrer na Justiça da decisão que havia liberado a Souza Cruz de adotar seis de dez novas advertências nos maços de cigarro consideradas “exageradas” pela empresa, a Anvisa conseguiu que as imagens sejam usadas nos rótulos dos produtos. Além disso, ficou determinado que a Souza Cruz deverá também revezar a impressão de todas as dez imagens estipuladas pelo órgão na Resolução 54/08, que, em 2008, substituiu os alertas usados desde 2004 por fotos com teor mais forte, como informou o blog do Ministério da Saúde (19/12).

O julgamento ocorreu (13/12) no Tribunal Regional Federal do Rio de Janeiro (TRF-RJ). A empresa Souza Cruz informou que irá recorrer da decisão, de acordo com o jornal *O Globo* (14/12).

Segundo a psicóloga da Secretaria

Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, Cristina Peres, que falou à web rádio do Ministério da Saúde, 90% do público fumante, hoje, é jovem. Ela observou ainda que o tabagismo mata um em cada dois de seus consumidores, e que é importante que as imagens sejam tão negativas quanto possível, já que o objetivo delas é impactar e causar aversão ao produto. Cristina explicou que as imagens em maços de cigarro alertando sobre os riscos do produto é uma das medidas de controle do tabaco recomendadas pela Convenção-Quadro. A psicóloga citou, ainda, pesquisa do Instituto Nacional do Câncer que confirma a eficácia das advertências em embalagens de cigarro. Até o fim dos anos 1980, não havia qualquer alerta quanto aos malefícios do cigarro ou restrição sobre anúncios do produto. Em 1988, o Ministério da Saúde passou a associar frases como o “O Ministério da Saúde adverte: fumar é prejudicial à saúde” às embalagens. A associação das marcas de cigarro a eventos de esporte e cultura e a veiculação de propagandas no rádio e na TV foram sofrendo cada vez mais proibições, e as frases e imagens de alerta foram consideradas estratégias eficazes no combate ao fumo. O tabagismo é considerado pela OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo.

## Longevidade aumenta e doenças crônicas também



**E**studo realizado por 302 instituições de 150 países, liderado pela Universidade de Washington, nos Estados Unidos, quantificou as tendências de doenças e mortes que afetam a população em escala mundial, informou o portal G1 (14/12). O projeto, chamado *Carga Global de Doenças 2010*, foi considerado o maior já realizado para avaliar doenças ao redor do mundo. As pesquisas concluíram que a longevidade aumentou e diminuíram mortes precoces por desnutrição infantil e doenças infectocontagiosas consideradas fatais, como a aids, que estão sendo combatidas de maneira efetiva.

No entanto, não há motivos para alívio: desde a década de 1990, quando ocorreu a primeira edição do levantamento, há mais pessoas envelhecendo e propensas a doenças crônicas relacionadas ao sedentarismo e má alimentação, como obesidade e problemas do aparelho circulatório, que não matam imediatamente, mas prejudicam muito a qualidade de vida.

A população mundial, afirmou o estudo, vive hoje com mais problemas de saúde que causam dor e comprometem mobilidade, visão, audição e funcionamento cerebral. Em lugar da mortalidade precoce, que já chegou a afetar mais de 10 milhões de crianças com menos de cinco anos, crescem a longevidade e problemas como asma, hipertensão, infarto, derrame, diabetes, obesidade, tabagismo, alcoolismo e câncer. Complicações em ossos (como a osteoporose) e músculos e problemas mentais também estão entre os que mais atingem a população ao longo da vida adulta.

Se, há 20 anos, os principais fatores de risco à saúde no mundo eram desnutrição infantil, poluição, tabagismo e pressão alta, hoje, a hipertensão ocupa o primeiro lugar da lista, seguida do alcoolismo — maior fator de risco verificado no Brasil —, tabagismo e poluição.

## Medicamento brasileiro para tratar leucemia

**O** primeiro lote produzido no Brasil do medicamento oncológico mesilato de imatinibe foi entregue (19/12) ao Ministério da Saúde para distribuição no início deste ano aos pacientes pelo Sistema Único de Saúde em todo o país, informou *O Globo* (20/12). O medicamento é utilizado para o tratamento de leucemia mielóide crônica e estroma gastrointestinal (tumor maligno do intestino). Os primeiros 220 mil comprimidos foram recebidos pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, no Palácio Guanabara, em Laranjeiras, na Zona Sul do Rio. A produção do imatinibe é realizada por dois laboratórios oficiais, o Instituto Vital Brazil e Farmanguinhos, da Fiocruz, e cinco empresas privadas. O Ministério da Saúde estima economia para o SUS de R\$ 337 milhões em cinco anos. Segundo o ministro da Saúde, isso possibilitará destinar mais recursos a medicamentos

para a população. “O país está, cada vez mais, podendo garantir tratamento à sua população independentemente de qualquer oscilação do mercado internacional”, disse Padilha.

A fabricação nacional do medicamento deverá ser suficiente para atender toda a demanda do SUS (cerca de 8 mil pacientes hospitalizados).

Antes de ser produzido no Brasil, o medicamento era importado por meio de contrato do Ministério da Saúde com um fornecedor europeu, explicou o presidente do Instituto Vital Brazil, Antônio Werneck.

Além de produzirem o mesilato de imatinibe, Farmanguinhos e o Instituto Vital Brazil serão responsáveis por abastecer o SUS enviando estoques dos comprimidos para as secretarias estaduais de Saúde, que repassarão o produto aos hospitais.

## Homicídios de adolescentes: cenário preocupa

Resultados do Índice de Homicídios de Adolescentes (IHA) de 2010 divulgados em dezembro (12/12) mostraram que, para cada mil jovens brasileiros com 12 anos de idade, 2,98 são assassinados antes de completarem 19 anos. Se essa situação se mantiver, concluiu a pesquisa, o número de jovens vítimas de homicídio poderá ser de quase 37 mil, até 2016.

Os adolescentes, de 12 a 18 anos constituem 13% da população brasileira, e os homicídios representam 45,2% das causas de morte nessa faixa etária, como informou (13/12) o portal do Unicef — uma das parceiras na pesquisa, que contou ainda com a participação da Secretaria de Direitos Humanos (SDH), do Observatório de Favelas e do Laboratório de Análises da Violência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (LAV/Uerj).

De acordo com os dados, mortes por armas de fogo entre os jovens têm 5,6 vezes mais probabilidade de acontecer do que por qualquer outro meio. Foi confirmado também que, em 2010, adolescentes do sexo masculino apresentaram risco 11,5 vezes maior de serem vítimas de homicídio do que as meninas. Adolescentes negros estavam 2,78 vezes mais expostos ao risco de assassinato do que os brancos.

Como informou o portal Brasil de Fato (14/12), o *Mapa da Violência 2012*, divulgado em novembro, alerta para o fato de que os homicídios entre a população branca estão caindo em números absolutos, enquanto entre os negros a tendência é de aumento, realidade que se apresenta tanto na população jovem quanto na população em geral.

Considerando apenas municípios com mais de cem mil habitantes, a região Nordeste tem a situação mais crítica em relação à violência contra jovens. A taxa de incidência de adolescentes com 12 anos que serão assassinados antes de completarem 19 anos é de 4,28 por cada mil. Isso significa aproximadamente 11,8 mil homicídios até 2015, informou *O Globo* (13/12).

Em sua quarta edição, o IHA também classificou entre os municípios brasileiros com mais de 200 mil habitantes, aqueles com os maiores índices de homicídios contra adolescentes. Itabuna, na Bahia (10,59 mortes para cada mil); Maceió, capital de Alagoas (10,15 mortes para cada mil); e Serra, no Espírito Santo (8,92 mortes para cada mil) lideraram o ranking.

## Aplicativos 'médicos' e 'milagres' pelo celular



Associações médicas, grupos de pesquisa e a FDA, agência americana que regula alimentos e medicamentos, estão de olho nos aplicativos para celular que prometem cura ou melhora significativa para males diversos, informou a *Folha de S. Paulo* (4/1). São mais de 40 mil aplicativos médicos, disponíveis nos celulares, fazendo promessas como fim da acne, aumento dos seios e alívio da depressão, alertou o jornal. A FDA deverá emitir regras para fiscalizar e controlar a circulação desses softwares.

Levantamento do Centro de Jornalismo Investigativo da Nova Inglaterra, ligado à Universidade de Boston, identificou 1.500 aplicativos que trazem "lorotas tecnológicas". Conceitos errados e deturpação de tratamentos são alguns dos problemas encontrados. Um dos aplicativos, vendido por 1,99 dólares, mostrou o levantamento, orientava o usuário a segurar o visor próximo ao rosto por alguns minutos todos os dias, para receber luzes vermelhas e azuis que seriam emitidas e matariam as bactérias que favorecem a acne, melhorando, assim, a pele. "O tratamento com luz vermelha e azul já é muito consolidado para tratar a acne", explicou ao jornal a

dermatologista Gabriela Casabona, do Hospital Samaritano, no Rio de Janeiro. "Mas a luz que tem esse efeito é própria para isso. Tem comprimento de onda, tempo de exposição e distância muito específicas", completou.

Esse aplicativo teve quase 15 mil downloads e despertou a atenção das autoridades. O fabricante precisou pagar multa de US\$ 14.294, mas não teve problemas com a Justiça.

Outro exemplo encontrado volta-se ao tratamento da depressão que atinge as pessoas com baixa exposição à luz solar, como as que vivem em países nórdicos. O aplicativo orienta a usar, por 9,99 dólares, a luz do visor do celular para, em sessões de cerca 30 minutos por dia, tratar essa depressão. "É improvável que a intensidade do visor e o uso dessa maneira sejam capazes de ter algum efeito", afirmou o médico Elko Perissinotti, do Instituto de Psiquiatria da USP.

Esses e outros aplicativos também podem ser comprados no Brasil e não há ainda projeto para regulamentar essas iniciativas por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), informou o jornal.

## Criada a associação de ataxias do Rio de Janeiro

Foi fundada (6/12) a Associação de Ataxias Hereditárias e Adquiridas do Estado do Rio de Janeiro (Ataxia Rio). Em assembleia realizada no Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência (Ciad), foram eleitos para a diretoria da entidade fluminense: Homero Teixeira de Carvalho (presidente), Wilson Alves de Paula (vice-presidente), Emica Imamura (secretária) e Iphigênia Conceição Silva de Moraes (tesoureira). Pessoas com ataxia, familiares


e cuidadores estão convidados a participar das reuniões do grupo.

A ataxia é uma doença de caráter progressivo, ainda sem cura e sem estatísticas oficiais no país (*Radis* 119). A pessoa tem andar cambaleante, falta de coordenação motora, dificuldades na fala e na deglutição e perda de equilíbrio. O intelecto não é atingido. Mais informações, no site da Associação Brasileira de Ataxias hereditárias e Adquiridas (Abahe): [www.abahe.org.br](http://www.abahe.org.br).

## HPV e câncer entre jovens

Resultados de estudo divulgado em 2012, publicados no *International Journal of Cancer*, revelaram que o câncer de cabeça e pescoço, que era mais comum entre aqueles com mais de 50 anos e que bebem ou fumam em excesso, passou a afetar significativamente pacientes jovens por causa da alta prevalência nesse grupo do papiloma vírus humano (HPV), informou o portal Rede Brasil Atual (14/12). Segundo o médico Luiz Paulo Kowalski, diretor do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital A.C. Camargo — que desenvolveu a pesquisa com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (Fapesp) —, a prevalência de HPV registrada em pacientes com câncer na cabeça e pescoço vinha sendo menor que 2%, e esse índice aumentou para 32% nos pacientes jovens com tumores de boca. Ele considera que esses dados são um alerta para que campanhas de vacinação e de prevenção ao HPV, voltadas a meninos e meninas, sejam institucionalizadas.

O médico registrou, no entanto, que o prognóstico para os pacientes jovens com tumores decorrentes da infecção por HPV mostrou-se melhor do que para outros grupos analisados: taxas de sobrevivência melhores, tumores aparentemente menos agressivos e a resposta ao tratamento melhor.

Kowalski observou, ainda, que há 20 anos, jovens que apresentavam câncer de cabeça e pescoço, em geral, eram pessoas que começavam a fumar e beber muito cedo e que tinham péssimas condições nutricionais e físicas. Os tumores eram muito agressivos. A expectativa de recuperação para quadros assim era muito ruim, de acordo com a Agência Fapesp (14/12). Hoje, nos casos de jovem com HPV positivo, sem histórico de consumo pesado de álcool ou tabaco, são grandes as chances de sucesso com o tratamento. 

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

**RADIS ADVERTE**

TODA FORMA DE PREVENÇÃO VALE A PENA

 <b>HIPERTENSÃO</b>	 <b>ALCOOLISMO</b>
 <b>TABAGISMO</b>	 <b>POLUIÇÃO</b>



Reprodução: VideoSaúde

## 'Radis' e o ministro

Circulando pelas áreas comuns da UFRGS, durante o Abrascão, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, parou diante da mesa na qual estavam disponíveis edições da *Radis* para os participantes. "Deixa eu ver a *Radis*", disse aos que o acompanhavam. "Toda vez que tem a *Radis*, tem alguém batendo em mim", comentou muito bem-humorado. E completou: "Mas é bom! Tem que ter crítica!". A cena foi gravada pela VídeoSaúde Distribuidora, do Ictict/Fiocruz.

## Falta de organização

O Abrascão deixou a desejar no quesito organização. Mesas mudavam de lugar na última hora, obrigando os participantes a percorrer longas distâncias, passando de um prédio a outro, subindo escadas, para chegar ao novo local e, com isso, perdendo parte das apresentações; debates de grande procura foram alocados em salas pequenas, enquanto outros ocorreram em auditórios de mais de mil lugares, que ficavam quase vazios. Uma das muitas vítimas da desorganização foi a pesquisadora Sonia Fleury que, por pouco, deixaria de assistir à mesa *Empresariamento da saúde* (ver pág. 28), na qual teve importante participação ao final. Outros participantes também se manifestaram: "Não consegui



achar a sala do pôster que eu iria apresentar", contou a enfermeira Diana Neves, residente em Saúde Coletiva da UFPE. Ao lerem a última edição do jornal diário do evento, na qual estava publicado comentário elogioso à organização, três participantes se entreolharam, uma delas indagando: "De que evento estão falando?".

## Radis nos debates



Dois integrantes do Programa Radis apresentaram pôsteres eletrônicos no Abrascão. O subeditor da *Radis*, Adriano De Lavor (foto), trouxe o trabalho *Invisibilidade visível — Saúde indígena na pauta do Portal G1*, em parceria com a pesquisadora Inesita Araújo, e coordenou a mesa *Diversidade, Arte, Cultura e Saúde*. A repórter Liseane Morosini apresentou o pôster *Lula, o câncer e o SUS: quando o jornalismo expõe e diseca o paciente*.


## Nome completo

Bem observou o pesquisador José Besselto, em sua apresentação sobre o *Empresariamento da Saúde* (pág. 28): falta um S na sigla da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). "A sigla deveria ser ANSS", considerou.

De fato, escondendo-se um S, fica menos evidente a palavra *suplementar* e a constatação de que a ANS (ou ANSS) parece mais voltada à saúde das empresas do que à dos usuários dos planos.

## Sociedade civil vigilante

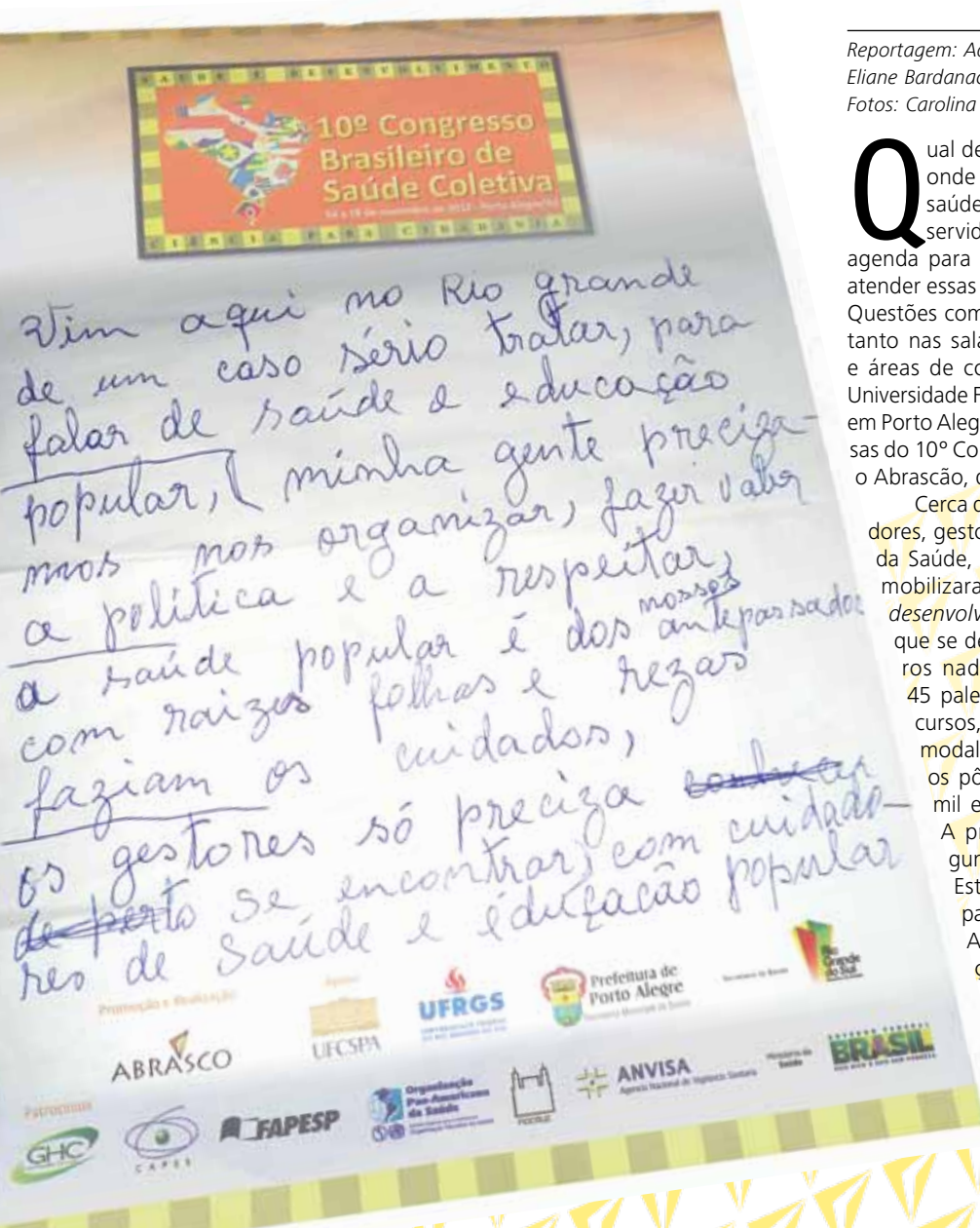
Mais uma vez, comprova-se que insistir e lutar em conjunto vale a pena. A Secretaria Municipal de Educação anunciou a permanência em 2013 da Escola Municipal Friedenreich, que seria demolida pelo governo do Estado e a Prefeitura do Rio de Janeiro, para a construção de parte do Complexo Esportivo do estádio do Maracanã com vistas à Copa do Mundo. E a mobilização não acabou! A organização Meu Rio criou o site [deguarda.meurio.org.br](http://deguarda.meurio.org.br), uma base

de vigilância para divulgação 24 horas por dia de imagens da escola em tempo real e para agregar guardiões: qualquer pessoa interessada em acompanhar o que vai ocorrendo com a escola inscreve-se pelo site para ficar de prontidão. "Se a Prefeitura e o governo resolverem demolir a Friedenreich mesmo com a promessa de manter a escola de pé em 2013, o Meu Rio enviará um SMS para todos os guardiões convocando-os para uma mobilização", informa o site. 

# Não há riqueza sem saúde

*Evento que reuniu 8 mil participantes realça o controle social e reitera a defesa de que país desenvolvido é aquele sem desigualdades*

Chamado aos gestores, na poesia criada e lida por Palmira Lopes, líder comunitária que roubou a cena na abertura do ABRASCO (ver pág. 12)



Reportagem: Adriano De Lavor, Bruno Dominguez, Eliane Bardanachvili, Elisa Batalha e Liseane Morosini  
Fotos: Carolina Niemeyer

Qual desenvolvimento para qual saúde? De onde e de quem partem as demandas em saúde, ciência e tecnologia? Como sair da servidão ao mercado e trazer o foco da agenda para as demandas da sociedade? Como atender essas demandas sem recursos suficientes? Questões como essas movimentaram os debates, tanto nas salas e auditórios, quanto nas tendas e áreas de convivência externas do campus da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Porto Alegre, onde se realizou a maioria das mesas do 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, o ABRASCO, de 14 a 18 de novembro.

Cerca de 8 mil participantes, entre trabalhadores, gestores, estudantes e militantes da área da Saúde, além de convidados internacionais, mobilizaram-se em torno do tema *Saúde é desenvolvimento: ciência para a cidadania*, que se desdobrou, mais uma vez, em números nada modestos: 60 mesas-redondas, 45 palestras, 160 painéis, seis debates, 32 cursos, 15 grupos de trabalho e uma nova modalidade de apresentação de trabalhos, os pôsteres eletrônicos, que somaram 7 mil e foram debatidos em 700 sessões. A programação também incluiu a segunda edição do Encontro Nacional de Estudantes de Saúde Coletiva, com 300 participantes, e a estreia da modalidade ABRASCO Jovem, com 500 apresentações programadas (ver pág. 31).



## DOMAR A FERA

“O paradigma mundial é capitalista. Não estando no horizonte imediato um novo socialismo, ou qualquer mudança nas relações de produção, como muitos de nós desejamos, a questão é como fazer com que esse desenvolvimento seja condizente com uma sociedade mais justa”, analisou o médico José Noronha, pesquisador do Ict/Fiocruz, em entrevista à *Radis*. “A proposta é usar o poder que temos para domar a fera, domar as forças do capital, que é o que a América do Sul busca, com suas peculiaridades”, apontou.

“Temos que trazer com força [as questões], problematizar tensões, contradições, trazer tudo isso para o nosso debate”, defendeu em mesa sobre desenvolvimento tecnológico e inovação (pág. 13) o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Carlos Gadelha. “No campo da saúde coletiva, temos que contar não só com os pares, como também com os *ímpares*”, propôs.

A contar pelo ponto de vista do mercado, a mobilização para domar o capital deve ser grande. “Os laboratórios estão na Bolsa de Valores”, lembrou o representante do Sindicato das Indústrias Farmacêuticas do Estado de São Paulo, Nelson Mussolini, na mesma mesa.

“O setor privado só pode ser importante se o público tiver hegemonia”, contra-argumentou o economista e pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) Carlos Octávio Ocké-Reis, em debate travado um pouco antes com Carlos Gadelha na Tenda Saúde e Letras, por ocasião do lançamento dos livros de ambos (respectivamente, *A Dinâmica do Sistema Produtivo da Saúde: inovação e complexo econômico-industrial*, e *SUS: o desafio de ser único*, ver pág. 34). “A saúde apresenta, do ponto de vista capitalista, problemas muito centrais. É preciso radicalizar a presença do Estado no setor Saúde”, defendeu Carlos Octávio, que vê o SUS como “pedra fundamental na arquitetura de um novo estado socialista no Brasil”.

A pertinência do tema do Abrascão e a importância de se persistir nesse debate expressaram-se também no fato de já na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, se ter tratado da temática do desenvolvimento e saúde, como lembraram Carlos Gadelha e outros participantes do Abrascão. “Se pegarmos os anais da conferência, veremos que aponta para o consenso de um projeto nacional de desenvolvimento soberano e sustentável, o desenho está lá”, informou o presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar), Ronald Ferreira dos Santos, que foi relator da conferência, no segmento dos trabalhadores.

“A reunião de tantos profissionais propiciou o estabelecimento de consensos em favor do SUS”, observou, ao final do Abrascão, o então presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Luiz Augusto Facchini, encerrando seu mandato. “Não precisamos ser todos iguais, e é até melhor que não sejamos, mas precisamos ter ideias que nos permitam convergir e, sobretudo, que nos permitam caminhar”. Na ocasião, o médico Luis Eugênio Portela (ver artigo na seção *Pós-Tudo*, pág. 35) tomou posse como novo presidente da Abrasco e foi anunciada a sede do próximo Abrascão, em 2015: Goiânia.

## ABERTURA

A defesa do foco na agenda da Saúde e no fim das iniquidades se deu já na solenidade de abertura do Abrascão, realizada no Centro de Eventos da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em plena noite do feriado de 15 de novembro, ao ritmo do xaxado nordestino e do vanerão gaúcho. Gente de todo o país aguardava ruidosa o início da solenidade, precedida por apresentações culturais e a exibição de um vídeo da Abrasco que sinalizava para o tema do encontro. “Só a alta crescente do nível de saúde aumenta os índices econômicos”, defendia o texto em locução. Na plateia, participantes mais atentos lamentaram a ausência de menção ao SUS na produção, no momento em que o Coral da UFRGS

Em debates concorridos, os participantes discutiram qual desenvolvimento para qual saúde, em cenário de servidão ao mercado





FOTOS: EDITORA FIOCRUZ

Noronha: no paradigma mundial capitalista, o desafio de um desenvolvimento condizente com uma sociedade mais justa



Carlos Octávio: radicalizar a presença do Estado no setor Saúde; "o privado é importante se o público tiver hegemonia"

entoava "ando devagar porque já tive pressa", trecho da música *Tocando em frente*, de Almir Sater.

Formada a mesa de abertura, que incluía o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, seus colegas de pasta do Uruguai, Argentina e Peru, a então diretora da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) no Brasil, Mirta Roses, além de outros gestores, pesquisadores e ativistas, Facchini acentuou a pertinência de temas que seriam discutidos no congresso — as tensões entre as políticas sociais e o desenvolvimento econômico; a política de financiamento para efetivação do SUS; a inserção do país no contexto de crise mundial; além das evidências que reafirmam a pertinência dos determinantes sociais da saúde para explicar iniquidades.

### SUBFINANCIAMENTO

Facchini lembrou que o Brasil, sexta economia mais rica do mundo, não pode continuar na 60ª posição em relação à saúde e à educação, colocação pior do que aquela em que estão países menores e mais pobres. "Dispomos de meios políticos, econômicos e financeiros para avançar na Reforma Sanitária Brasileira", defendeu. Ele destacou avanços significativos no SUS, mas cobrou maior atenção aos procedimentos simples, em áreas como

a saúde materno-infantil e o tratamento de diabetes: "Realizamos os procedimentos tecnológicos mais complicados e deixamos de atender alguns disponíveis na baixa complexidade", criticou.

O então presidente da Abrasco listou ainda questões relacionadas ao SUS a serem enfrentadas, como a violência urbana e rural, responsável pelo grande número de assassinatos entre jovens; a redução da "epidemia de cesarianas" realizadas no país; o combate ao sobrepeso e à obesidade em paralelo à busca por uma alimentação saudável, além do avanço na proteção ambiental e da saúde do trabalhador, com ações que incluem o banimento do amianto no país.

Facchini foi aplaudido ao defender que o subfinanciamento do SUS precisa ser superado: "Precisamos aumentar o volume de recursos e garantir a responsabilidade de ações integrais e equitativas para toda a população", disse, advertindo que é preciso acabar com o discurso de que o SUS é para os pobres. O sistema é para todos, frisou: "Sem um Sistema Único de Saúde com qualidade, eficiente e equitativo não seremos um país rico, e sim um país desigual".

### HOMENAGEM

A defesa da Saúde e do fim das desigualdades esteve presente também no discurso da então de

Cultura, folclore, encontros, troca de ideias, debates, em uma vasta programação, marcaram os cinco dias de congresso, em Porto Alegre



Mirta Roses, que recebeu das mãos do ministro da Saúde, Alexandre Padilha, a medalha da Ordem do Mérito Médico, concedida pela Presidência da República a médicos que se destacaram no exercício da profissão. “Sem saúde não há bem-estar e desenvolvimento possíveis”, afirmou Mirta, primeira mulher a assumir a direção da Opas. Ela defendeu que, para responder às grandes ameaças de saúde, é cada vez mais necessário o esforço simultâneo dos países, e que a atenção primária é a forma de melhorar a qualidade da saúde das populações — um indicador social, em sua opinião.

Mirta sinalizou para a importância das pesquisas colaborativas e o resgate dos saberes tradicionais. Ela também destacou a importância do papel do Brasil nas decisões colegiadas da Opas, defendeu a saúde universal e conclamou a proteção do SUS, “patrimônio social do povo brasileiro”.

### CONTRADIÇÃO E ANGÚSTIA

Em seu discurso, Alexandre Padilha destacou que aquele era um momento de contradição e angústia entre o que acontece na escola médica e as mudanças políticas. Para ele, não foram feitas todas as mudanças necessárias nas instituições de ensino, nos espaços de gestão e no dia a dia dos profissionais de saúde para ampliar e consolidar o SUS, mas ainda existe a angústia de fazê-lo. “Este momento é especial para se construir um país rico e sem pobreza”, declarou.

O ministro afirmou que, a despeito de o Programa de Atenção Primária ser o maior do mundo, atendendo cerca de 120 milhões de pessoas, não são os números que interessam, mas a qualidade do atendimento prestado. Em relação a isso, comemorou os resultados positivos de pesquisa realizada em 2011 com usuários das Unidades Básicas de Saúde do país, para ele, um reflexo da confiança da população nos serviços que vêm sendo prestados.

Padilha considerou, no entanto, “inaceitáveis” problemas identificados no cenário da saúde do país, como a existência de *gestantes peregrinas*, que não sabem onde serão realizados seus partos, o fato de que o direito a acompanhante tenha sido garantido a apenas 76% delas e os altos números de sífilis congênita. “Um quarto das mulheres reclamam de



alguma violência institucional”, admitiu o ministro, ressaltando que todos os avanços conquistados não podem “permitir que fiquemos quietos”.

Ele revelou sua satisfação em abrir o congresso tratando de saúde e desenvolvimento, lembrando que está em pauta no Ministério da Saúde a defesa de que não é possível promover desenvolvimento justo e inclusivo sem que a saúde esteja na agenda central. Para isso, analisou, é necessário colocar em debate o direito à vida e ao cuidado, a diminuição de riscos e o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, “o que não é pouca coisa”.

### RICO E PARA TODOS

Para o ministro, o país que quer ser rico não pode ter pobres. “Só será rico se for para todos; o país tem que ser rico em saúde, educação, liberdade e democracia”, assegurou, fazendo a defesa de um sistema público e de regulação pública, que dê sustentação ao SUS. Ele afirmou que a Saúde demanda mais investimentos em relação ao PIB que o agronegócio, argumentando que um sistema único forte cria mercado de consumo e gera emprego e renda no país. Além disso, acentuou, o SUS é um projeto do povo brasileiro que deve ser defendido como público e universal. “Se o Abrascão consolidar essa visão, o SUS sairá mais forte”, disse o ministro, propondo que a discussão não se encerrasse com o fim do congresso.

Padilha (E): não é possível desenvolvimento inclusivo sem a saúde na agenda central; Facchini: aumentar volume de recursos e garantir ações integrais e equitativas



# O olhar de dona Palmira

## SAÚDE EM VERSOS

*Vim aqui no Rio Grande de um caso sério tratar  
Para falar de saúde e educação popular  
Minha gente precisamos nos organizar  
Fazer valer a política e a respeitar  
A saúde popular é dos nossos antepassados  
Com raízes, folhas e rezas, faziam os cuidados  
Os gestores só precisam se encontrar  
Com cuidadores de saúde e educação popular*

Palmira Sergio Lopes



O destaque da cerimônia de abertura do Abrascão — e também do evento, sempre procurada pelos participantes para uma conversa — foi, com certeza, a líder comunitária Palmira Sergio Lopes, de 72 anos. Na tarde do dia 15/11, ela havia cantado versos que compusera sobre o SUS na Tenda Paulo Freire, e acabou convidada pelo ministro Alexandre Padilha para compor a mesa. Na solenidade, ela recitou os mesmos versos e cobrou maior atenção aos saberes tradicionais: “Minha gente, precisamos nos organizar para promover o encontro dos gestores com a educação popular”, conclamou, aplaudida de pé pela audiência.

Moradora do assentamento Novo Salvador, na fronteira entre a Paraíba e o Rio Grande do Norte, dona Palmira defendeu o SUS como conquista do povo, da luta popular. Ela disse ter ficado triste quando viu, na 14ª Conferência Nacional de Saúde, em 2011, que estava em debate a privatização do sistema: “Nem em sonho se pode privatizar”, disse, recitando um dos versos. Uma das fundadoras do Movimento Popular de Saúde (Mops) na Paraíba, ela declarou que se o SUS for privatizado vai comprometer a saúde das pessoas

menos favorecidas. O ministro Padilha elogiou: “É da garra e da sabedoria de pessoas como dona Palmira que o SUS se fortalece”, disse. Padilha levou no bolso a folha manuscrita com os versos de dona Palmira.

Dona Palmira trouxe para dentro do Abrascão um pouco de uma realidade muitas vezes distante dos demais participantes do evento. Em um de seus momentos de bate-papo com quem comparecia à Tenda Paulo Freire, acompanhado pela Radis, dona Palmira tratava dos males causados pela queima de cana-de-açúcar. “Hoje ninguém tem mais pássaro, mesmo na zona rural, ninguém mais vê a passarada cantando. Por quê? Por causa da queima da cana, que devasta tudo, e os impactos ficam no meio ambiente”.

Dona Palmira mostrou conhecer também os impactos dos agrotóxicos e o caminho que o produto percorre até danificar a saúde dos moradores da região onde vive. “O usineiro é quem está por trás disso, o homem do dinheiro. As lojas que vendem não querem acabar. Na conferência [a 14ª CNS], um rapaz do Ceará deu testemunho de que não comia um tomate da terra dele de jeito nenhum”, contou. “Mesmo aquele veneno tem quantidade certa para ser trabalhada. Tem lavouras que é para dar duas bombadas, mas o dono da lavoura dá quatro, para conservar e não perder nenhum tomate. O tomate que a gente planta normal e bota em casa, ele vai amadurecendo até ficar bem vermelhinho. O com agrotóxico não amadurece, fica preto”.

A quantidade de “gente nova” que se queixa de “dor no joelho, no cotovelo, no ombro” surpreende dona Palmira. Ela explica: “É porque o veneno que a gente vai comendo, principalmente das verduras que mais absorvem, vai se acumulando no nosso organismo e se localizando em qualquer parte do nosso corpo. Um dia, ele estoura em forma de tumor no fígado, no joelho, em todo o corpo”.

Em maio do ano passado, contou, em encontro com secretários de Saúde, no Ceará, ela ponderou: “Na nossa casa entra qualquer pessoa sem você querer? Só entra quem você quer, né? Se o veneno entra no nosso Brasil, é porque nosso governo quer”.

Ela explicou que o trabalho realizado no Mops “não visa só à saúde depois que você está doente”. Sem se referir aos determinantes sociais da saúde, dona Palmira observou que há pessoas que pensam que estão doentes e nem estão. “A doença é só na cabeça, porque não têm casa pra morar, não têm salário, não têm terra pra trabalhar. Depois de desmantelada a cabeça, acabou a saúde do corpo todo”, analisou dona Palmira, que esteve com o ministro Padilha também na 14ª Conferência Nacional de Saúde. “Eu não tenho medo de falar. Se estou no meu direito, não tenho medo de falar”.

Dona Palmira (alto), lendo sua poesia na cerimônia de abertura; na Tenda Paulo Freire; e ao lado do ministro Padilha: “Não tenho medo de falar”



# Inovação para quem?

A relação entre desenvolvimento e saúde ganhou aprofundamento especial no debate *Desenvolvimento tecnológico e inovação*, ao qual foi dedicado um dos maiores espaços do Abrascão, o Salão de Atos da UFRGS, com 1.300 lugares. O tema foi discutido à luz de um outro igualmente mobilizador na área da Saúde — a relação público-privado.

Na mesa, que reuniu o pesquisador Carlos Morel, do Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS) da Fiocruz, o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos do Ministério da Saúde, Carlos Gadelha, e o presidente do Sindicato das Indústrias de Produtos Farmacêuticos do Estado de São Paulo (Sindusfarma), Nelson Mussolini, questões como desenvolvimento para quem?; de onde deve partir a demanda da produção científica a ser levada à frente no país?; e de que forma a sociedade civil pode assumir as rédeas na condução desses processos? pautaram as discussões.

Se o debate deixou clara a importância de um diálogo entre os diferentes segmentos da sociedade, incluindo aí os setores público e privado, com vistas ao desenvolvimento, trouxe à tona também as diferenças de interesses e pontos de vista do empresariado e do setor público.

Morel lembrou que inovação não se refere apenas a iniciativas caras e inacessíveis, como se costuma pensar. “É uma visão distorcida. Claro que algumas empresas farmacêuticas se apropriam desse pensamento e lançam medicamentos caríssimos. Mas aí estamos tomando um exemplo de inovação como paradigma. Há inovação de todo tipo”, disse, dando como exemplo o Dia Nacional de Imunização contra a Poliomielite, que o país adota desde 1980.. “Uma inovação espetacular. Em vez de vacinar as crianças o ano todo, vacinam-se todas no mesmo dia. Protege-se a população e o vírus não tem para onde pular. Inovação é estar sempre olhando o que pode ser feito de maneira melhor”.

Morel observou que há uma necessidade de mudança cultural por parte de quem produz ciência. “Nós nos acostumamos a achar que ciência é produção de *papers*. Defendo muito a pesquisa básica, mas há uma diferença entre ela ser necessária e ser suficiente. Temos que prestar atenção na ciência movida pelo desejo de desenvolver uma aplicação prática, na ciência como instrumento para atender uma necessidade social, como defendia Pasteur. Isso no Brasil falta muito”.

Em sua análise, Morel creditou essa forma de pensar à política de ciência levada à frente no país. “Se o CNPq só premia os pesquisadores que publicam nas melhores revistas, e está pouco ligando se aquele trabalho é útil ou não para a sociedade, mudar isso não depende só do pesquisador”, disse Morel, observando que não é só com a oferta de ciência que se resolve o problema. “Cadê a demanda pela ciência?”, indagou, ressaltando, no entanto, que o Brasil está avançando, como mostra a regulamentação, em 2005, da Lei de Inovação Tecnológica (“mesmo que com 25 anos de atraso em relação aos Estados Unidos, cuja lei é de 1980”).



## LUCRO

O ponto de vista dos laboratórios, apresentado por Nelson Mussolini, do Sindusfarma, não perdeu de vista os interesses empresariais, em detrimento da garantia da saúde e do bem estar de todos a qualquer preço. Ele abriu sua apresentação observando que a indústria farmacêutica existe para dar lucro. “Os laboratórios estão na Bolsa de Valores”, lembrou Mussolini, que apresentou cálculos para defender a redução da tributação dos medicamentos aos laboratórios farmacêuticos. Ele observou que os recursos públicos destinados à saúde representam 47% do gasto total com saúde no país, ficando mais da metade por conta do setor privado. E destacou ainda como grande problema a incidência de impostos, onerando os gastos públicos. “O grupo Gerdau tem de dois a cinco funcionários para cuidar da área tributária da empresa nos Estados Unidos e 200 para cuidar da mesma área no Brasil”, exemplificou.

Em sua exposição, Mussolini apontou, ainda, que, de cada R\$ 100 gastos em medicamentos,

Na mesa, a importância do diálogo entre público e privado e as diferenças de ponto de vista de setor público e do empresariado



FOTO: ELIANE BARDOUACHVILI

## SAÚDE É DESENVOLVIMENTO QUANDO...

A saúde foi o setor que saiu na frente na luta pela democratização do país, com [Sergio] Arouca, Hesio [Cordeiro]. A discussão já não tinha esse maniqueísmo — saúde é desenvolvimento ou desenvolvimento é saúde. É na saúde que se tem um panorama sintetizador das condições de vida. Mas, no Brasil, que desenvolvimento é esse, se a saúde continua como o principal problema brasileiro? É na saúde que deságuam os déficits. Então, discutir esse tema no Abrascão foi pertinente. Nem toda ciência é cidadania. As condições adversas de vida põem em questão o avanço da ciência. É a ciência que não tem como referência máxima a população ou a ciência está contemplada, mas não é decodificada para o povo? Temos que mudar o paradigma de formação do profissional em saúde para formar humanamente. Fazer escuta, dar acolhimento, todo aquele ferramental que a ciência produz, mas não se aplica na prática.

Margarida Menezes, aposentada da secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, “mas não aposentada do ato de militar”; há 30 anos integrante do projeto Jaraqui, tribuna livre para discutir questões locais

Morel: ciência não é produção de 'papers'; é preciso prestar atenção na ciência como instrumento para atender uma necessidade social



Mussolini: "O risco da pesquisa é muito grande; precisamos gerar lucro para que os investidores nos deem apoio"



Gadelha: se o objetivo do país é entrar na agenda de desenvolvimento, não se deve fingir que alguns segmentos não existem



R\$ 34 são impostos. "O sal de cozinha, que causa hipertensão, tem 15% de impostos", comparou.

Em outra conta, ele informou que o faturamento da indústria farmacêutica é de R\$ 43 bilhões, com R\$ 14,6 bilhões em encargos, e os gastos com medicamentos no governo são de R\$ 9,8 bilhões: "O governo arrecada mais em impostos do que gasta com medicamentos", calculou. "O custo para criação e desenvolvimento de um novo medicamento é de cerca de 900 milhões de dólares".

Ele ressaltou que a indústria da saúde é a segunda que mais gasta em pesquisa no mundo. "A indústria farmacêutica gasta em pesquisa clínica 22% de tudo o que ganha", informou — sem indicar, no entanto, de onde parte a demanda dessa produção, o que foi discutido posteriormente, durante os debates com a plateia. "Nosso mercado não tem capacidade ainda de gerar dinheiro para pesquisa. O risco da pesquisa é muito grande", considerou. "Precisamos gerar lucro para que os investidores nos deem o apoio de que estamos precisando", analisou.

### DOMAR O CAPITALISMO

Ao contrário de um confronto com as iniciativas de mercado, o pesquisador Carlos Gadelha

propôs um diálogo com todos os setores da sociedade em prol do desenvolvimento em saúde. Ele utilizou o verbo *domar* para definir o tipo de ação a ser empreendida na relação das demandas da Saúde com o mercado. "Os sistemas universais e a OMS estão discutindo a importância de se domar e fazer o jogo virtuoso em que a pauta da saúde seja a pauta que orienta a ciência e a tecnologia", disse.

Para Gadelha, se o objetivo do país é entrar na agenda de desenvolvimento, é preciso manter diálogo franco com todos os atores, "e não fingir que alguns segmentos não existem, que não devem estar na mesa". Gadelha observou que é preciso "ganhar musculatura" no campo da saúde coletiva, contar não só com os pares, como também com "os ímpares". "Temos que trazer com força [as questões], problematizar tensões, contradições, trazer tudo isso para o nosso debate".

Gadelha alertou que não se deve pôr ciência & tecnologia de um lado e saúde coletiva de outro. "Estamos conversando sobre a mesma coisa, que é o padrão de desenvolvimento do país", disse, tomando como ponto de vista a matriz desenvolvimentista, para observar que o país cresce quando se transforma. "Não é produzindo mais café, mas mudando o que produz e como produz que haverá mudança", comparou, citando o exemplo da Estratégia Saúde da Família, do Governo Federal, como "inovação na veia". Ele defendeu trazer a inovação do campo técnico para o campo político e social.

### DESENVOLVIMENTISTAS

Gadelha considerou injustiça com os desenvolvimentistas dizer que são economicistas. "Os clássicos, como Celso Furtado, sempre se preocuparam com o humano", apontou.

"Se formos olhar para fora do campo da saúde, entraremos num modismo em que a questão produtiva é um fim em si mesma", analisou. "Pode-se dizer que um país, um povo pobre, dependente, desigual, sem acesso a conhecimento, com condições precárias de trabalho, mas que venha elevando sua expectativa de vida, é saudável? Eu acho que não. A agenda de saúde tem que sair de uma discussão intrínseca, insulada e intra-setorial e entrar na discussão do padrão do desenvolvimento brasileiro. Ou seja, a saúde como qualidade de vida implica pensar em sua conexão estrutural com o desenvolvimento econômico, a equidade, a sustentabilidade ambiental e a mobilização política da sociedade", definiu. "A saúde, nesta perspectiva, se torna parte endógena de discussão de um modelo econômico de desenvolvimento", considerou Gadelha, que também participou de debate sobre o SUS na perspectiva do desenvolvimento.

Gadelha apontou também um mérito do Brasil, em relação aos demais países: é o setor Saúde que lidera a agenda de desenvolvimento tecnológico e industrial em saúde. "Na Inglaterra, quem cuida disso é o setor de *business*; na Argentina, idem", disse ressaltando que a relação do Ministério da Saúde brasileiro se dá diretamente com o produtor. "Se o produto for estratégico para o SUS, podemos quebrar monopólios", afirmou.

# Por uma saúde fora do mercado

**T**ema tratado transversalmente em diversas mesas e painéis do Abrascão, a relação público-privado teve também mesa específica na programação. O debate *O Público e o Privado no sistema de saúde brasileiro* encheu o auditório do Salão de Atos da Reitoria da UFRGS, na tarde de domingo. A professora do Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ, Ligia Bahia, apresentou o panorama de expansão do mercado de planos de saúde no Brasil, que desde 2008 é o segundo maior do mundo — 49 milhões de pessoas, ou 26,3% da população, estão cobertas por 1.386 empresas (ver também matéria na pág. 28).

Vitória, cidade com maior nota no Índice de Desempenho do SUS, também é a cidade com maior cobertura de plano de saúde: 75,5%. “Os planos crescem muito mais do que a população”, comparou. E o preço desses planos aumenta mais do que a inflação. A expansão se concentra entre os planos mais baratos — “mas muito caros para a assistência que oferecem”, avaliou Ligia.

Para ela, o problema da relação público *versus* privado no Brasil é o fato de o país ter um sistema universal de saúde com estrutura de financiamento não universal. “A maior proporção dos gastos em saúde é do privado, e com tendência de elevação, enquanto o gasto do público não aumenta o suficiente para atingir a universalização de fato”. Em outras palavras, Ligia disse acreditar que essa estrutura de financiamento inviabiliza um sistema de saúde universal. “Até os Estados Unidos antes da reforma de saúde do Obama tinham maior proporção de gasto público do que o Brasil”.

O principal efeito, apontou, é a privatização do SUS — sustentada por políticas governamentais como isenção e dedução fiscal para a demanda e a oferta de planos; créditos e empréstimos para as empresas; auxílio na obtenção de empréstimos com bancos internacionais; associação de banco estatal com investidores que atuam no mercado de assistência suplementar; e gastos diretos com planos para servidores públicos. “São políticas de um governo que diz defender o SUS”, criticou.

## SISTEMA ESTRATIFICADO

Ligia observou que o investimento governamental na rede de atenção primária reforça um modelo ineficaz e não efetivo — “curativo, fragmentado, biomédico, insensível à integralidade” —, que não compete com os planos de saúde. “Os hospitais de excelência hoje são os privados, em que nós nem sequer podemos entrar”, observou. Segundo a professora, não há um *mix* público-privado em saúde no Brasil, nem um sistema dual: “O que temos é um sistema estratificado, construindo cada vez mais submercados, com planos para as classes AAA, A, C...”.

O SUS, apontou Ligia, enfrenta muitos desafios políticos, ideológicos e teóricos: agenda internacional de universalismo básico, com redução do gasto direto; financiamento público para agentes privados; progresso social acompanhado de mudanças apenas embrionárias; questionamento sobre a eficácia da previdência social; triunfalismo, que



Ligia: investimento do governo na atenção primária reforça modelo “curativo, fragmentado, biomédico e insensível à integralidade”



Gastão: é preciso inventar um novo público, com o dobro de financiamento para a saúde, em um sistema que se pretende universal

leva a incrementar apenas os programas que estão dando certo; cultura institucional de secretarias para as quais há “população SUS” e “não SUS”; e falta de financiamento para pesquisar, “e não para somente avaliar positivamente um setor”.

## REFORMA DA REFORMA

Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, o sanitarista Gastão Wagner também identificou uma “ação do Estado brasileiro para desenvolver o mercado em geral, inclusive o mercado de atenção à saúde”. “E o que a gente faz com isso?”, perguntou. Em 1991, ele já analisava a relação do Estado com o privado em sua tese de doutorado. Sua conclusão: era preciso levar à frente uma “reforma da reforma”.

A “reforma da reforma”, explicou, significa inventar um novo público, com o dobro de financiamento para a saúde. “O investimento atual, de 3,5% do PIB, é muito baixo para um sistema que se pretende universal”, comentou, lembrando que os sistemas desse tipo têm aporte de cerca de 8% do PIB. Para ele, o desafio é enfrentar a crise ideológica do SUS — “dos gestores, mas que também está entre nós” — e convencer a sociedade a apoiar o sistema.

“Não podemos fortalecer o imaginário da maioria da população, que vê os planos de saúde como sonho de consumo”, disse. “Desde o século 19 há evidências de que a saúde tem que estar fora do mercado, e a criação do SUS se deu por isso”. Nas palavras de Gastão, a expansão do modelo da medicina de mercado — consumista, medicalizador, centrado no hospital — é inviável, assim como é inviável garantir saúde universal com um financiamento “que mais parece o eletrocardiograma de um morto”.

# Políticas públicas: avanços e retrocessos



Jairnilson: “Criou-se a mística de um déficit da previdência; se houvesse o fim da DRU, a previdência seria superavitária”



Abrahão: forças brasileiras se reorganizaram e país avançou, com políticas econômicas e sociais caminhando juntas

Em um dos poucos momentos de confronto de ideias nas mesas do Abrascão, o debate *Universalização e politização das políticas públicas* mobilizou a plateia. De um lado, em postura crítica ao cenário brasileiro, hoje, o professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Jairnilson Paim, analisou o país do ponto de vista político e social, levando em conta o que poderia ter se realizado, mas que ficou por ser feito; de outro, o pesquisador Jorge Abrahão, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), ressaltou os muitos avanços conquistados pelo país nas políticas sociais, dos quais é preciso que os brasileiros se apoderem para que não se percam ou sejam destruídos.

Jairnilson enfocou a gênese das políticas sociais desde a emergência do capitalismo, localizando o que foi realizado e o que era possível, mas não foi contemplado. “Tinha que falar do que a gente não conseguiu construir”, resumiu. Ele lembrou que a Constituição de 1988 trouxe à tona os direitos sociais não como assistencialismo, mas na perspectiva da seguridade social, e que os governos que vieram em seguida foram desmontando esse caminho. “Criou-se uma mística de um déficit da previdência. Não houve o fim da DRU [Desvinculação das Receitas da União]; com isso, a previdência seria superavitária”, considerou.

## OUTROS POSSÍVEIS

Jairnilson buscou fazer um resgate histórico da emergência das políticas sociais, a partir da passagem do feudalismo para o capitalismo, mostrando “como a questão social era entendida como carência, pobreza, e depois foi vinculada à luta de classes e aos direitos”. Segundo o professor, houve na história “outros possíveis que não foram possíveis” e é necessário identificar conflitos que permitam politizar as alternativas que estão postas no momento atual. “Na Constituição de 1988 e no período entre 1985 e 1988, algumas propostas construídas na luta contra a ditadura no

sentido de resgatar a dívida social foram tentadas, buscando-se sua implementação pelo Executivo e posteriormente pela Assembleia Nacional Constituinte”, lembrou Jairnilson. “Chamava atenção que dentro do próprio Executivo, sobretudo na área econômica, havia formas de sabotar a implementação daquelas políticas. Na Constituinte, houve vitórias, mas todos os governos que vieram a partir de 1990 atuaram no sentido de desmontar a concepção de seguridade social, havendo grande dificuldade em relação ao financiamento das políticas sociais, particularmente, da seguridade social e saúde. Isso teve repercussão importante para os destinos do SUS”, apontou Jairnilson.

Para ele, o país regrediu em políticas sociais, na perspectiva dos direitos, e houve um retorno do foco da agenda para a questão da pobreza e da miséria. “Os constituintes fizeram aquela pauta de direitos e configuraram as bases de financiamento para fazer frente a ela. O que os governos e as áreas econômicas fizeram depois é uma outra história”.

## CRESCIMENTO COM DISTRIBUIÇÃO

Também recorrendo a uma perspectiva histórica, o pesquisador Jorge Abrahão considerou que as forças brasileiras se reorganizaram e o país veio conseguindo sobreviver em diversos setores. “E, de 2003 para cá, fizemos uma coisa que não víamos até então: crescimento com distribuição”, analisou, enfatizando a política de recuperação e valorização do salário mínimo. “Nunca vimos uma recuperação como de 2003 para cá”, disse Abrahão. “Foi a política social mais poderosa, distributiva e importante que se viu. Quase 40% da população brasileira foi afetada positivamente pelo salário mínimo”, contabilizou.

Abrahão observou, ainda, que o país passou a ver, finalmente, as políticas sociais e econômicas caminharem juntas. “Isso tem a ver com mercado de trabalho. Nunca formalizamos tanto”, analisou, referindo-se ao aumento do número de empregos formais. “Houve também expansão dos



programas de transferência de renda, necessária e fundamental. Qualquer país desenvolvido tem similares de transferência de renda, como o auxílio desemprego”.

Ele considerou que mal ou bem, o país tem, hoje, políticas estruturadas de juventude, igualdade racial, igualdade de gênero. “Essas políticas tensionam o debate e colocam na agenda uma série de setores até então não explorados. “Estamos cobrindo tudo — o que não quer dizer que estamos cobrindo com qualidade”, ponderou.

### ATACAR E DEFENDER

Abrahão ressaltou a importância de “não jogar isso tudo fora”, referindo-se a críticas de que poderia ser melhor. “Nós construímos isso e estamos batalhando para que não seja destruído”, considerou. “A política social brasileira, mal ou bem, fez muita coisa. Temos que atacar, mas também defender de forma objetiva. Não podemos deixar passar o que construímos, a fim de, a partir daí, avançar”.

Jorge Abrahão lembrou, no entanto, que o Estado que construiu essa estrutura também fortaleceu o setor privado. “A isenção tributária da Saúde, da Educação, tem permitido a ampliação da privatização, pelo incentivo fiscal, pelo incentivo do gasto, dando condição de sustentação ao setor privado”, analisou, lembrando que, embora o país gaste um quarto do PIB em políticas sociais — “nenhum outro país da América Latina gasta isso” —, poderia ter “quebrado as amarras” do financiamento da Saúde. “Não há como produzir bens e serviços de qualidade para todos com restrição orçamentária. Não há possibilidade de se avançar sem que a estrutura de financiamento permita os avanços”.

Jorge Abrahão alertou para uma “captura semântica das teses da reforma sanitária pelos setores conservadores”. “Os conservadores não usam mais a palavra *focalização*. Todos são universalistas; fizeram uma adaptação semântica dourando termos como *universalismo*. Não falam mais que o direito não importa, todos são pelo direito. Isso torna nossa tarefa mais difícil. Se antes os campos estavam mais claros, hoje são mais obscuros”.

### INTERROGAÇÃO

A postura otimista de Abrahão gerou debate na plateia. A professora Ligia Bahia, do Laboratório de Economia da Saúde da UFRJ, ponderou que não há dúvidas sobre os avanços observados no Brasil, mas indagou se, em especial na Saúde, há uma política social ou política do capital. “O fato de se transferir recursos públicos para a área privada da saúde é política social?”, perguntou. “O país está *bombando*, as pessoas estão podendo viajar, têm geladeira, máquina de lavar, mas a interrogação tem que ser um pouco mais dura em relação ao que está se passando. Não sei se podemos afirmar que estamos diminuindo a desigualdade”, analisou, aplaudida pela plateia.

O professor Francisco Lacaz, da Universidade de São Paulo (USP), apontou que os governos estão

tratando da cidadania pelo viés do consumo. Gasta-se dinheiro com plano de saúde e escola privada e acha-se que isso é inclusão”, observou. Lacaz questionou ainda o papel regulador do Estado, no que diz respeito as agências reguladoras como a Agência Nacional de Saúde (ANS). “O Estado deixou de ser provedor para ser regulador, regulador dos interesses do capitalismo. Pensamos que elegemos um governo de esquerda porque queremos algo diferente. Se ficarmos contentes com o que está aí, vamos para a breca”.

### CORO DOS CONTENTES

“Minha intenção era desafinar o coro dos contentes”, disse Jairnilson Paim. “Na saúde pública, estamos sendo perseguidos pela ideologia do possível. Qualquer coisa parece utopia, quimera. Temos que ir além do possível. Quando buscamos o *welfare state* da Europa do Norte, para pensar direitos sociais, estávamos buscando, em uma sociedade tão desigual quanto a nossa, alguma base. O capitalismo sempre aumentou a desigualdade. Há uma certa injustiça com aqueles que lutaram contra a ditadura e construíram a Constituição de 1988. Estes não foram nem sonhadores, nem defensores do *welfare state*. Esses constituintes indicaram também as formas de assegurar os direitos contidos na Constituição”. Todos os governos pós-constituente fizeram algo para garantir o princípio da seguridade social. Isso foi destruído, desmontado”.

Jorge Abrahão reiterou que reconhecer que o se tem hoje é bom, é uma tática de defesa. “É importante dizer que essa previdência que está aí é para todos, senão desqualificamos a previdência, para que, então, se acabe com ela”.

Ele ressaltou o fato de a Constituição, ao mesmo tempo em que foi “um momento de demarcação, de recolocação do federativo”, inaugurando uma amplitude dos direitos no país, deixou em aberto o marco regulador do que havia definido. “As forças conservadoras se rearticularam e a construção do marco se deu em momento histórico altamente regressivo. A fragilidade foi deixar para regulamentar depois”, identificou Abrahão.

**“Na saúde pública, somos perseguidos pela ideologia do possível. Temos que ir além”**

**Jairnilson Paim**



FOTO: ELIANE BARDANACHVILI

### SAÚDE É DESENVOLVIMENTO QUANDO...

A preocupação do setor saúde com a manutenção de níveis crescentes de desenvolvimento não só econômico, mas social, é saudável, no momento de uma grave crise mundial baseada no corte de despesas, em especial, os gastos sociais. O que nos reúne aqui é não só um compromisso profissional, mas a defesa da cidadania, e, nesse sentido, a defesa política das nossas conquistas sociais, entre as quais o SUS, e das conquistas que ainda temos que fazer para garantir um sistema de proteção social e de qualificação profissional compatível com o mundo contemporâneo. Esta é uma reunião acadêmica, mas com eixo político claro, do qual não devemos nos afastar. Saúde e desenvolvimento existem quando as pessoas conseguem viver melhor. Já andamos, há um progresso notável, mas ainda é pouco. O otimismo tem que ser exercitado com moderação.

George Kornis, economista, professor do Instituto de Medicina Social (IMS) da Uerj

# Comunicação contra o veneno

O programa do congresso dedicou um dia inteiro de discussões ao *Dossiê Abrasco sobre impacto dos agrotóxicos na saúde*, cuja terceira parte, *Agrotóxicos, conhecimento científico e popular*, foi lançada na tarde de 16 de novembro — em março de 2011 realizou-se o lançamento da primeira parte, *Agrotóxicos, saúde, segurança alimentar e nutricional*; a segunda, lançada durante a Rio+20, em junho de 2012, trata de *Agrotóxicos, saúde e sustentabilidade*. Na parte da manhã, o assunto foi debatido em sessão especial, que contou com o então presidente da Abrasco, Luiz Augusto Facchini. Ele destacou o fato de o Brasil ser o maior consumidor de agrotóxicos no mundo, título do qual o país não deve se orgulhar. “Gostaríamos de reverter esse quadro, diminuir a dependência do pequeno agricultor e fortalecer a base da saúde”, disse, defendendo maiores investimentos na capacidade da agricultura familiar e da agroecologia e a maior formação de pesquisadores nas duas áreas.

O dossiê foi construído com a contribuição de vários grupos de trabalho da Abrasco (Saúde e ambiente, trabalho, nutrição, promoção à saúde e vigilância sanitária) e de pesquisadores de diversas instituições do país, sistematizando a produção sobre os impactos dos agrotóxicos à saúde. De acordo com Facchini, o documento apresenta conexões entre o grande capital e o processamento e industrialização desses produtos, bem como sua relação com a alimentação das pessoas. “Enfrentar o grande capital não é tarefa fácil, mas é possível”, salientou, lembrando os progressos na luta contra o tabagismo e a favor do banimento do amianto, também danosos à saúde. “Esses interesses suplantam a civilidade em nome do ganho fácil, mesmo que submeta a população ao envenenamento”, denunciou.

## HEGEMONIA QUE APRISIONA

O pesquisador Fernando Carneiro, do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (Nesp/UnB) comemorou o compartilhamento do dossiê com os 8 mil congressistas, lembrando que o documento é uma reação do movimento social à hegemonia do agronegócio, um modelo que aprisiona o agricultor. “Há dez anos, 30% do que consumimos está contaminado”, disse Fernando, informando que já foi detectada a presença dessas substâncias até no leite materno e assinalando a pertinência do material. Segundo ele, existem 14 princípios ativos proibidos no mundo ainda consumidos no Brasil, o que reforça a necessidade de priorizar uma Política Nacional de Agroecologia.

O pesquisador afirmou que,

com o dossiê, a comunidade científica cria um fato político no país, chamando a atenção da mídia e criando um documento histórico sobre o assunto. Além disso, o documento aumenta a interlocução entre sociedade, academia e mídia. “Epidemiologistas e militantes estão juntos, construindo uma semântica própria em defesa da vida”.

Fernando acenou com a possibilidade de, em futuro próximo, produzir-se um dossiê similar sobre o problema no continente latinoamericano, onde são consumidos 19% dos agrotóxicos no mundo. Os impactos vão além do envenenamento, acentuou, lembrando que em 2010 o agricultor José Maria do Tomé foi assassinado na Chapada do Apodi, em Limoeiro do Norte (CE), por denunciar os impactos do uso indiscriminado de agrotóxicos na região.

## CONQUISTA DA MÍDIA

O cineasta Silvio Tandler, autor do documentário *O veneno está na mesa* (assista no site do Radis — [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)), declarou ser impossível não avançar na luta contra os agrotóxicos com um time de cientistas e agricultores de tamanha qualidade, “pessoas que lutam pela qualidade da saúde no país”. Para ele, a maior batalha a ser enfrentada seria conquistar a mídia para mobilizar toda a sociedade. “Não odeiem a mídia”, declarou.

Silvio comemorou o fato de seu documentário já ter sido acessado por cerca de 100 mil pessoas na rede social Youtube, além das inúmeras cópias que podem ter sido feitas e dos acessos em outros sites e blogs. “A batalha contra os agrotóxicos não é problema dos especialistas, mas de toda a sociedade. É uma batalha de comunicação”, definiu.

Ele criticou o fato de governos progressistas utilizarem recursos oriundos da produção de agrotóxicos como um dos seus sustentos e alertou que a paisagem brasileira está mudando para pior por conta do agronegócio. Se em *Grande sertão: veredas* o escritor Guimarães Rosa descrevia as veredas, lembrou, hoje, elas se transformaram em eucalipto. “Além dos rios desertificados em nome de um poder financeiro”, apontou. “Temos que

Na abertura do debate, uma demonstração do impacto dos agrotóxicos na saúde, tema de dossiê da Abrasco



Silvio: “Impossível não avançar na luta, com um time de cientistas e agricultores de tamanha qualidade”

demonstrar que este modelo é perverso e prejudicial à vida no Brasil”, conclamou, lembrando que “seremos vitoriosos se soubermos trabalhar com a comunicação”.

### PONTA DE ICEBERG

Integrante da Articulação Nacional de Agroecologia, o pesquisador Paulo Petersen constatou que o momento é de aprendizado, pois o dossiê indica “uma nova forma de produzir conhecimento, para além do conhecimento científico”, aliada a outros saberes. Essa sinergia, segundo ele, produz algo superior, já que se transforma em munição para ação política e diálogo entre os movimentos sociais. “Encontrar e perceber convergências já foi um grande passo”, elogiou, advertindo que é necessário que o produto seja compartilhado. “Temos que aprender a viver o território da comunicação”, assinalou. Neste contexto, ele acredita que a capacidade de produzir novas mídias faz grande diferença.

O pesquisador alertou que é preciso entender que a questão dos agrotóxicos é apenas a ponta de um iceberg, “uma ameaça ao modelo que se afirmou em dez milênios sem uma gota de agrotóxico”. Para ele, não há como entender essa ameaça sem considerá-la uma grande construção ideológica, que indica a mudança de um paradigma econômico para um paradigma químico — e encontra eco no projeto de substituir a indústria bélica pela indústria química. A base legitimadora desse processo, assinala, “é o discurso de acabar com a fome do mundo” e o questionamento sobre a capacidade da agroecologia de alimentar 9 bilhões de pessoas. “A pergunta correta é: será que este modelo industrial é capaz disso? Se já não é capaz hoje, como pode prometer que será em 2050?”.

Paulo lamenta que a agroecologia não seja reconhecida por sua capacidade de produzir alimentos e cultura, além de preservar o meio ambiente. Tudo isso por ter em sua base a agricultura camponesa, que tem uma forma de produzir distinta e trava uma relação diferente com o território e com a biodiversidade. Ele ressaltou que fala de agricultura familiar, que não pode ser confundida com agricultura de nicho. “Não estamos falando na substituição de agrotóxicos por tecnologia para matar pragas”. Ele se refere ao aproveitamento de princípios ecológicos de maneira natural, uma “regulação biótica”. “Nunca tivemos tanto conhecimento acumulado, mas é preciso evitar a apropriação dos conceitos da agroecologia pelo mercado”.

### HARMONIA DOS SABERES

À tarde, durante o lançamento oficial do dossiê, a médica Raquel Rigotto, pesquisadora da Universidade Federal do Ceará (UFC) e integrante do grupo que construiu o documento, destacou que o trabalho valorizou o encontro com os saberes populares, camponeses e tradicionais. “Procuramos as experiências construídas por essas comunidades de alternativas a esse modelo de desenvolvimento, especialmente no campo da agroecologia, entendida não só como um processo de produção de alimentos livres de agrotóxicos, mas alimentos livres de injustiça social”, explicou.



Fernando ressaltou a união de epidemiologistas e militantes, e Raquel, a busca de alternativas ao atual modelo



Petersen: construção ideológica, que indica mudança de um paradigma econômico para um paradigma químico

Para ela, são estes alimentos que contêm reforma agrária, promoção da equidade, contemplam a questão de gênero, a saúde das populações camponesas, a preservação da biodiversidade e o cuidado com as fontes de água.

Quem assina o prefácio do dossiê é o pesquisador português Boaventura Sousa Santos, que define a metodologia de construção como ecologia de saberes. “Não basta somente reunirmos todo o conhecimento científico produzido pela ciência moderna, mas construirmos um verdadeiro diálogo entre as vozes que emergem dos territórios e que nos trazem informações que não estão nas grandes bases de dados oficiais”, escreveu, referindo-se às cartas e depoimentos assinados por pessoas atingidas pelos agrotóxicos e adeptas da agroecologia.

### SAÚDE É DESENVOLVIMENTO QUANDO...

O novo século traz situações ainda pendentes, que vieram do outro milênio, como algumas doenças transmissíveis e negligenciadas, e já sofre impactos como a transição demográfica. O fato de a população estar envelhecendo rapidamente fará com que cresça o número de doenças crônicas. Conhecemos o que temos de fazer no que toca às doenças transmissíveis, as ferramentas estão disponíveis, mas temos condições sociais, de decisão, de prática que não foram ainda efetivadas. Interessa saber em que condições as pessoas crescem e se desenvolvem, trabalham, vivem e envelhecem. O Brasil está fazendo um caminho que, na opinião da Opas, é um laboratório de estudos. Um conjunto de programas sociais de diversas naturezas, que, ao colocar em primeiro lugar os diferentes grupos sociais para que as diferenças em saúde e em desenvolvimento social sejam mais iguais, promove mais equidade.

Joaquín Molina, representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) no Brasil

### SOLIDARIEDADE

Durante a sessão especial, a Abrasco e os pesquisadores oficializaram sua solidariedade aos pesquisadores Luiz Cláudio Meirelles e Letícia Silva, demitidos da Gerência-Geral de Toxicologia (GGTOX) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, após denúncias que ele fez sobre “tentativa de desregulamentação do controle de agrotóxicos no Brasil”, cujo objetivo seria retirar do setor Saúde a competência de regular o assunto — ou pelo menos flexibilizar a sua atuação (Leia na *Radis* 124).

#### Íntegra do Dossiê

#### Abrasco:

<http://grecoppgi.ufrj.br/DossiVirtual/>



# Armadilhas do agronegócio

A mesa *O Papel da ciência frente aos impactos do agronegócio e o direito das populações* juntou os dois temas do Abrascão: desenvolvimento e ciência. Para o pesquisador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) da Ensp/Fiocruz, Marcelo Firpo, o agronegócio e a ciência moderna são armadilhas atuais: “A ciência moderna impulsiona o produtivismo e torna a natureza uma grande máquina fabril”.

O paradigma da ciência moderna, explicou o pesquisador, foi introduzido pelo físico italiano Galileu Galilei, que pregava que os movimentos naturais podem ser entendidos por leis gerais, permitindo a previsão de cenários. Com o desenvolvimento da Biologia e da Microbiologia,

o cientista francês Louis Pasteur difundiu a ideia de que a natureza — fonte de caos, doença, perigos — era passível de domesticação. “Foram, então, produzidas as bases teóricas que levariam aos mecanismos de controle da natureza”, apontou.

Muitos desses mecanismos acabaram sendo adotados pelo agronegócio, que utiliza o solo para produção de mercadorias. O exemplo mais comum são os agroquímicos, expressão do modelo de ciência e tecnologia voltado para impedir as variabilidades naturais. “Criou-se o conceito de *praga*, considerada problemática, quando na verdade as pragas são expressão da vida”, observou Marcelo Firpo.

O modelo também levou à expansão do monocultivo e à proposta de eliminação dos povos das florestas e dos camponeses, “que não enxergam a natureza como uma grande

fábrica, mas sim como fonte de vida”. A relação entre ciência, economia e ambiente, explicou, é um pilar desse processo, ao ter como foco a maximização de ganhos e a redução de perdas. “Há uma mercantilização da vida e da natureza, cuja novidade é o mercado de carbono”.

Os defensores da “revolução verde” argumentam que suas técnicas aumentaram a produtividade no campo, mas o suposto aumento de produtividade, ressaltou Firpo, não resolveu o problema da fome no mundo. “Vemos uma fusão da indústria com a agricultura e da química com a biotecnologia para tornar a agricultura o novo foco de expansão do capital”.

## ACEITÁVEL E INACEITÁVEL

O pesquisador avaliou que a atual crise ambiental põe em xeque o poder da ciência sobre a natureza — o que o filósofo francês Bruno Latour chama de “reinvasão da natureza no laboratório”. A pergunta que deve ser feita, segundo Firpo, é: “Como estabelecer objetivamente fronteiras entre o aceitável e o inaceitável, do ponto de vista de uma ciência clássica?”. A resposta deve vir da sociedade, disse, e ser incorporada pela ciência.

Firpo apontou como princípios para uma ciência sensível, sustentável e emancipatória a refundação das noções de economia, natureza, saúde e regulação; a humanização e a ecologização da ciência, para que se reconheçam complexidades; o diálogo entre saberes; o reconhecimento de limites, incertezas e ignorâncias; e a predominância do interesse público, com controle do poder do mercado e das grandes corporações. “Assim, teremos uma economia para as pessoas, com novas escalas, relações e valores, e cujo elemento central será a solidariedade”.

## RELAÇÃO POSITIVA

A agroecologia é uma alternativa ao agronegócio: propõe uma agricultura camponesa com relação positiva com o meio ambiente, como relatou o vice-presidente da Associação Brasileira de Agroecologia, Paulo Petersen. “Aumentamos a eficiência aplicando os fundamentos da natureza: a energia da fotossíntese, a manutenção da biodiversidade, a reciclagem de nutrientes, a conservação das fontes de água, o controle biológico de populações de fitófagos, patógenos e plantas espontâneas”.

A luta da agroecologia, disse ele, é contra a invisibilidade. “A ciência ocupa hoje o espaço da Igreja na Idade Média: obscurantismo e apoio aos impérios”, criticou, em referência a um pequeno grupo de corporações transnacionais que controlam os sistemas de produção e abastecimento alimentar. “São corporações sem compromisso com o futuro, que afastam a agricultura da natureza e negam o conhecimento popular”.

**“Ciência moderna impulsiona o produtivismo e torna a natureza uma máquina fabril”**

**Marcelo Firpo**



## SAÚDE É DESENVOLVIMENTO QUANDO...

Na lógica da saúde e desenvolvimento, a pergunta é: para quem e para quê. A transposição do rio São Francisco, que supostamente irá levar água para a população pobre do Nordeste, é na verdade para beneficiar as empresas transnacionais de fruticultura. Outro exemplo é o agronegócio, tido como o grande modelo para a agricultura, trata-se de um modelo que beneficia o capital financeiro, os latifundiários, e é apoiado de forma massiva pelos meios de comunicação hegemônicos. Uma aliança vigora para dizer que esse modelo é viável. Mas ele concentra a renda e a terra na mão de poucos. Temos também uma produção voltada para a exportação daquilo que o mercado externo exige. E, além disso, há o uso intensivo de agrotóxicos, que também é tido como desenvolvimento. Este congresso veio trazer para a pauta a concepção de saúde atrelada ao desenvolvimento popular. Trouxe também um questionamento em relação à neutralidade da ciência. O modelo hegemônico defende que a ciência é neutra, mas a ciência tem um lado. A tarefa da Abrasco, como saúde coletiva, é aproximar a concepção de ciência de ações e objetivos relativos ao conjunto da população brasileira, sem os vícios do capitalismo, em que cada um cuida do seu.

Cleber Adriano Folgado, integrante da coordenação nacional da Campanha Permanente contra os Agrotóxicos pela Vida e da direção nacional do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA)

# Desenvolvimento: muitas interpretações

**D**esenvolvimento, palavra-chave do tema geral do Abrasção, pode ser alvo de entendimentos variados, que o painel *Desenvolvimento e Planejamento da Saúde* buscou discutir. O pesquisador da Ensp/Fiocruz Adolfo Chorny, especialista em planejamento em saúde, explicou que os governos começaram a planejar sistematicamente as políticas públicas nos anos de 1920, tendo sido os planos quinquenais da União Soviética a primeira experiência do tipo.

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, organizações como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional emprestaram recursos para que os países pobres chegassem a uma “economia de desenvolvimento”. O estágio esperado era o de uma sociedade de pleno consumo, e um dos métodos para atingi-lo eram as projeções quadriennais. Ao longo dos anos, o termo *desenvolvimento* foi interpretado de outras formas — “desenvolvimento econômico-social” e “desenvolvimento sustentável”, entre elas.

Na avaliação de Chorny, hoje, recorrem-se aos termos *desenvolvimento* e *planejamento* para tratar de objetivos muito diversos. A intenção, ao se falar em desenvolvimento, lembra, pode ser acumular mais capital, aumentar o Produto Interno Bruto, ser o país mais poderoso do mundo ou perseguir a justiça social e a equidade. “Queremos desenvolvimento e saúde, desenvolvimento com saúde, desenvolvimento em saúde, desenvolvimento para a saúde? Cada uma dessas formulações explicita uma finalidade”, questionou.

## ENXUGAR GELO

O professor da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto Juan Rocha defendeu a noção de “Saúde em todas as políticas”, adotada na 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Adelaide (Austrália), em 1988. “O que falta não é investir mais no setor saúde, mas implementar políticas que levem em conta as consequências para a saúde”, opinou. Isso inclui política de pleno emprego, segurança, alimentação, educação, transporte, habitação, ocupação da terra, listou.



Chorny: desenvolvimento pode significar equidade e justiça social ou acúmulo de capital

“Quando olhamos para os problemas de saúde, percebemos que estão relacionados às condições de vida e trabalho, portanto, focar apenas as políticas de saúde e manter os conflitos e contradições de outros setores é enxugar gelo”. Ele citou hipertensão e diabetes como exemplos de doenças ligadas a alimentação inadequada e vida sedentária. Outras pastas, que não a da Saúde, deveriam incentivar o consumo de alimentos saudáveis e promover a atividade física, defendeu. “A Saúde não pode pagar a conta das falhas de outros setores”.

## DE CIMA PARA BAIXO

Segundo a professora do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA Carmen Teixeira, a emergência do planejamento em saúde no Brasil se deu no governo Geisel, na década de 1970, com programas que pretendiam estender a cobertura assistencial. “Mas vinha de cima para baixo, sem participação de estados e municípios, e se parecia mais com uma simples programação”, ressaltou.

O projeto da Reforma Sanitária incluía um pensamento estratégico, com planejamento para enfrentar um movimento de privatização, medicalização e fragmentação do cuidado, mas o SUS acabou sendo criado a “golpes de portaria”, disse, citando expressão do médico sanitário Flávio Goulart. A primeira experiência realmente considerada como “planejamento em saúde” foi o PlanejaSUS (Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde), criado no governo Lula.

O PlanejaSUS deu os elementos para que União, estados e municípios atuassem de forma contínua, articulada e integrada, o que incluiu a capacitação de cerca de 1,5 mil trabalhadores. Ao analisar como esse planejamento vem sendo feito na prática, Carmen identificou uma ênfase concedida ao mercado como mecanismo regulador das relações entre oferta e demanda por serviços de saúde.

## MIX PÚBLICO-PRIVADO

“O que temos visto é a adoção de propostas pragmáticas e controversas, como as empresas públicas, mesmo por secretários de Saúde considerados progressistas, dada a situação de crise e a pressão por melhorias”, comentou.

Para a professora, o planejamento em saúde hoje serve ao crescimento da oferta e à racionalização da relação oferta-demanda de serviços assistenciais, contribuindo para a reprodução do modelo médico-assistencial hegemônico, com *mix* público-privado. “Não serve ao modelo de desenvolvimento social; ao contrário, gera iniquidade no sistema de saúde”.



Juan: saúde deve ser incluída em todas as políticas; Carmen: planejamento tem reforçado modelo médico-assistencial, com ‘mix’ público-privado

# Medicamentos e direito à saúde

O medicamento é um insumo para a saúde; nosso trabalho é transformar esse produto em saúde efetiva, definiu a pesquisadora Silvana Nair Leite, durante o painel *Acesso e uso racional de medicamentos*, realizado no Instituto de Ciências Básicas da Saúde da UFRGS. Silvana, do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina, sintetizou questões complexas que compuseram uma interessante reflexão coletiva. A natureza do medicamento em si, segundo ela, é fruto da produção social do processo saúde-doença, repleto de ressignificações e interesses diversos, que pretendem que ele seja visto como amoral, moderno e científico. É um objeto de adoração e ódio, analisou. No entanto, conforme lembrou a pesquisadora da Universidade de Brasília (UnB) Margô Karnikowski, representante do grupo de trabalho sobre o tema no congresso, a importância dos medicamentos na manutenção e recuperação da saúde é inquestionável, e o acesso a eles é estratégico para a garantia do direito a saúde.

O acesso aos medicamentos depende, conforme expôs Margô, de disponibilidade física, acessibilidade geográfica, preço (capacidade aquisitiva) e aceitabilidade. Este último fator diz respeito à satisfação relacionada às atitudes e expectativas do usuário frente às características do medicamento. Todo uso é racional, completou Silvana. As pessoas têm suas razões para tomar determinadas decisões, não necessariamente as razões esperadas. Elas constroem trajetórias e itinerários próprios, explicou.

## VÁRIAS RACIONALIDADES

Segundo ela, existem experiências e crenças também em relação ao atendimento em determinados serviços e locais que os levam a ser mais ou menos procurados pela população, e tudo isso deve ser levado em conta ao se pensar em qualificar o serviço. “Ninguém é um copo vazio. A racionalidade baseada em evidências científicas é uma racionalidade, mas não a única”.

Silvana apontou entraves para o uso racional de medicamentos. “O conhecimento acerca da eficácia de algumas drogas é limitado; há doenças *órfãs*, para as quais não existe tratamento eficaz e seguro; e a capacidade do profissional de saúde é limitada. Temos pecado na sua formação; não formamos para que ele tenha compromisso com a resolução dos problemas do usuário”. Segundo Silvana, é preciso evoluir na concepção de cidadania. “Não é o profissional que vai passar a noção da cidadania na saúde, é a sociedade que vai cobrar”.

A representante do Ministério da Saúde Karen Sarmento da Costa, do Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DASF/SCTIE), falou da estratégia mais recente do governo para aprimorar o acesso e uso racional de medicamentos no Brasil. Karen apresentou a estrutura do departamento de assistência farmacêutica e o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), que instituiu o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, com a construção de base de dados informatizada nacional. O programa lançou em setembro de 2012 o Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos. O objetivo é superar o modelo vigente no campo da assistência farmacêutica, que valoriza apenas a disponibilidade. Os municípios não controlam bem os estoques, explicou. O sistema atual, segundo ela, vem se desenvolvendo para olhar a estrutura do SUS e suas lacunas, e constituiu-se de três eixos: educação, estrutura e informação. “O maior desafio é a educação”.

## FARMÁCIA POPULAR

Ao ser aberto o debate, surgiram questionamentos da plateia sobre o Programa Farmácia Popular, do Governo Federal, que embutiria contradições em relação aos princípios do SUS. As três expositoras ressaltaram que o programa é benéfico para os usuários. “Não acredito que haja programa melhor no momento, em termos de resolutividade, principalmente para o usuário de medicamentos para doenças crônicas”, considerou Silvana. “Podemos discutir se o custo é adequado para o sistema, se é preciso ajustar, regular, qualificar o serviço nas farmácias, ressaltou, ponderando o quanto teria que ser ampliada a estrutura física das unidades de saúde se o Farmácia Popular fosse extinto. Para Silvana, as farmácias têm que ser estabelecimentos de saúde, unidades partícipes de acesso a medicamentos no país. Além disso, a base de dados do programa pode ser usada no controle de custos e movimentação dos usuários, defendeu.

“Desmontar o programa seria um retrocesso, reforçou Margô. É preciso fazer com que essa estratégia de acesso esteja no contexto do SUS, e analisar se os custos estão beneficiando a população, analisou. Não se discute acabar com o programa. Essa discussão já foi superada, lembrou Karen, que também vê na possibilidade de se formar uma base nacional de dados a partir do programa uma contribuição para o SUS. “Hoje, tenho informação em tempo real de quantos e quais usuários retiraram medicamentos para hipertensão ou diabetes na Farmácia Popular. No SUS eu não sei. A agenda estratégica para 2013 é integrar o sistema Qualifar-SUS e utilizar as informações da Farmácia Popular, anunciou.

Segundo Karen, a 14ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu como diretriz qualificar o programa. É uma preocupação enfrentar a questão do custo, e ver como ele se integra com as unidades de saúde. Por isso é importante a base nacional de dados que estamos estruturando”, apontou.

(De cima para baixo)  
Silvana: todo uso é racional;  
Margô: acesso a medicamentos é estratégico na garantia do direito à saúde;  
Karen: foco em educação, estrutura e informação



# Conquistas e desafios com a Lei de Acesso à Informação

A necessidade de um marco teórico para a Lei de Acesso à Informação (LAI — Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, regulamentada em maio de 2012) e de ampla divulgação de suas potencialidades foi evidenciada no painel *Lei de acesso à informação: os desafios para o sistema de saúde*, pelos três pesquisadores que participaram do debate. A lei dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, estados, Distrito Federal e municípios para garantir o acesso a informações de interesse público, conforme previsto na Constituição.

O texto aponta que os órgãos públicos ficam obrigados a divulgar informações, em local de fácil acesso, independentemente de solicitações. Os órgãos e entidades devem utilizar “de todos os meios e instrumentos legítimos de que dispuserem, sendo obrigatória a divulgação em sítios oficiais da rede mundial de computadores (internet)”, como indica o artigo 8º.

Qualquer pessoa física ou jurídica pode formular pedido de acesso à informação. “É assunto novo, falta um marco teórico e referências que nos ajudem a balizar o pensamento do que sejam dados abertos”, analisou Newton Vagner Diniz, da Controladoria Geral da União (CGU). Ele ressaltou a importância da lei e os avanços dela decorrentes, como a possibilidade de se reutilizarem as informações disponíveis e, a partir do contato com outras fontes de dados, gerar “novos significados”. Newton Vagner considera o uso da lei uma questão de tempo. “A defesa do consumidor está aí há tanto tempo e ainda não aprendemos totalmente a usar”.

## CONSELHEIROS E INTERNET

Também a professora Ilara Hämmerli, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), considerou a LAI um avanço fundamental, ressaltando que ainda há muito a se caminhar. “A lei de acesso insere-se na luta de construção do projeto civilizatório”, definiu. “É essencial, mas ainda não é suficiente”, considerou, ponderando que a compreensão do significado das informações disponibilizadas e de suas limitações, decorrentes do modo como foram produzidas e disseminadas, ainda não ocorre. “É uma dimensão a ser trabalhada”. Para Ilara, trata-se de um processo que envolve discussão política, educação e democratização de saberes, formando-se “um triângulo virtuoso”. “São desafios para o sistema de saúde, para os conselheiros de Saúde, para a sociedade brasileira, para que se possa usufruir dessa conquista”.

Ela apresentou pesquisa realizada em 2008, que verificou a relação de conselheiros de Saúde do país com a internet. A partir da realização de grupos focais com os conselheiros, foram observados hábitos de informação e uso da internet, recursos utilizados para elaboração e leitura de textos online e uso da internet para exercício do controle social e resolução de problemas. Entre os resultados encontrados, Ilara destacou a desigualdade no acesso e uso da informação entre os conselheiros, variações de hábito de leitura e de uso da internet, de acordo com inserção social, econômica

e política na comunidade em que viviam; e relato de falta de acesso a jornal impresso ou online, em casa ou no local de trabalho. “Na Amazônia, mal tinham conhecimento de como usar”, disse.

A pesquisa constatou, ainda, dependência dos conselheiros da “boa vontade do gestor”; e a não inclusão na agenda dos conselhos de Saúde do tema informação e saúde e tecnologias, retirando-se desse fórum o direito de participar da definição dessa política pública. “Essa ausência não é casual, expressa a tensão entre dominantes e dominados”.

Ilara criticou também o que chamou de mito da neutralidade. “A informação é apresentada no aparato estatal despolitizada. É preciso decodificar as informações oficiais, apresentadas sem qualquer explicação”.

## TRABALHAR PELA DEMANDA

Para o presidente da Associação Paulista de Saúde Pública, Paulo Capucci, houve falta de publicidade da LAI, restando ainda em seu conteúdo uma série de possibilidades não exploradas. “A lei abre possibilidade de novo marco para a politização da informação”, analisou. “Apesar de representar a regulamentação de um dispositivo constitucional que trata do direito à informação transparente, levamos mais de vinte anos para chegar aqui”, lembrou Paulo, observando que a LAI “é produto de tensões e disputas que foram vencidas”. Ele ressaltou, no entanto, a importância de a sociedade não apenas receber, mas conhecer o processo percorrido pela informação com a qual lida e participar de sua construção.

Paulo observou, ainda, que é preciso que a sociedade demande informação, em vez de apenas consultar a informação ofertada. “Não trabalhamos pela demanda, só com a oferta”, apontou, ressaltando que as relações públicas no país são reguladas pelos interesses do mercado. “Talvez essa lei nos ajude nisso”. E exemplificou: “Temos que fazer uma consulta às pessoas que utilizam as linhas de ônibus para ver qual o melhor trajeto para elas e não para economizar o pneu”.



Paulo: sociedade deve demandar informações em vez de apenas consultar a informação ofertada



Ilara (D): temática da tecnologia e saúde não está na agenda dos conselhos; Newton Vagner: lei carece de divulgação e de marco regulatório

# Dificuldade para ser índio

A confusão inicial foi estabelecer quem ocuparia a sala: não bastasse precisar vencer cinco andares, com apenas dois elevadores disponíveis, os painéis *Saúde dos povos indígenas no Brasil: desafios nacionais e insights locais* e *A judicialização na pesquisa em saúde ambiental* haviam sido marcados para acontecer no mesmo lugar. Vencida a disputa, os integrantes da mesa que discutiria a primeira temática e que seria coberta pela *Radis* ficaram na sala e comemoraram o grande número de pessoas interessadas na saúde dos índios.

Pesquisador do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Ensp/Fiocruz, Carlos Coimbra apresentou o que está se aprendendo com a experiência do 1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, divulgado em 2010 (*Radis* 97). Ele explicou que a pesquisa gerou um enorme banco de dados que demonstrou, mais uma vez, “o desequilíbrio e a desigualdade entre ser brasileiro indígena e não indígena no país”. O levantamento, realizado com mulheres e crianças em 123 aldeias, a partir de cadastramento feito pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), mostrou, por exemplo, que saneamento é algo presente em apenas 19% dos domicílios e em 39% das comunidades indígenas. Os números contrastam com os dados apresentados pelo IBGE, em 2008, que aponta, no contexto rural, a presença de algum sistema de coleta de dejetos em 91% das residências.

A coleta de lixo doméstico também é raríssima nas aldeias, apontou o estudo. Enquanto 42% dos domicílios rurais têm acesso à coleta municipal, apenas 13% dos territórios indígenas contam com o serviço. Na região Centro-Oeste, o índice chega a zero, ressaltou Coimbra, advertindo que é falso o argumento de que as aldeias ficam longe ou têm acesso difícil: “Hoje, chega-se de carro facilmente às aldeias. Essa é uma realidade de abandono”.

Também em relação ao acesso à água de boa qualidade há discrepâncias, diagnosticou o inquérito. O Brasil oferece água tratada para 98% dos habitantes das regiões Sul e Sudeste; na mesma área, apenas 34% das residências indígenas contam com o serviço. Na região Norte, a situação é mais

grave: apenas 4% das casas têm alguma torneira instalada. “Nada explica a ausência desses serviços tão importantes”, comentou Coimbra.

Ele também apresentou dados comparativos de situações de saúde como a porcentagem de mulheres com anemia (32% entre as indígenas e 20% entre as não índias), a presença de sobrepeso e/ou obesidade — problema maior entre as mulheres indígenas jovens — e o registro de grande número de casos de hipertensão, problema não acompanhado pelos serviços de atenção à saúde, embora potencialmente grave pela implicação com a saúde cardiovascular. “Os profissionais de saúde que estão nas áreas indígenas não estão atentos nem têm material para acompanhar”, justificou.

Em relação às crianças, o estudo aponta um maior número de partos fora da aldeia na região Sul, ao mesmo tempo em que é quase inexistente a prática do pré-natal na região Norte. Além disso, algumas das vantagens do parto hospitalar não são aproveitadas pelas crianças índias: apenas 36% delas receberam a vacina BCG no momento em que nasceram. O índice de anemia entre elas (53%) também é considerado alto. “Não há explicação razoável para isso”, adverte o pesquisador, assinalando que a desnutrição crônica atinge 28,5% das crianças indígenas contra 7,1% das que não são índias. “O que estamos aprendendo com este inquérito é que ser índio no Brasil não é fácil. Eles não têm nem o mesmo acesso, nem a mesma qualidade e nem a mesma completude. A situação é de iniquidade”, resumiu.

## ‘FALTAM DADOS’

A antropóloga Marina Cardoso, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), lamentou que anos depois da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e do Subsistema de Saúde Indígena do SUS — organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) — ainda faltem dados confiáveis para sustentar a política de atenção à saúde indígena no país. Ela lembrou que a ausência penaliza uma população de 817 mil pessoas, segundo dados do IBGE, que representam 0,42% da população brasileira e apresentam crescimento de 11% em relação ao Censo realizado em 2000. Não se sabe se o aumento se deu pelo maior acesso dos pesquisadores do IBGE aos índios ou pela emergência ou reemergência de etnias; o que se sabe é que a taxa de natalidade é menor do que aquela registrada entre os não indígenas.

A pesquisadora lembrou que a Sesai foi criada por conta das avaliações negativas feitas ao trabalho da Funasa em relação à saúde indígena. A principal crítica referia-se à forma de se operacionalizar o sistema, com repasses de recursos federais aos municípios ou ONGs, segundo ela uma opção de terceirização no gerenciamento e na execução de ações. Ao transferir a responsabilidade do Estado para outras entidades, perdeu-se o controle político da gestão. Por outro lado, em relação aos índios, havia dificuldades no controle

Eliana: formação do profissional de saúde considera especificidades da população; Supretaprã: “sem a atenção que todos os outros brasileiros recebem”





social e político da gestão de recursos e ações, observou a pesquisadora.

Marina contou que com a criação da Sesai foram cortados os convênios com as ONGs — inclusive as indígenas — com a ideia de autonomizar os DSEIs, o que depende de trâmites burocráticos. Isso deixa áreas indígenas descobertas, inclusive de serviços básicos. Ela citou um relatório de avaliação do modelo assistencial, de 2010, que identificou a tecnificação da assistência. “Prevalece o modelo curativo e a concepção topográfica e geográfica dos DSEIs em detrimento da lógica das necessidades”, analisou. É, segundo ela, um modelo mais organizacional do que assistencial, que não dá resolatividade.

A escolha desse modelo tem como consequência a falta (e a alta rotatividade) de profissionais, além de problemas com infraestrutura, integração e comunicação com o SUS. Outra falha apontada pela pesquisadora relaciona-se ao descompasso entre o princípio que articula as práticas indígenas e a capacitação de gestores e profissionais. A atenção diferenciada acaba encarada como privilégio e investe-se na igualdade ao invés de na equidade. “A tendência é que o subsistema seja assimilado pelo SUS e desapareça”, alerta.

### CALCANHAR DE AQUILES

A formação e a capacitação de pessoas têm sido o calcanhar de Aquiles do Sistema de Atenção à Saúde Indígena, declarou a pesquisadora Eliana Diehl, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). “Muitos dos problemas continuam, como a exacerbação das questões gerenciais e organizacionais”, disse, lembrando que a formação do profissional de saúde desconsidera as especificidades da população brasileira e, ainda mais, dos indígenas. Há despreparo para trabalhar com diferentes etnias, salientou, lembrando que as especificidades vão além da recuperação da saúde, envolvendo organizações sociais, culturais e políticas. “É preciso trabalhar não só o corpo individual, mas também o corpo social”, assinalou.

Eliana identificou, ainda, que há preconceito contra outras formas de atenção à saúde, e que a preocupação maior é normatizar comportamentos. “Mesmo os mais sensíveis esbarram na lógica burocratizada dos serviços”. Ela lembrou que há precariedade nos vínculos empregatícios, o que resulta em alta rotatividade de profissionais, em especial médicos, enfermeiros e dentistas. Em muitos momentos, disse a pesquisadora, falta respeito às concepções e práticas indígenas e articulação destas com os saberes médicos.

Em relação aos profissionais indígenas, a pesquisadora comentou que a política nacional enfatiza o trabalho do Agente Indígena de Saúde (AIS), que deveria ser o elo entre a equipe de saúde e a comunidade. Apesar do aumento no número desses profissionais, o papel do AIS está longe de ser homogêneo diante da heterogeneidade que se apresenta no país, alertou Eliana, esclarecendo que até hoje não se resolveu sua formação. Ela ressaltou que eles ainda têm um papel importante com os índios isolados, mas que aqueles que trabalham com aldeias mais próximas das cidades acabam se tornando “preenchedores de papel”.

Os seis módulos de capacitação de AIS ministrados pela Funasa em 2005, por exemplo, tinham enfoque biomédico direcionado para todas as realidades, desconhecendo contextos e dificuldades de implementação — tanto de recursos como de gerência. Além disso, a capacitação hierarquiza o AIS em relação ao profissional de saúde, o que leva muitos índios a buscar formação de nível médio para melhorar seus salários e ter reconhecimento dentro da equipe de saúde. “A agenda é inconclusa e absolutamente atrasada e não permite o protagonismo dos povos indígenas”, assinalou.

O cacique Paulo Supretaprã, da aldeia xavante Etenhiritipa, no Mato Grosso, contou que quando foi viver fora da terra indígena seu sonho era ser médico, mas foi impedido pela família, que temia que ele casasse com uma branca. Ele explicou que, na Terra Indígena de Pimentel Barbosa, no Vale do Araguaia, onde vive, o pólo-base do DSEI fica a 100 quilômetros de distância, na cidade de Barra do Garça (MT), e atende aos oito territórios da etnia, o que corresponde a 220 aldeias.

Paulo explicou que todas as aldeias ficam distantes do atendimento e que eles não têm a atenção “que todos os outros brasileiros recebem”. Segundo ele, a Funasa deixou de fazer exames rotineiros para a detecção do câncer e de pré-natal. Além disso, o DSEI não dispõe de equipamento para pesagem e medição de crianças como preconiza a Vigilância Nutricional. O cacique reclamou ainda da ausência de ações de saúde bucal em sua área, e da falta de distribuição de suplemento ferroso para as mulheres. A isso, some-se saneamento precário e falta de água de qualidade. “O sistema não está cumprindo seu papel de intermediação entre os territórios indígenas e os municípios”, assinalou.



Coimbra (alto): nada explica ausência de serviços nas aldeias; Marina: faltam dados confiáveis para sustentar política de atenção à saúde indígena

### SAÚDE É DESENVOLVIMENTO QUANDO...

O tema do Abrascão tem tudo a ver e foi também tema da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Mas a 13ª enfatizou um *FlaXFlu*, discutindo questões ligadas a aborto e não aborto. Se pegarmos os anais da conferência, veremos que aponta para o consenso de um projeto nacional de desenvolvimento soberano e sustentável, o desenho está lá. Diante de uma sociedade de classe, o principal instrumento do trabalhador é sua força de trabalho, que está relacionada às condições sociais para o seu bem estar. É preciso ter por escrito a forma como se opera o processo de produção, com o olhar de quem produz. Longe de achar que não devemos nos desenvolver! Se não produzimos riqueza, não caminhamos. Já há produção científica suficiente, mas a apropriação dela é privada.

Ronald Ferreira dos Santos, presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar) e relator da 13ª Conferência Nacional de Saúde, no segmento dos trabalhadores



# Uma genealogia do risco

Os 60 lugares da sala 703 da Faculdade de Educação não foram suficientes para receber o público que foi assistir ao painel *Risco e vulnerabilidade: as relações entre o individual e o coletivo nas ações de prevenção e promoção da saúde*. Depois de muitos protestos, o pesquisador Naomar de Almeida Filho, da Universidade Federal da Bahia, teve sua exposição interrompida pela notícia de que as apresentações seriam transferidas para o auditório externo, no térreo.

Sete andares abaixo, a confusão continuou: a maioria das pessoas que haviam chegado cedo à sala menor não conseguiu lugar no novo espaço, dada a dificuldade em descer pelas escadas. Congressistas trocavam farpas na disputa por um lugar. Muita gente ficou mesmo em pé.

## VERDADEIRA AULA

Naomar iniciou com bom humor sua explanação, uma verdadeira aula de filosofia e epidemiologia. Ele propôs uma questão inicial: “Que conceitos de risco podem caber em um mundo diferente daquele para o qual o conceito foi definido?”. E explicou que vivemos em um mundo pós-clínico, pós-causal e não cartesiano, cuja cosmologia é diferente daquela que se concebia quando se criou o conceito de risco.

Naomar pautou sua genealogia do risco por imagens clássicas da pintura mundial, inserindo, aqui e ali, comentários divertidos sobre a “intimidade” de teóricos e artistas famosos. Ele iniciou com uma imagem do afresco *Escola de Atenas*, do pintor italiano Rafael (1483/1520). No centro da pintura, o ar austero e professoral do filósofo grego Platão contrasta com a atitude do discípulo Aristóteles: o primeiro aponta para cima, o segundo, para frente. “Há um antagonismo em curso”, mostrou: o mestre defende que “depois da criação, o mundo existe para todo sempre”; o aluno discorda, observando que “nada do que foi pode durar eternamente”. Instalase aí, disse Naomar, a causalidade essencial que marca a Teoria das Causas, de Aristóteles.

O pesquisador apresentou contribuições diversas de teóricos para a construção do pensamento e do conceito de risco. O filósofo e matemático francês René Descartes (1596/1650) criou um “método universal para encontrar a verdade e esclarecer as ciências especulativas”. Em *Discurso sobre o método e meditações*, defendeu que a ciência não é privilégio do talento e instituiu que só se pode dizer que existe algo que puder ser provado — base do método cartesiano. Sir Isaac Newton (1643/1727), cientista inglês, inseriu no debate a constatação de que a melhor explicação é sempre a mais simples, resgatou Naomar. Já o filósofo prussiano Immanuel Kant

(1724/1804) trouxe as noções de causa e efeito. “Tudo o que começa a existir supõe antes alguma coisa da qual resulta”, acentuou.

Ele explicou que o cartesianismo é uma visão objetiva, simplificada, neutra e baseada nas causas. É dessa visão que decorre o conceito cartesiano de doença, representado por teorias microbianas e ambientais. Os modelos de intervenção gestados sob essa concepção estão baseados em correção de defeitos, supressão de agentes, compensação de carências e controle de desequilíbrios. “Assim se resume o modelo clínico: relações de causa e efeito e desfecho necessário”.

## CONTINGÊNCIA

Esse modelo, afirmou Naomar, é baseado no reducionismo, contestado pela Teoria dos Eventos, que inclui o possível, o impossível, o necessário e o contingente. “A contingência é o acontecimento não previsto, que se traduz como emergência”. Ele falou da contribuição do físico francês Blaise Pascal (1623/1662), que transformou a contingência em método. Uma aproximação da Teoria das Probabilidades, que admite verdades múltiplas, fragmentadas e paradoxais. “O conhecimento não é certo nem neutro, depende da construção dos objetos”, explicou. Naomar apresentou ainda o pensamento do filósofo escocês David Hume (1711/1776), que introduziu a ideia de que não há garantias para a causalidade.

O modelo de risco, explicou, é causal, as predições não são totais ou rigorosas. É dele que decorrem conceitos correlatos, como “fatores e marcadores de risco, comportamento de risco e situações de risco”. Naomar problematizou o modelo, lembrando do episódio do jovem norueguês que matou 77 pessoas, em 2011, durante uma festa. No dia anterior ao atentado, o risco — do ponto de vista epidemiológico — era zero.

Naomar observou que, no campo das práticas da saúde, existem a prevenção de riscos e agravos e a proteção da saúde, que trabalham com possibilidades, mas também a promoção da saúde e a precaução, que incluem contingências. A prevenção trabalha com marcadores e fatores, e tem as pessoas como foco; a proteção utiliza sensores e padrões; a promoção aponta para a construção de uma cultura de saúde a partir do monitoramento; e a precaução trata de ações de vigilância.

Para o pesquisador, ainda há como enxergar o risco como determinação, quando este é indicador de causalidade ou resíduo da probabilidade, ou, ainda, se mostra como perigo estruturado. Ele apresentou o conceito de *sobredeterminação*, categoria que dá conta das trajetórias das contingências e de todas as modalidades de determinação. A sobredeterminação, apontou, prevê a simultaneidade dos acontecimentos, englobando a “causa biológica das patologias, da determinação social da situação e das condições de saúde, da produção cultural das práticas, da construção política das instituições e da invenção simbólica dos sentidos da saúde”.

Naomar: sala lotada para discutir conceitos de risco em um mundo diferente daquele para o qual foram definidos



# Controle social ainda limitado

Se a participação da sociedade na construção e fortalecimento do SUS tem potencial inquestionável, até que ponto os mecanismos de controle social têm conseguido gerar avanços práticos? Na avaliação da pesquisadora do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde da Ensp/Fiocruz Sarah Escorel, o impacto de conferências e conselhos ainda é limitado. Durante o debate *A democracia e a participação social*, ela lembrou que a participação pode suprir déficits da democracia parlamentar: os cidadãos têm preferências instáveis e nem sempre claras para os políticos; o poder de fiscalização pelos eleitores é esporádico; os mecanismos eleitorais são frágeis para manter a máquina política funcionando, de forma transparente; e há dificuldade de os cidadãos controlarem o aparato administrativo.

“Conferências e conselhos podem suprir esses déficits, mas apenas se tiverem certas características”, disse, referindo-se à diversidade na composição (ou seja, integradas por representantes de vários segmentos); simetria de poder interno e representatividade de todos os participantes (pois a representatividade nessas instâncias pode sofrer da mesma falha da representação eleitoral); processos de deliberação democráticos (com oferta de informação, tempo para discussão e reflexão); prestação de contas para o público; e pressão sobre o poder constituído, para que leve em conta as deliberações.

“Conselhos e conferências de saúde têm hoje essas características?”, questionou Sarah Escorel, que coordena pesquisa sobre controle social no Brasil, cujos dados serão comparados com os da Tailândia e de Uganda. Alguns já chamam a atenção. Por exemplo: as conferências de saúde não aparecem no organograma do Ministério da Saúde, o que mostra que, na estrutura de poder, elas não têm um papel.

A análise das 850 resoluções da 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2007, aponta que os dois assuntos que foram objeto de maior polêmica — aborto voluntário e fundações estatais de direito privado, defendidos pelo então ministro da Saúde, José Gomes Temporão — ocuparam espaço “reduzidíssimo” no documento final. “Se não fossem por periódicos como a *Radis* não conseguiríamos identificar quais questões dominaram o evento”, comentou.

Sarah Escorel reconheceu que as conferências são uma inovação institucional com potencial para democratizar as decisões em saúde e têm historicamente redundado em amadurecimento do SUS. “É um momento em que todos são expostos a diferentes argumentos e perspectivas”, disse, ressaltando que as últimas edições têm se caracterizado por “falta de debate, votações encaminhadas sem diálogo e documentos extensos praticamente inúteis para orientar as políticas de saúde”.

Quando ao Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa identificou que o órgão apareceu no organograma do ministério em 2006, em subordinação ao ministro; já em 2010, apareceu sem relação específica. No período estudado, o conselho publicou 41 resoluções, das quais apenas

seis faziam referência a alguma deliberação da conferência. Outras 20 tratavam do funcionamento de comissões internas. “Esse número revela que os conselheiros estão mais voltados para a organização interna do plenário do que para propor e influenciar as políticas de saúde”, considerou Sarah.

A pesquisadora concluiu que, passados 12 anos da criação da Lei 8142 (que estabeleceu conselhos e conferências de Saúde), é preciso repensar o papel desses mecanismos, sua relação com o ministério e a sociedade, para que “suas deliberações sejam diretrizes e não fiquem esquecidas em uma gaveta”.

Um dos coordenadores da Comissão de Relatoria da 13ª CNS, o conselheiro Ronald Ferreira dos Santos defendeu, da plateia, o relatório da conferência: “O problema é que só olharam para duas polêmicas, enquanto as demais contribuições das forças sociais não foram olhadas”. Ele disse que tem tentado travar um debate sobre o papel do controle social dentro do Conselho Nacional de Saúde e argumentou que as deficiências não estão na participação, mas na apropriação pelo governo das deliberações.

O secretário de Gestão Participativa e Estratégica do Ministério da Saúde, Luiz Odorico, lembrou que a conferência nacional é apenas uma etapa das conferências de saúde, que acontecem em mais de 4.200 municípios do Brasil, e sugeriu que estas também sejam alvo de pesquisa. Odorico concordou com a fragilidade do debate na 13ª, que, segundo ele, foram corrigidas na 14ª, com a necessidade de os grupos de trabalho estabelecerem propostas prioritárias.

## SAÚDE É DESENVOLVIMENTO QUANDO...

Percebo que certos ramos da ciência, no momento, começam uma interlocução com saberes com os quais antes não havia contato — saberes tradicionais, saberes populares, interação com formas de cuidado. Isso ainda está no início, mas já começa a acontecer: Integrar saberes, estabelecer interlocuções, ouvir o cidadão, ouvir aquele que é alvo do cuidado. Isso é fruto do movimento da saúde coletiva. Estamos muito longe ainda de se atingir um cuidado com a saúde compatível com esse conceito de desenvolvimento social e econômico. Se pensarmos em termos de população, nas formas de adoecer dessa população, e no conjunto de serviços que temos disponíveis para ela, ainda estamos longe de atingir mesmo a saúde como combate ao adoecimento. A outra situação é a saúde como modo de vida, que implica várias outras questões: também estamos longe de atingir o desenvolvimento econômico com sustentabilidade. A saúde coletiva, que é a área em que trabalhamos, é onde se batalha para superar essas dificuldades.

Madel Therezinha Luz, professora e pesquisadora do Instituto de Medicina Social (IMS) da Uerj



Sarah: deliberações do controle social devem ser diretrizes, mas vêm sendo esquecidas; Odorico: 14ª conferência corrigiu fragilidades do debate



FOTO: ELIANE BARDANACHVILI

# Lógica do mercado orienta saúde suplementar

Na mesa *Empresariamento da saúde*, quatro estudos de mestres e doutores mostraram a força e o espaço que tem a saúde suplementar no país.

A pesquisadora Ialê Falleiros Braga, da Escola Politécnica Joaquim Venâncio da Fiocruz, apresentou os resultados de sua tese de doutorado, defendida em 2012, na qual buscou compreender as relações entre as entidades empresariais e a política nacional de saúde, nas duas décadas de implementação do SUS (1990 a 2010), localizando “sofisticados métodos de produção de consenso”, conforme apontou em seu texto. Ela abriu sua exposição citando uma das falas que recolheu na pesquisa, atribuída ao presidente da Confederação Nacional de Saúde (CNS), José Carlos Abrahão, que teria afirmado que “saúde é *business*”.

Em sua pesquisa, *Entidades empresariais e a política nacional de saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração*, Ialê constatou a instituição e a oficialização da dupla porta de entrada no sistema de saúde, por conta do fortalecimento da saúde suplementar, e, ainda, que a avaliação sobre o funcionamento do serviço suplementar, bem como sua certificação, se dá por padrões definidos pelas próprias entidades empresariais.

A pesquisa tomou como foco a CNS, por esta representar em âmbito sindical nacional todas as entidades empresariais assistenciais de saúde. A conclusão foi que a entidade vem tendo papel fundamental na organização dos interesses empresariais assistenciais, “tanto em âmbito econômico-corporativo quanto em nível ético-político”, e “costura um projeto empresarial para a área da saúde”, unificando os interesses empresariais, em torno de noções como “saúde como setor da economia”, “sustentabilidade” e “cadeia produtiva da saúde”.

Ialê constatou a configuração de um “projeto neoliberal” no qual atributos como acesso a serviços, qualidade e uso adequado dos recursos públicos são apresentados pelos empresários da saúde como seus. “Harmonia, equilíbrio e otimismo são a tônica desse projeto”, disse Ialê.

## VIÉS NATURALIZADOR

José Sestello, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), apresentou estudo analisando a produção acadêmica voltada à assistência médica suplementar e identificou no material investigado indicações de reprodução de uma lógica de mercado. Sestello observou nas produções acadêmicas um “viés naturalizador que tomou a compra e venda de planos de saúde como algo dado, em vez de haver uma reflexão sobre isso”.

Ele analisou 270 textos, entre

artigos em periódicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado, produzidos entre 2000 e 2010 — período posterior à criação da Agência Nacional de Saúde (ANS), pela Medida Provisória 2012-2 de 1999, após a Lei 9656, de 1998 —, selecionados de um total de 4.700 títulos, encontrados em bases de dados diversas. Os temas mais recorrentes relacionaram-se a práticas administrativas (71 trabalhos), seguindo-se legislação (38) e regulação (30), havendo também trabalhos voltados a articulação público-privado (26), tipos de demanda por plano de saúde (25), políticas de saúde (23) e oferta de assistência em saúde suplementar (22), entre outros. Os campos de saber mais citados dos trabalhos examinados foram Direito e Economia.

A “visão de mercado” que os textos deixaram transparecer revelava que “a dinâmica do comércio de planos de saúde é tomada como inevitável ou independente de julgamentos éticos e opções políticas”.

Em apenas 20 desses textos, voltados especificamente ao tema da articulação entre público e privado na assistência à saúde, foi verificada uma visão crítica ao atual formato dessa articulação, fundamentada na Medicina Social e nas bases teóricas do movimento da Reforma Sanitária. Como exemplo, José Sestello citou um artigo que apontou “caráter concorrencial do esquema de venda de planos em relação à lógica sistêmica da saúde como direito de cidadania, representado pelo Sistema Único de Saúde”.

O pesquisador localizou, ainda, trabalhos acadêmicos nas categorias Odontologia, que abordaram sua rápida expansão, baixa sinistralidade e grande lucratividade, e assistência aos idosos, devido ao envelhecimento da população e seu impacto nos custos de assistência à saúde, como explicou.

Sestello examinou as formas discursivas empregadas pelos autores dos trabalhos, constatando referências à saúde suplementar como “campo privado da saúde”, “perspectivas privadas no cuidado à saúde”, e a abordagem da Estratégia Saúde da Família (ESF), do Governo Federal, como uma forma de se reduzirem custos dos planos de saúde. “Uma lógica financeira, de curto prazo, está impregnada na estratégia empresarial dos planos, com uma disputa com o setor público”, interpretou.

Ele atentou também para a falta de um S, na sigla ANS, da Agência Nacional de Saúde, que deveria trazer explícita a palavra *Suplementar*. “A ANSS, para citar o nome todo, é uma instituição complexa, com suas contradições, mas assume papel de garantir a integralidade patrimonial dessas empresas, esforçando-se para manter a saúde delas”, analisou.

Nesse sentido, um dos trabalhos, destacou, propôs estratégia de capitalização das operadoras de planos e seguros de saúde a partir da eliminação do ônus do custeio de procedimentos de alta complexidade e transferência desse risco às contas públicas. O mesmo trabalho considerou, ainda, positiva a perspectiva de ampliação dos planos

Ialê: fortalecimento da saúde suplementar oficializa dupla porta; Sestello: produção acadêmica naturaliza compra e venda de planos de saúde



de saúde para pessoas de baixa renda, entre outros aspectos, por viabilizar a manutenção da capitalização das empresas de planos de saúde.

## FUSÕES E INCORPORAÇÕES

Nittina Bianchi, da Universidade Federal de Juiz de Fora, trouxe para a mesa a pesquisa *Saúde e Mercado: uma análise da atuação da ANS no fortalecimento do mercado de planos e seguros privados de saúde no Brasil*, sobre a participação da Agência Nacional de Saúde na configuração do mercado de planos de saúde e a função da Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo formado por todos os segmentos da sociedade que representam as relações no setor. Ela acompanhou as trajetórias das empresas Amil e Bradesco para verificar o papel da ANS em fusões e incorporações de empresas sem dificuldades financeiras. “As duas empresas compraram outras sem o posicionamento da ANS. Não ficou claro se a agência se omitiu ou foi negligenciada”, diz Nittina, ressaltando o crescente número de fusões realizadas a partir de maio de 2012.

## CONTRATOS X DIREITOS

Já a pesquisadora Daniela Trettel, consultora pela Unesco para a Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça, advogada do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), buscou pesquisar os direitos dos usuários. “Tentei olhar o viés que as instituições tomavam para dar ou não esses direitos”, disse, explicando que o Supremo Tribunal Federal (STF), que atua como guardião da Constituição brasileira, não analisa processos relacionados a conflitos entre usuários e operadoras de planos de saúde, o que, segundo ela, representa desvantagem para o usuário. As questões são examinadas e decididas pelo Supremo Tribunal de Justiça (STJ), com foco nos conflitos de ordem contratual e não nos direitos. “As questões contratuais são postas acima do direito à saúde, previsto na Constituição”, observou. “Evidencia-se no poder Judiciário o plano de saúde como negócio”, diz Daniela.

Ela observou um aumento da judicialização dos conflitos entre usuário e operadoras de planos de saúde e que estas operam sem a intervenção do Estado na definição do que podem ou não podem fazer, mas com a participação do Estado no que diz respeito a fomentos e incentivos. “Forças que levaram a uma forte judicialização”, analisou, observando que a regulação da ANS, hoje, também gera uma série de conflitos.

Daniela apontou que, mesmo com a lei 9656 para organizar a oferta de saúde suplementar, vedando a exclusão de doenças, fixando com clareza períodos de carência, indicando a obrigatoriedade de incluir idosos e pessoas com patologias, entre outros itens, a ideia de que se trata de um mercado não foi abandonada. “E ainda há temas que não foram regulados”, diz Daniela, lembrando que tramitam no Congresso 87 propostas (80 na Câmara e 7 no Senado), voltados a temas como garantia de manutenção de cobertura, por exemplo. “Ainda há muitas dúvidas e brechas”, disse.

## ‘NADA ANIMADOR’

Mediando a mesa que reuniu as três apresentações, o pesquisador Mario Scheffer,

do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e conselheiro da Abrasco, considerou o material trazido “ótimo”, mas o cenário “nada animador”.

A complexidade e a gravidade do tema envolveram os integrantes da plateia, para quem o debate deveria ter sido levado a um local maior no Abrasco (estava em uma sala comum, de 60 lugares, enquanto no evento havia espaços de até 1.300 lugares) e recebido ampla divulgação. “É pouco para o conjunto da Abrasco. Este deve ser um tema para discussões futuras”, considerou George Kornis, professor do Instituto de Medicina Social da Uerj. “Estamos preocupados com a forma com que o problema é subestimado. O destaque dado à mesa deveria expressar essa preocupação. O debate público-privado precisa estar mais presente na agenda de discussões da Abrasco”.

## ENCAMINHAMENTO

Ao fazer suas considerações, a sanitarista Sonia Fleury, que estava na plateia, observou que faltou nas apresentações abordar o papel do governo, seu discurso e a forma como toma parte dessa “naturalização” dos planos de saúde como negócio e como mercado. Ela pediu a palavra para registrar sua preocupação com a pouca visibilidade dada à questão da saúde suplementar, propondo que daquele debate saísse um encaminhamento. “Temos que nos reorganizar politicamente para enfrentar o problema pelo modelo de proteção social pública. Temos pessoas com condição de lidar com esse processo, de tratar politicamente do problema”, considerou, propondo-se a produzir artigo para a revista da Abrasco sobre o tema. “Queremos uma edição sobre isso e que no congresso político [II Congresso Brasileiro de Planejamento, Política e Gestão], em agosto, dedique-se um espaço grande a essa discussão, com diversos painéis”, propôs.

Mario Scheffer assumiu diante dos presentes o compromisso de ser portador dessa demanda.

## SAÚDE É DESENVOLVIMENTO QUANDO...

A saúde explicita claramente a qualidade da vida. O desenvolvimento vai produzindo relações sociais, e, portanto, promovendo saúde ou criando dificuldades nas experiências de saúde. Fica claro que a saúde não é só o processo de adoecimento; a saúde aponta os efeitos do desenvolvimento econômico e social. Se queremos que de fato o país seja desenvolvido, necessariamente, o cuidado em saúde tem que estar posto. Quem adoeceria mais e por quê? Quem morre mais e por quê? Quem vive mais e por quê? Todos esses são indicadores que dizem claramente do desenvolvimento social e econômico de um país.

Ricardo Ceccin, professor de Educação em Saúde da UFRGS e coordenador da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (Coremu/UFRGS)



Daniela (alto): questões contratuais postas acima do direito à Saúde; Nittina: estudo do Papel da ANS em fusões e incorporações



FOTO: UNIV. FEDERAL DE GOIÁS

# Profissão: sanitарista



Karina: importância de formar na graduação recursos humanos para formular políticas que fortaleçam o SUS

**F**ormação, carreira e profissão. O subtítulo da mesa-redonda *Graduação em Saúde Coletiva*, realizada no Centro de Eventos Plaza São Rafael, já predizia quais seriam as palavras mais pronunciadas entre os cerca de 200 presentes, a maioria estudantes, que ocuparam a plateia. Eles demonstraram entusiasmo e até uma dose de idealismo, necessários aos que desejam ser sanitарistas, mas também quiseram compartilhar preocupações e esclarecer muitas dúvidas, com os especialistas que compunham a mesa.

Existem no país 13 cursos de graduação, e as duas primeiras turmas já haviam colado grau até o momento da realização do congresso, uma da Universidade de Brasília (UnB) e outra da Universidade Federal do Acre (Ufac). Outras concluíram o curso no final de 2012.

## PROFISSÃO, NÃO 'PÓS-PROFISSÃO'

A graduação não substitui as especializações; ajuda a criar um campo de saber específico, ressaltaram docentes e pesquisadores presentes ao debate. "São objetivos distintos. A graduação forma profissionais, sanitарistas, e a pós-graduação forma pesquisadores", definiu Maria Amélia Veras, representante do Fórum de Pós-Graduação na área. Jairnilson Paim, professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA), lembrou que o debate sobre a especificidade da graduação já vem acontecendo há uma década. Hoje, segundo ele, existe razoável consenso. "Faz parte da Saúde Coletiva a dimensão política. Essa é a diferença fundamental entre Saúde Coletiva e áreas correlatas como Saúde Pública e Medicina Preventiva. Já foi construída a delimitação teórico-conceitual e epistemológica da Saúde Coletiva, e a crítica é vital para o campo", afirmou.

"Há uma convergência no marco teórico conceitual: formar um profissional crítico, interdisciplinar, reflexivo, voltado para o sistema público", concordou Miriam Ventura da Silva, da UFRJ. "É uma profissão e não uma *pós-profissão*", explicou Miriam, para quem o desafio agora é pedagógico. "O referencial curricular, a formação de novos docentes, a necessidade de haver disciplinas integradoras e atividades extracurriculares", listou. As atividades de ensino e pesquisa no âmbito privado também se fazem necessárias, ressaltou. "Além dos



Miriam: desafio é pedagógico, com construção de referencial curricular e formação de novos docentes

conteúdos programáticos mínimos, é importante agregar autonomia aos cursos e fundar o novo perfil: a profissão sanitарista".

Miriam lembrou ainda que o graduado em Saúde Coletiva pode escolher cursar pós e especialização em diferentes áreas, como Epidemiologia, Saúde Ambiental etc. "Estamos vivendo um momento de especialização, a busca por especialistas. Pode parecer uma fragmentação, mas isso demonstra a conformação de um campo", reforçou.

## REFLORESCIMENTO

Karina Cordeiro, aluna de graduação da UFBA e representante da Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (Conesc), falou com orgulho da importância da formação de recursos humanos capazes de formular políticas públicas que promovam saúde e fortaleçam o SUS. "Alguns usam a expressão *novos sanitарistas*? O sanitарista que vem da graduação apenas trilha um caminho diferenciado. O que nos motiva é o desejo de modificar a realidade. Não é fácil construir uma coletividade. Estamos colocando em novos termos a construção da identidade. A formação, carreira, profissão, tudo isso está em curso no momento", resumiu.

Jairnilson Paim considerou que a criação das graduações trouxe vitalidade acadêmica e política. "A vinda de novos atores, gestores, alunos, coordenadores, permite um reflorescimento, não só do SUS, mas da Reforma Sanitária brasileira. Nos fóruns e outros espaços de interlocução, os alunos têm demonstrado grande vitalidade e energia. O momento é de cuidado para que não se perca a especificidade do campo. Não é para se fazer mais do mesmo, se não, não valeria a pena tanta luta", disse.

Maria Amélia também alertou para a necessidade de se preservar o espaço da Saúde Coletiva dentro da grade curricular de cursos e carreiras. "Não devemos descuidar", afirmou. No âmbito das pós-graduações, ela fez um alerta também sobre a redução "ao quase desaparecimento" da residência médica em Saúde Coletiva e Medicina Preventiva. "São diferentes dos atuais programas de Saúde da Família e Comunidade", ressaltou, enfatizando, mais uma vez, a dimensão política.

Apesar de, para os integrantes da mesa, o

balanço desses primeiros anos dos cursos de graduação ser positivo, os primeiros formandos e os estudantes mostraram ter muitas dúvidas e preocupações. O reconhecimento e a regulamentação da carreira vêm tirando o sono dos primeiros graduados, uma vez que, ao tentar se inscrever para concursos públicos no âmbito do SUS, eles vêm esbarrando em editais de seleção que exigem inscrições em conselhos corporativos (como o Coren, de enfermagem, e o CRMV, de Medicina Veterinária etc).

### AFLIÇÃO

“Até editais para pós-graduações muitas vezes exigem inscrições em conselhos corporativos”, afirmou Laís Relvas, estudante do oitavo período, na UFRJ. Da plateia, ao final do debate, ela resumiu o que chamou de “aflição dos estudantes”. “A visão que temos é que a saúde coletiva é um movimento social. Mas precisamos resolver essas questões práticas. Turmas já se formaram. Estou aconselhando meus colegas a arranjarem bons advogados”, disse. Segundo Laís, os fóruns e encontros de estudantes têm dialogado sobre a questão, e entendem que ter um conselho próprio seria excludente. “Vamos nos preparar para a luta jurídica”, declarou.

“Para haver regulamentação, vamos ter que inovar. O Estado brasileiro abriu mão de regulamentar muitas das profissões e delegou a função para os conselhos corporativos”, disse Jairnilson, como resposta aos estudantes.

A professora e pesquisadora da UFMG Soraya Belisário, integrante do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), apresentou panorama histórico da formação do sanitário e afirmou que a criação da graduação confere nova face a esse profissional. Conforme relembrou, a formação em saúde pública surgiu como especialização da área médica. Em meados dos anos 1950, quando a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) foi fundada, uma escola própria já era reivindicação de décadas e, desde o início, se estruturava de forma multiprofissional. A partir dos anos 80, segundo ela, com a política de descentralização, houve multiplicação de cursos e inflexão política na formação de sanitários. “A multiprofissionalidade se incorpora nesse momento crítico do sistema de saúde. Isso vai descaracterizar a profissão como especialidade exclusivamente médica”. Para Soraya, as características principais desse novo perfil profissional são a essência coletiva de seu objeto,

**“A saúde coletiva é um movimento social, mas precisamos resolver questões práticas”**

**Laís Relvas, graduanda**

## Estudantes integrados no Abrasco Jovem

A edição de 2012 do Abrasco incluiu pela primeira vez na programação o Abrasco Jovem, espaço de integração científica entre a graduação e a pós-graduação, no qual os estudantes são primeiros autores dos trabalhos publicados. O Abrasco Jovem compreendeu comunicações coordenadas, apresentação de pôsteres e o Encontro Nacional de Graduandos Pós-Graduandos em Saúde, que teve como foco a discussão em torno da formação em Saúde.

Os anseios dos estudantes foram expressos na *Carta de Porto Alegre*, redigida em 16/11 pelos pós-graduandos, na qual reafirmam seu potencial de contribuição para o SUS e seu compromisso na promoção do debate sobre a formação em saúde “conectada aos desafios de consolidação que nosso sistema de saúde apresenta”, relacionados a assistência, gestão, ensino e pesquisa em Saúde.

No texto, os estudantes apontam que, apesar das importantes ações de reorientação da formação inicial em saúde conduzidas na última década, a formação da pós-graduação apresenta-se, ainda, “pouco conectada às demandas reais de cuidado e gestão do serviço de saúde” e também aos “objetos de linhas e grupos de pesquisa e de programas de pós-graduação”, uma vez que “seus produtos não são consumidos e incorporados aos cenários de saúde”.

Os estudantes alertam também para a formação *lato sensu*, sem “qualquer acompanhamento, no que tange a qualidade da formação”, para o financiamento de projetos e linhas de pesquisa e a formação permanente de trabalhadores e gestores, entre outros itens.

A carta aponta, ainda, a necessidade de romper os muros que separam universidade e sociedade e os que separam graduação e pós-graduação, “tendo em vista a necessidade de construção de um sistema

articulado de ensino”, no qual “exista a convergência de ações em prol do SUS”.

Em reunião realizada na Tenda Paulo Freire, em 17/11, os graduandos e pós-graduandos trataram da conjuntura da saúde no país e sobre o campo da Saúde, com vistas a aprofundar o debate sobre a regulamentação profissional, em especial, no que diz respeito à profissão de sanitário. Eles discutiram, ainda, sua relação institucional e política com a Abrasco, propondo a composição de um grupo de trabalho para discutir a proposta do Abrasco Jovem com a diretoria da associação, precarização do trabalho em saúde, ensino e pesquisa em saúde coletiva, residência em saúde, mestrado e doutorado acadêmico e profissional.

Ficou estabelecido o fortalecimento de uma articulação nacional de graduandos e pós-graduandos, liderada pela Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (Conesc) e pela Associação Nacional de Pós-Graduação (ANPG), que abriga o Fórum Nacional de Pós-Graduandos em Saúde, representado no Abrasco pelos doutorandos Lúcia Guerra, da Faculdade de Saúde Pública da USP, e David Soeiro, da Ensp/Fiocruz.

### SAIBA MAIS

- Leia a íntegra da *Carta de Porto Alegre* no site do Programa Radis

Estudantes de graduação e pós-graduação reuniram-se na Tenda Paulo Freire para discutir aspectos profissionais e o fortalecimento de uma articulação nacional

FOTO: ARQUIVO ABRASCO



Soraya: mobilização e ação política, não só no âmbito jurídico, para inserção dos egressos no mercado



Maria Lucia: preocupação com uma expansão rápida dos cursos de Saúde Coletiva, por indução do programa Reuni



o caráter interdisciplinar e multiprofissional e a natureza cooperada do trabalho.

“Estamos passando por um novo processo de formação, mais diverso. É preciso formar em quantidade suficiente para suprir os quadros de todo o país. É uma ocupação de tempo integral. O que transforma uma ocupação em uma profissão é o movimento de reconhecimento. Hoje, a necessidade social da graduação é advinda da própria

consolidação do SUS”, disse. Segundo ela, para que se obtenha a devida colocação e inserção no mercado dos egressos se faz necessário um movimento junto aos gestores e ao aparelho de Estado pelo reconhecimento. “É uma luta histórica, é preciso muita mobilização e ação política, não só ação no âmbito jurídico”, concluiu.

Da plateia, a professora Maria Lúcia Magalhães Bosi, da Universidade Federal do Ceará (UFC), pediu a palavra ao final da mesa e, em tom otimista e emocionado comentou: “Participei do Abrascão de 2002, em Brasília, e, lá, a graduação em Saúde Coletiva ainda era uma utopia. Hoje se discute algo que já está concretizado”. E continuou: “A identidade já existe. Já se tem um campo concretamente criado, de uma maneira diversa, inicialmente como pós, até se chegar à graduação. É preciso atentar para a questão da expansão”, destacou Maria Lúcia, que foi a primeira coordenadora do Fórum de Pós-graduações em Saúde Coletiva, formado em 2007, e compôs a comissão inicial de criação dos cursos de graduação da UFRJ em 2001.

Em entrevista à *Radis* após o debate, Maria Lúcia afirmou que vê com preocupação a possibilidade de uma expansão rápida dos cursos de Saúde Coletiva, por efeito de indução do programa Reuni, do Governo Federal. “Hoje, temos uma dezena de cursos de graduação. Existem cerca de 65 programas de pós-graduação na área no país. O recurso [promovido pelo Reuni] tem potencial para ser um impulso de criação de novos cursos, até de uma forma apressada. Em outras áreas, como Nutrição, existem até 450 cursos em um único estado. O desafio é a expansão com qualidade”, observou, acrescentando, no entanto, que, para que haja reconhecimento da profissão, a expressão numérica é positiva”.

## Federalismo articulado em prol da saúde

Cooperação e coordenação são essenciais para o bom funcionamento da rede de atenção à saúde em uma república federativa como o Brasil. Em debate sobre federalismo e regionalização da saúde, o pesquisador José Angelo Machado, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, explicou que o modelo federativo brasileiro poderia levar à dispersão de decisões, já que estados e municípios gozam de autonomia para tomar decisões locais, interferir nas pactuações, eleger prioridades e buscar soluções para os problemas que enfrentam, independentemente do estabelecido no pacto intergovernamental.

De acordo com José Angelo, o sucesso da cooperação ocorre se houver sustentação mútua. Por essa razão, ele acredita que é importante construir não só mecanismos de transparência que estabeleçam a confiança entre as partes envolvidas como outros que incentivem a cooperação. “São esses mecanismos que vão pressionar positivamente onde elas ocorrem e negativamente onde inexistem. E

para construir confiança política entre os municípios é preciso cooperação”, diz. Do contrário, explicou José Ângelo, mesmo que ocorra uma convergência de governos para atingir um objetivo maior, a ausência de instrumentos para controlar o processo de implementação das ações pode levar à corrosão da confiança estabelecida. O professor afirmou que, como consequência, os municípios passariam a competir em busca de recursos escassos, o que impediria que a política prosperasse, além dos limites do governo.

Assim, ele aponta a necessária participação do Ministério da Saúde não só na formulação, mas na implementação e acompanhamento de todo o processo de gestão, implementação e avaliação. “O ministério não pode formular e depois se ausentar dos problemas do dia a dia, deixando a resolução das questões para estados e municípios”, observou. “O ministério deve tomar parte na regulação do acesso, e a sua presença é fundamental no financiamento e na viabilização desses instrumentos”.



# A saúde pela arte

*Teatro, artes plásticas, música e dança também foram vias de expressão das questões da saúde no Abrascão*

Identidade foi tema também da apresentação do grupo teatral De pernas pro ar, com o espetáculo *Mira*, que trabalha as relações a partir de bonecos inspirados no pintor espanhol Joan Miró



Grupo teatral da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre apresentou esquete sobre dengue, a mesma que costumam levar para praças e escolas municipais da cidade



O artista plástico Gilsásio Jardim, da cidade mineira de Padre Paraíso, no Vale do Jequitinhonha, professor da rede estadual de ensino de Minas Gerais, trabalha a afetividade humana e o cuidado em suas pinturas sobre as telas de chita que ele próprio fabrica. Suas telas enfeitaram o acesso à tenda Paulo Freire



A artista plástica Márcia Stolz, que atua no Caps do Hospital Conceição, em Porto Alegre, trouxe para o congresso um pouco do trabalho que realiza. Antes de entrarem nas salas e auditórios, os participantes puderam confeccionar máscaras, às quais imprimiram cores e formas diversas. “Trabalharam a cara do Brasil, sua identidade, sua região”, explicou Márcia

Os irmãos bonequeiros Lenon e Diego Kurtz buscaram, com seus personagens gigantes, resgatar a música popular com raízes africanas, em uma apresentação composta de pequenos números musicais



## Não à privatização

A Frente Brasileira contra a Privatização, que havia marcado presença na 14ª Conferência Nacional de Saúde (*Radis 115*), em 2011, registrou também no Abrascão seu protesto contra os novos modelos de gestão do SUS. Agregando os participantes do congresso, o grupo munuiu-se de cartazes e palavras de ordem para uma manifestação pelo campus da UFRGS: “O meu dinheiro não é capim, quero saúde, sim”; “a nossa luta é todo dia, nossa saúde não é mercadoria”; “avante companheiros, que essa luta é minha e sua, unidos venceremos e a luta continua”, bradaram com vigor.



## EVENTOS

**2º Encuentro de las Ciencias Humanas y Tecnológicas para La Integración en el Conosur**

Partindo do pressuposto de que o trabalho intelectual deve ir além dos muros das instituições acadêmicas, o que faz do pesquisador um agente no processo de integração entre conhecimento e sociedade, o evento tem por finalidade propiciar um espaço para o debate acerca das questões que ocupam os pensadores latino-americanos na contemporaneidade. O encontro deverá, ainda, proporcionar o fortalecimento das redes intelectuais já existentes e sua expansão.

**Data** 2 a 4 de maio de 2013

**Local** Universidad Sergio Arboleda, Bogotá, Colômbia

**Informações**

[www.dialogosenmercosur.org](http://www.dialogosenmercosur.org) e

[www.internacionaldelconocimiento.org](http://www.internacionaldelconocimiento.org)

[andrea.cortes@usa.edu.co](mailto:andrea.cortes@usa.edu.co) e [tulio@pelotas.ifsul.edu.br](mailto:tulio@pelotas.ifsul.edu.br)

**4º Seminário Internacional da Rede de Pesquisadores sobre Associativismo e Sindicalismo dos Trabalhadores em Educação (Aste)**

O seminário realiza-se a cada dois anos, desde 2007, buscando debater resultados de pesquisas e estimular projetos sobre associativismo e sindicalismo docente, ampliando o espaço para intercâmbio, em âmbito nacional e internacional, e estimulando mais investigações. Entre os temas dos trabalhos a serem apresentados estão: formação histórica do sindicalismo dos trabalhadores em educação; história do associativismo docente; gênero, organização coletiva e/ou sindicalismo de trabalhadores em educação; reações de organizações sindicais às reformas educacionais; e participação sindical e vida interna dos sindicatos.

**Data** 17 a 19 de abril de 2013

**Local** Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ

**Informações**

<http://nupet.iesp.uerj.br/rede/historia.htm>  
[tgjindin@id.uff.br](mailto:tgjindin@id.uff.br)

## LIVROS

**Complexo da saúde**

**A Dinâmica do Sistema Produtivo da Saúde: inovação e complexo econômico-industrial**, de Carlos A. Graboys Gadelha, José Maldonado, Marco



Vargas, Pedro R. Barbosa e Laís Silveira Costa (Editora Fiocruz), apresenta a dinâmica dos investimentos no complexo produtivo da saúde, no mundo e no Brasil, analisando seus diferentes subsistemas — de base química e biotecnológica; de base mecânica, eletrônica e de materiais; e de serviços de saúde. Os autores defendem que o Estado deve ter papel decisivo na articulação das dimensões social e econômica da saúde, com vistas a um sistema de saúde universal, integral e equânime. Para eles, um complexo econômico-industrial da saúde frágil não atende às exigências de elevação da competitividade brasileira no cenário internacional e afeta a capacidade de resposta às necessidades sanitárias da população.

**Práticas integrativas**

**Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde – Estudos teóricos e empíricos**, organizado por Madel Therezinha Luz e Nelson de Barros

(Cepesc/Abrasco/IMS-Uerj), resulta de 20 anos de pesquisa e ensino do grupo Racionalidades médicas e práticas de saúde. A primeira parte do livro dedica-se ao embasamento teórico para as afirmações e interpretações do grupo e ao estudo das racionalidades médicas na visão de cinco sistemas médicos diferentes (biomedicina, homeopatia, medicina tradicional chinesa, ayurveda e medicina antroposófica). Na segunda parte, estão estudos sobre práticas integrativas em saúde, corporais, alimentares e holísticas, incluindo sua inserção no SUS.

**Tecnologias médicas**

**Identidades emergentes, genética e saúde: perspectivas antropológicas**, organizado por Ricardo Ventura Santos, Saha Gibbon e Jane Beltrão

(Editora Fiocruz), é uma coletânea que traz reflexões e análises sobre os impactos das novas tecnologias médicas, não só na saúde, mas no âmbito social, político, ético e econômico. Os artigos abordam temas como testes de ancestralidade genética, a polêmica sobre uso de embriões para produção de células-tronco, a gênese da loucura e da violência, diagnósticos moleculares, doação de sêmen e longevidade humana, assim como o papel da biomedicina na luta sindicalista e no reconhecimento de direitos de povos indígenas.

**Público e privado****SUS: o desafio de ser único**

de Carlos Octávio Ocké-Reis (Editora Fiocruz), propõe uma alternativa para fortalecer o SUS e enfrentar o poder econômico do capital financeiro e dos oligopólios, que, segundo o autor, reproduz desigualdades sociais, favorece o crescimento do mercado e inviabiliza os preceitos constitucionais da saúde. O livro defende que o setor privado mais prejudica do que colabora com o setor público, porque o aumento do gasto privado e o fortalecimento do poder econômico corrompem a sustentabilidade do financiamento público. Para o autor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve organizar o mercado na perspectiva do interesse público, impedindo que a assistência à saúde seja convertida em bem de consumo.



## INTERNET

**Movimento indígena****Cantos de resistência — Aldeia Maracanã**

é um registro da memória auditiva do movimento indígena em torno da Aldeia Maracanã, coletivo de cerca de quinze etnias indígenas que, desde 2006, ocupa o prédio do antigo Museu do Índio, no bairro do Maracanã, Rio de Janeiro. O prédio estava abandonado desde 1978 e agora corre o risco de ser demolido pelo governo do Estado, para dar lugar a uma área de mobilidade a turistas, durante a Copa de 2014 e os Jogos Olímpicos de 2016. A proposta do grupo é preservar o prédio e criar no espaço um centro de referência da cultura indígena. O CD reúne rotinas e cantos, as tensões das manifestações pela preservação do prédio, além de ruídos do entorno (máquinas das obras do estádio do Maracanã, em reforma, e o trânsito da avenida onde se localiza). O material foi recolhido pelo coletivo Rio40Caos, que trabalha com pesquisa, arte e comunicação no contexto dos conflitos urbanos, para dar visibilidade e força ao movimento de resistência em torno da casa. Disponível em <http://soundcloud.com/rio40caos/sets/cantosderesistencia>.



## ENDEREÇOS

**Editora Fiocruz**

(21) 3882-9039

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

**Abrasco Livros**

(21) 2590-2073 e 2598-2526

[livraria@abrasco.org.br](mailto:livraria@abrasco.org.br)

[www.abrasco.org.br/livros](http://www.abrasco.org.br/livros)

# Saúde é desenvolvimento

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza \*

**C**erca de 8 mil pesquisadores, estudantes, profissionais e militantes da área se reuniram em Porto Alegre, entre os dias 14 e 18 de novembro, para o 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. O tema central do evento foi Saúde é desenvolvimento: ciência para a cidadania. O que isso significa para os sanitaristas?

O amplo debate ocorrido no Congresso indicou que há pelo menos três dimensões importantes na relação entre saúde e desenvolvimento.

A primeira se refere à bem conhecida distinção entre crescimento econômico e desenvolvimento: o aumento do PIB torna um país mais rico, mas se as condições de vida das pessoas, incluindo seus níveis de saúde, não melhoram, o país não se torna desenvolvido. Nesse sentido — e considerando que a experiência histórica e a teoria econômica evidenciam que o crescimento do volume de riquezas, como medido pelo PIB, não é suficiente para produzir bem estar social —, é necessário articular, em uma só estratégia, as políticas de desenvolvimento e as políticas sociais.

A segunda dimensão concerne aos efeitos das condições de saúde sobre o crescimento econômico. Em seu livro *Desenvolvimento como liberdade*, Amartya Sen demonstra que investir em educação e em saúde tem um efeito muito positivo sobre o crescimento econômico, citando o exemplo da China, cujo crescimento atual foi bastante favorecido pela expansão da alfabetização e dos serviços públicos de saúde ainda no período maoísta.

Finalmente, a terceira dimensão da relação entre saúde e desenvolvimento se atém à contribuição da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de saúde para a geração de riqueza. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que os recursos mobilizados pelo setor da saúde correspondem a 9,7% do PIB mundial, um montante estimado de 5,3 trilhões de dólares, em 2007.


E como se podem caracterizar as relações entre desenvolvimento e saúde no Brasil, hoje?

Começando pela terceira das dimensões supracitadas, no Brasil, o setor da Saúde apresenta gastos da ordem de 9% do PIB e emprega 10% do total de trabalhadores assalariados. Do ponto de vista da ação governamental, vale destacar as oportunas e relevantes iniciativas voltadas para impulsionar a inovação tecnológica e o complexo econômico-industrial da saúde. Tais ações são fundamentais para assegurar o suprimento dos

insumos necessários à expansão da oferta de serviços que respondam aos problemas de saúde dos brasileiros, com custos suportáveis para a sociedade. Espera-se que os resultados desses esforços não tardem a aparecer e a se consolidar.

Infelizmente, no que toca à dimensão dos efeitos das condições de saúde sobre o crescimento econômico, a política macroeconômica nacional parece desconhecer a importância do investimento na saúde pública. As esperanças de ampliação dos recursos para a saúde, depositadas na aprovação do Projeto de Lei Complementar 01/2003, foram frustradas, no momento em que a Lei nº 141, sancionada em 2012, não contemplou a obrigação de se destinar, no mínimo, 10% do orçamento da União para os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora os gastos totais em saúde como proporção do PIB cheguem a 9%, no Brasil, o gasto público não chega aos 4% do PIB, o que significa que 75% da população, que só usa o SUS, dispõem de apenas 385.00 de dólares per capita/ano para a atenção a todas as suas necessidades de saúde. É menos do que dispõem argentinos, cubanos, chilenos, colombianos e mexicanos, para ficar apenas na América Latina.

Finalmente, no que tange à distinção entre crescimento econômico e desenvolvimento, é preciso reconhecer que a estabilidade da democracia política, certo grau de desconcentração da renda e a ampliação do consumo de massas são conquistas sociais e econômicas com reflexos positivos na esfera social. Contudo, as políticas centradas no crescimento e na competitividade não estão reduzindo a concentração da propriedade e da riqueza, nem detêm o avanço da mercantilização e privatização das políticas sociais. Com isso, ainda que ajudem a elevar o PIB e a reduzir a miséria, não são capazes de melhorar significativamente as condições de vida e de saúde.

Ser um país desenvolvido é hoje uma aspiração da sociedade brasileira. Buscando contribuir para concretizá-la, os sanitaristas e sua entidade científica desejam se manter articulados ao Movimento da Reforma Sanitária para mobilizar a todos em prol da saúde e do desenvolvimento, apresentando as evidências, produzidas por uma ciência comprometida com a cidadania, de que um sistema de saúde universal é pré-requisito da condição de nação desenvolvida. 

\* Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza é presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Artigo publicado na revista *Carta Capital*, em 22/11/2012.

# FIOCRUZ:

A SERVIÇO DO CIDADÃO  
NAS REDES SOCIAIS



Acesse e participe!



[/oficialfiocruz](#)



[@fiocruz](#)



[/fundacao  
oswaldocruz](#)



[/fiocruz](#)