

Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Cadastro Único
Para Programas Sociais

SUAS

Conferência debate fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social, que acolhe pessoas e famílias em ações de prevenção e proteção

Saúde indígena

Conferência tem alta representatividade, mas debate limitado

Pesquisa

Pouca escuta leva usuários a faltar consultas em unidade de saúde

Memórias do porão

Exposição reúne jornais, cartazes e obras de arte que marcaram a luta pela democracia durante os anos de chumbo da ditadura militar



SAIBA MAIS

Site do projeto

www.resistirepreciso.org.br

Sobre a exposição

www.resistirepreciso.org.br/ccbb

Em cartaz

- Rio de Janeiro
- Até 28 de abril.
- De quarta a segunda, das 9h às 21h. Centro Cultural Banco do Brasil
- Belo Horizonte
- 21 de maio a 28 de julho.
- De quarta a segunda, das 9h às 21h. Centro Cultural Banco do Brasil

Ana Cláudia Peres

“O Sol nas bancas de revista” era mais do que um trocadilho poético criado por Caetano Veloso na canção-hino do Tropicalismo. *O Sol*, cultuado suplemento do *Jornal dos Sports*, era sintoma de que havia algo de novo no inverno sombrio da imprensa brasileira da década de 1960. Poucos anos depois de *Pif Paf* – o libelo de Millôr Fernandes contra o Golpe Militar – e ainda antes de *O Pasquim*, *Movimento* e *Opinião*, *O Sol* ajudava a compor o caleidoscópio de mais de 150 jornais e revistas que contestavam a ditadura militar com humor, sátira, deboche, reportagens combativas e um elevado espírito libertário.

Um exemplo: em outubro de 1967, enquanto todos os jornais noticiavam a possível morte de Che Guevara, *O Sol* fazia o caminho inverso e, subvertendo os manuais de jornalismo, estampava como manchete de primeira página, em 10 de outubro de 1967, o outro lado da expectativa: “Che pode estar vivo”. Essa e dezenas de outras capas, como a do jornal *EX*, que marcaram a história da imprensa alternativa do período fazem parte da exposição *Resistir é preciso* que,

depois de passar por Brasília e São Paulo, onde foi vista por 168 mil pessoas, está em cartaz no Rio de Janeiro até 28 de abril, seguindo depois para Belo Horizonte.

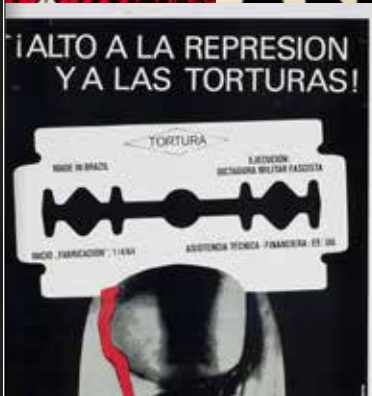
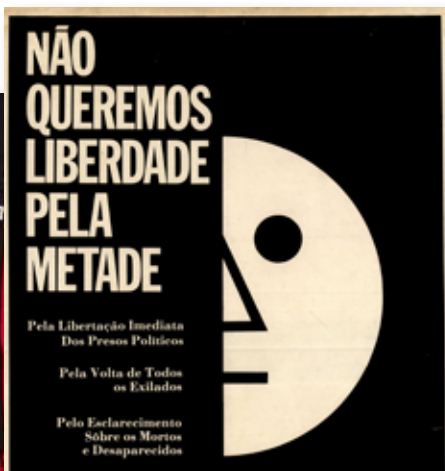
Idealizada pelo Instituto Vladimir Herzog e apostando na palavra como símbolo de resistência, a exposição reúne farto material sobre a luta pela reconstrução da democracia no país e presta homenagem a jornalistas, intelectuais e ativistas políticos que, sob forte pressão e censura de toda ordem, denunciaram e sofreram os abusos e crimes cometidos pela ditadura militar. Há também cartazes, fotografias, testemunhos em vídeo e um extenso panorama das obras de arte produzidas no período compreendido entre 1960 e 1985, ano da eleição de Tancredo Neves.

Os fragmentos dessa história podem ser conferidos, durante a exposição, no clássico tecido em que Hélio Oiticica immortalizou a frase “Seja marginal, seja herói”; no cartaz do documentário *Jango*, de Sílvio Tendler; nas fotografias de Orlando Brito e Luis Humberto; e nos mais diversos formatos e trabalhos assinados por nomes como João Câmara, Rubens Gerchman, Cláudio Tozzi e Nelson Leirner.

O célebre trabalho de Cildo Meireles com notas de um cruzeiro, no qual o artista aplicou o carimbo *Quem matou Herzog?*, também integra a exposição. Assim como os dois atestados de óbito do próprio Herzog: o antigo, que afirma que o jornalista cometeu suicídio, e o mais recente, de 2013, que aponta como causa da morte “lesões e maus tratos sofridos durante interrogatório”.

Resistir é preciso, a exposição, faz parte do projeto de mesmo nome que reúne, na internet, um acervo sobre a trajetória da imprensa que enfrentou a ditadura brasileira na clandestini-

dade, no exílio ou mesmo nas bancas, a despeito da censura (*Radis* 123). Em tempos intolerantes, quando jornais enxovalham direitos humanos e jornalistas estimulam atos violentos, a memória das lutas desse passado nunca foi tão atual.



SUS + Suas

A saúde coletiva tem, nesta edição, a contribuição da geografia para enxergar o território e seu contexto, da avaliação de sanitaristas sobre as deliberações da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, de uma dissertação de mestrado sobre a importância de diálogo com usuários na Estratégia Saúde da Família, do teatro como instrumento de acessibilidade e da observação crítica sobre a mídia para interpretar notícias recentes. Contribuições coroadas com um texto militante do sociólogo Boaventura de Souza Santos.

Mas a matéria de capa merece atenção especial. Ela cumpre uma tarefa necessária e pouco exercida no campo da Saúde: detém-se sobre as questões que importam para um dos dois outros entes da seguridade social, a assistência social. Conhecer e interagir com a estrutura do Sistema Único de Assistência Social, o Suas — descrito de forma detalhada e didática na reportagem —, é tão essencial para o SUS, quanto a integração com o sistema previdenciário do país.

Desde a 4ª Conferência Nacional de Assistência Social, em 2003, houve grande investimento, associado à implementação do Cadastro Único e do Bolsa Família, na estruturação do sistema desenhado com centros de referência que proveem serviços como proteção e atendimento integral a famílias em situação de risco e cursos de acesso ao ensino técnico e ao emprego, ou centros especializados em oferecer apoio, orientação e acompanhamento a famílias e indivíduos em situação de

ameaça e violação de direitos. Essas unidades também atuam na erradicação do trabalho infantil, enquanto Centros Pop se ocupam em buscar autonomia e desenvolvimento de vínculos para a população em situação de rua. Por trás de um monte de siglas, um projeto em construção que merece ser conhecido.

Fomos à 9ª Conferência verificar as prioridades para o setor, do ponto de vista de usuários, profissionais e gestores, e encontramos uma surpreendente coesão em torno da estruturação do Suas, para romper com a cultura do favor ou da ajuda e assegurar, conforme a Constituição de 1988, a assistência como direito do cidadão e dever do Estado.

Desejamos que essa confluência de propósitos fortaleça a unidade em torno do sistema para que ele, ao longo do tempo, possa lidar com a assimetria na prioridade a programas específicos por parte dos governos, o desafio da coexistência com as entidades privadas ou beneficentes, a ingerência de abordagens baseadas nas doutrinas de segurança ou de mercado nas políticas sociais e as enormes resistências à ampliação e ao fortalecimento das instituições de Estado para cumprir sua missão constitucional, obstáculos que os defensores da saúde pública conhecem bem nesses 25 anos de SUS.

Pela qualidade das deliberações da 9ª Conferência, o Suas tem um caminho promissor.

Rogério Lannes Rocha

Editor-chefe e coordenador do Programa Radis

CARTUM



Expressões e Experiências

• Memórias do porão 2

Editorial

• ISUS + Suas 3

Cartum

3

Voz do leitor

4

Súmula

5

Radis Adverte

9

Toques da Redação

9

Geografia da saúde

• Toda atenção ao território 10

• Para mapear o território 12

• Nos mapas, uma visão dos problemas 13

Assistência Social

• Aqui tem Suas 14

• Cras, Cres e Centro Pop nas demandas sociais 18

• Seguridade social inconclusa 20

• Deliberações da 9ª Conferência Nacional de Assistência Social 22

• Conferências desde 1995 23

5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

• Desafios demais, debates de menos 24

• Propostas contraditórias 26

• Por mais controle social 27

• Exercício retórico 28

Teatro acessível

• Arte para todos e todas 29

Estratégia Saúde da Família

• Mais escuta e mais cuidado 32

Serviço

34

Pós-Tudo

• As lutas do mundo 35

Foto da capa Felipe Plauska
Ilustrações Marina Cotrim (M.C.)

RADIS . Jornalismo premiado
pela Opas e pela Asfoc-SN



Fisioterapeutas

Sou fisioterapeuta e gostaria que a *Radis* abordasse a situação atual da profissão no Brasil. Todos os graduados, quando estudantes de Fisioterapia, recebem uma carga extensiva de um aprendizado que prioriza a visão humanista, levando em conta também a importância da prevenção e promoção à saúde, além do caráter curativo. Porém não é essa a realidade que os municípios apresentam. Raramente há concurso público com muitas vagas, e os salários oferecidos são vergonhosos. Cabem aqui importantes questões: estaria a sociedade brasileira tão bem informada sobre prevenção e promoção? Ela dispõe de efetiva intervenção quando necessário, para uma rápida volta ao trabalho e ao cotidiano? Apesar da grande necessidade de fisioterapeutas pelo crescente número de incapacidades e disfunções, observadas e comprovadas em pesquisas científicas, a gestão em saúde não enxerga a necessidade de uma maior presença deste profissional, infelizmente.

• Jhons Cassimiro, fisioterapeuta, Remígio, PB

R: Caro Jhons, agradecemos por sua análise e sua sugestão, que está devidamente anotada. Um abraço!

Trabalho infantil

Parabéns pela luta contra o trabalho infantil e contra o crack. Gostaríamos de ser parceiros na exibição de spots para rádio sobre o tema. Os prezados amigos têm para oferecer campanhas em spots educativas para o rádio contra o crack, trabalho escravo infantil e outras para que possamos também colaborar para um país liberto desses vícios que destroem famílias, estados, municípios? Estamos ao inteiro dispor. Nossa emissora abrange mais de 45 municípios no Sul de Minas Gerais. Um abraço e parabéns.

• Rafael Barros, diretor da rádio educativa Melodia FM, Varginha, MG

R: Caro Rafael, a *Radis* é uma revista impressa, com versão digital disponível no site do Programa *Radis* (www.ensp.fiocruz.br/radis). Os conteúdos da revista podem ser livremente utilizados para pautar os programas de sua rádio, desde que sempre citada a fonte. Um abraço!

Nem 8 nem 80. Venho aqui como mãe e como professora de adolescentes. Preferia ver meus filhos com um carrinho-de-mão do que fazendo rolezinhos. Os adolescentes saem gênios das escolas, mas sem nenhum comprometimento como cidadãos ou responsabilidade pela família. Quando lecionei para jovens, vi que tinha que colocá-los no mercado de trabalho, sem que pelo menos soubessem acatar ordens. Nas escolas, eles precisam aprender e trabalhar, receber ordens e pensar como cidadãos. MAS ADOREI AS DENÚNCIAS!

• Alcione Bernacchi, Rio de Janeiro, RJ

Controle social

Boa tarde, amigos editores da revista *Radis*, estou passando aqui para denunciar o meu município, Bonito, em Pernambuco, em relação aos programas de atenção básica. Há poucos dias, nossa Secretaria de Saúde fechou três postos de Saúde da Família por dois meses alegando não poder pagar os aluguéis das casas onde funcionam. Mas isso não foi comunicado aos conselheiros de Saúde, nem à população. Sabemos que as verbas chegam, não sabemos onde vão ser investidas. Isso é o mínimo que estamos sofrendo com a gestão de saúde do nosso município. Desde já, agradeço o carinho e parabéns toda equipe da *Radis*.

• Gilsomar Silva, técnico de Enfermagem e conselheiro municipal de Saúde, Bonito, PE

Carreira no SUS

A saúde no Brasil está um caos. Os médicos são mal remunerados, faltam

condições adequadas de trabalho, de um modo geral, nos serviços públicos, os equipamentos estão sucateados e inoperantes e há dificuldades de interações, principalmente em UTIs. Quando, afinal, o governo criará uma carreira de Estado para os médicos que atendem pelo SUS, como já propõe o Conselho Federal de Medicina, a exemplo do que já acontece, há vários anos, no setor Judiciário?

• Pedro Carrancho, médico, Vitória, ES

Idosos e Samu

Tenho duas perguntas: vocês publicaram recentemente matéria sobre maus tratos a idosos? Já pensaram em publicar uma edição apontando o Samu militarizado, que isso só ocorre no Brasil e que o bombeiro não recebe por mais essa atribuição? Grato.

• Thiago Pessoa, São João de Meriti, RJ

R: Caro Thiago, suas sugestões são bem-vindas e estão anotadas. Um abraço!

Radis agradece

Olá amigos, saudações. Quero parabenizá-los pela revista, pela transparência e profissionalismo. Gostaria de passar para vocês meu novo endereço e solicitar mais um exemplar, destinado a meu cunhado (enfermeiro neste município). Agradeço, e muito sucesso a toda equipe.

• Mauricio Lourenço, Cocalzinho, GO

R: Caro Mauricio, agradecemos e já anotamos seu endereço. Teremos prazer em receber um novo assinante. 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 **Hermano Castro**

Editor-chefe e coordenador do *Radis*
Rogério Lannes Rocha
Subcoordenadora **Justa Helena Franco**

Edição **Eliane Bardanachvili**
Reportagem **Adriano De Lavor** (subedição),
Bruno Dominguez (subedição interina), **Elisa Batalha**, **Liseane Morosini** e **Ana Cláudia Peres**
Arte **Carolina Niemeyer** (subedição) e **Felipe Plauska**

Documentação **Jorge Ricardo Pereira** e **Sandra Benigno**
Administração **Fábio Lucas**, **Natalia Calzavara** e **Oswaldo José Filho** (Informática)
Estágio supervisionado **Marina Cotrim** (Arte) e **Raquel Ribeiro** (Reportagem)

Assinatura **grátis** (sujeita a ampliação de cadastro) Periodicidade **mensal** | Tiragem **81.600** exemplares | Impressão Minister

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) • Tel. (21) 3882-9118 | (21) 3882-9119
• E-mail radis@ensp.fiocruz.br
• Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361



www.ensp.fiocruz.br/radis



/RadisComunicacaoeSaude

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.

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



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz





Patrimônio das 85 pessoas mais ricas é o mesmo de quase metade da população mundial

Relatório divulgado (20/1) pela organização humanitária britânica Oxfam apontou que o patrimônio das 85 pessoas mais ricas do mundo (US\$ 1,7 trilhão) equivale às posses de quase metade da população mundial (3,5 bilhões de pessoas), informou o site da BBC do Brasil). De acordo com o relatório, *Working for the Few (Trabalhando para poucos)*, nos últimos 25 anos, a riqueza ficou cada vez mais concentrada nas mãos de poucos. “No último ano, 210 pessoas se tornaram bilionárias, juntando-se a um seleto grupo de 1.426 indivíduos com um valor líquido combinado de US\$ 5,4 trilhões”, destaca o texto.

“É chocante que, no século 21, metade da população do mundo não tenha mais do que a minúscula elite que pode caber confortavelmente em um ônibus de dois andares”, observou a diretora-executiva da Oxfam, Winnie Byanyima, apontando que, “em países desenvolvidos e em desenvolvimento, as taxas de juros mais baixas, a melhor saúde e educação e a oportunidade de influenciar estão sendo dadas não apenas para os ricos mas para os filhos deles também”. Ela ressaltou que sem um esforço concentrado para enfrentar a desigualdade, “a cascata de privilégios e de desvantagens vai continuar pelas gerações”.

O levantamento mostrou também que alguns países, especialmente na América Latina, estão conseguindo ir contra essa tendência, tendo diminuído a desigualdade na última década

E apontou, ainda, que está mudando o cenário no qual as economias emergentes (como África do Sul, Brasil, México, Rússia, Argentina, China e Turquia) tinham maiores níveis de desigualdade e países como França, Alemanha, Canadá, Itália e Austrália tendiam a ter níveis menores. “Os países de alta renda do G20 (exceto a Coreia do Sul) estão vivendo o crescimento da desigualdade, enquanto o Brasil, México e Argentina estão vendo declínio”.

A Oxfam destaca o caso brasileiro, com crescente gasto público social, ênfase no gasto com saúde pública e educação, programa de transferência de renda e aumento do salário mínimo. “A tendência mostra que problemas que eram insolúveis, as enormes

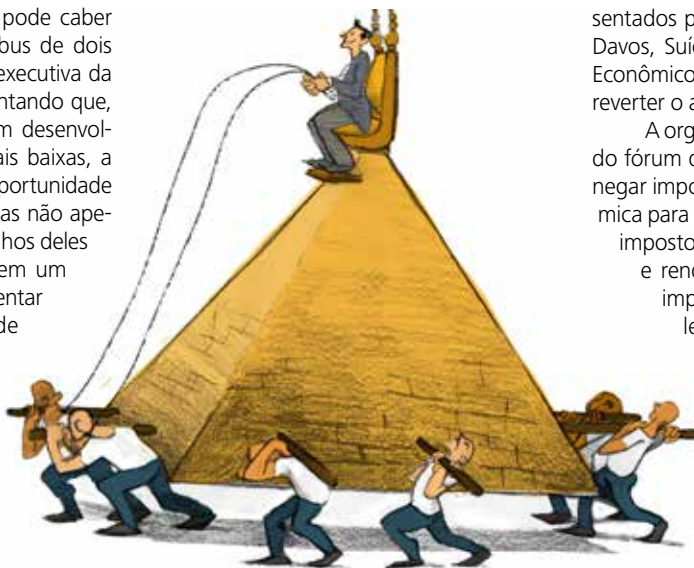
disparidades de renda, podem ser enfrentados com intervenções políticas”, diz o texto.

Outro problema destacado no relatório foi o não pagamento de impostos e o desvio de dinheiro a paraísos fiscais. “Globalmente, os indivíduos e companhias mais ricos escondem trilhões de dólares dos impostos em uma rede de paraísos fiscais no mundo todo”, informa a pesquisa. “Estima-se que US\$ 21 trilhões estão escondidos sem registros”.

A organização realizou, ainda, entrevistas em seis países (Brasil, Espanha, Índia, África do Sul, Grã-Bretanha e Estados Unidos), verificando que, para a maioria dos entrevistados, as leis são distorcidas para favorecer os ricos. Na Espanha, oito em cada dez pessoas concordam com essa afirmação.

Os dados do relatório foram apresentados por representantes da Oxfam em Davos, Suíça, aos participantes do Fórum Econômico Mundial, que “têm o poder de reverter o aumento da desigualdade”.

A organização pediu aos participantes do fórum que se comprometam a não sonegar impostos, não usar a riqueza econômica para obter favores políticos, apoiar os impostos progressivos sobre patrimônio e renda e enfrentar a sonegação de impostos. E recomendou o estabelecimento de uma meta global para acabar com a desigualdade econômica extrema em todos os países, regulamentação maior dos mercados para promover crescimento sustentável e igualitário e a diminuição dos poderes dos ricos de influenciar os processos políticos.



Trabalho escravo em carvoarias paulistas

Uma operação de fiscalização realizada (21 e 22/1) em doze carvoarias nos municípios paulistas de Piracaia, Joanópolis e Pedra Bela flagrou trabalhadores vivendo em condições análogas às de escravo, além de infrações ambientais, informou o site do Repórter Brasil (24/1). Foram encontrados 34 trabalhadores explorados em regime de escravidão, todos em cinco estabelecimentos de Piracaia. Três dos doze estabelecimentos fiscalizados, ainda, utilizavam trabalho infantil – sete crianças e adolescentes foram afastados do trabalho, quatro em Joanópolis, duas em Piracaia e uma em Pedra Bela. Em Joanópolis, adolescentes entre 13 e 17 anos estavam quebrando, pesando e embalando carvão da marca São João, vendida em grandes redes de supermercados paulistas. O trabalho

nas carvoarias é citado na Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (*Radis* 137).

Em todos os locais vistoriados, havia problemas de trabalhadores sem registro, submetidos a condições degradantes, alguns dormindo em meio ao pó do carvão, sem acesso a água potável, banheiro ou equipamento de proteção, mesmo trabalhando em ambientes com altíssima temperatura.

Os fiscais flagraram também desmatamento ilegal de mata nativa e a construção de fornos em áreas de risco. Uma das carvoarias estava localizada ao lado da passagem de um gasoduto da Petrobras, na qual havia placa de alerta para o perigo de se acender fogueira.

A maioria dos trabalhadores resgatados trabalhava no plantio e corte do eucalipto, usado na produção de carvão.

“Eles recebiam apenas a cada três ou quatro meses. Por isso, ficavam endividados nos mercados da cidade e eram obrigados a continuar a trabalhar para pagar as dívidas”, disse o auditor fiscal José Weyne Nunes Marcelino, coordenador de um dos grupos móveis nacionais de combate ao trabalho escravo.

A operação mobilizou agentes da Polícia Rodoviária Federal (PRF) da região de Atibaia (SP), auditores fiscais do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), procuradores do Ministério Público do Trabalho (MPT), técnicos do Instituto Florestal, representantes da Advocacia Geral da União (AGU) e da Justiça do Trabalho. A investigação se estendeu às cadeias de produção, com responsabilização de todos os envolvidos.

Recorde de decretos de situação de emergência no país

O Governo Federal registrou, em 2013, o maior número de reconhecimentos de decretos de situação de emergência e estado de calamidade pública dos municípios, de toda a série histórica da Secretaria Nacional de Defesa Civil (Sedec). Foram 3.747 decretos reconhecidos no país, uma média de dez por dia e um aumento de 182% em relação a 2003, informou o portal de notícias G1 (28/1).

Ao decretar situação de emergência ou estado de calamidade pública, os municípios comunicam ao governo a ocorrência de grande desastre natural e pedem a liberação de verba de emergência para buscar amenizar os danos. Requisitaram ajuda federal 1.940 cidades, sendo que dois terços mais de uma vez no ano. A maioria dos reconhecimentos (87%) deu-se em razão de seca ou estiagem. Houve também decretos por inundações, geadas e granizo, erosões e deslizamentos, incêndios, vendavais e tornados, doenças infecciosas virais e também por infestação de praga em árvores – caso de Belo Horizonte (MG).

A seca do Nordeste, considerada por alguns estados a pior dos últimos 50 anos, fez com que 75% dos municípios da região tivessem decretos reconhecidos. Treze cidades (11 do Piauí e duas da Bahia), por quatro vezes.

Segundo o secretário nacional de Defesa Civil, Adriano Pereira Junior, muitos decretos foram renovados durante o ano passado em razão de eventos prolongados, levando a aumento na estatística.

Além disso, alguns reconhecimentos de 2013 referem-se a pedidos de 2012. Como tiveram efeito retroativo e a validade, de 180 dias, expirou, novos decretos foram reconhecidos em data próxima. Um erro da Sedec também fez com que alguns municípios tivessem um mesmo decreto reconhecido duas vezes.

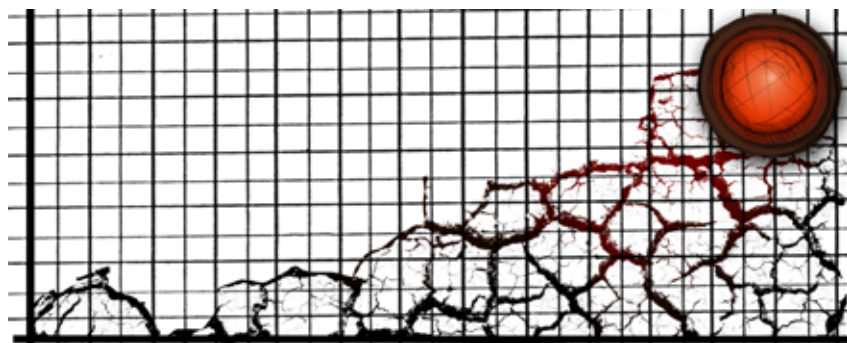
Isso, no entanto, não causou prejuízo às cidades nem aos cofres públicos, de acordo com o Ministério da Integração Nacional, uma vez que as verbas só são repassadas após a apresentação de plano de ação pelas administrações municipais.

O secretário lembrou, ainda, que, em 2013, houve também a criação do Sistema Integrado de Informações sobre Desastres (S2ID), o que levou os municípios a encaminhar as solicitações em meio digital, não mais em papel, tornando mais ágil o processo.

A execução dos gastos dos repasses federais é acompanhada pela Controladoria Geral da União (CGU).

Em nota, a CGU informou que, de 2008 a 2010, foram fiscalizados repasses de R\$ 1,8 bilhão, para subsidiar ações de reconstrução, verificando-se problemas como falhas nos relatórios de avaliação de danos, extrapolação de prazos, falhas na especificação das obras, não execução de alguns itens, quantitativos superestimados e pagamento por serviços não executados.

Reportagem da *Radis* (135), de dezembro, mostrou que as consequências dos desastres naturais podem ser minimizadas ou eliminadas mapeando-se os riscos e enfatizando-se o cuidado e a prevenção. “Uma combinação de fatores – como pobreza, deterioração ambiental e políticas de desenvolvimento – vem contribuindo para aumentar a vulnerabilidade a tais eventos, com número crescente de pessoas em situação de risco”, observou o pesquisador Carlos Machado, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) na reportagem.



marina cotrim

Casos de câncer aumentam no mundo

O mundo corre o risco de enfrentar um “maremoto” de casos de câncer nos próximos anos, e os gastos com o tratamento da doença estão ficando descontrolados. O alerta foi feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no Dia Mundial do Câncer (4/2), e constam do *Relatório Mundial do Câncer 2014*, organizado pela OMS e pela Agência Internacional para a Pesquisa sobre Câncer. A estimativa é que 14 milhões de pessoas sejam diagnosticadas todos os anos com a doença e que esse número aumente para 19 milhões em 2025 e 24 milhões em 2035, com os países emergentes concentrando os novos casos, informou o site da BBC do Brasil.

Mais da metade dos casos previstos, no entanto, podem ser prevenidos, diz o relatório, ampliando-se as ações de prevenção, como combate ao tabagismo, à obesidade e ao alcoolismo. Outros fatores, ainda, também associados ao câncer devem ser levados em conta, como radiação solar e de

scanners médicos, poluição do ar e recusa das mães em amamentar seus bebês. Um dos editores do relatório da OMS, Bernard Stewart, disse que a prevenção tem “um papel crucial no combate ao maremoto de câncer que estamos vendo surgir em todo o mundo”. “Se verificarmos o custo de tratamento do câncer, ele está fugindo do controle até em países com renda alta. Prevenção é algo absolutamente crucial e vem sendo um tanto negligenciada”, observou Chris Wild, diretor da agência internacional da OMS para a pesquisa sobre o câncer.

Levantamento divulgado pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) no ano passado indica que haverá 576 mil casos diagnosticados no Brasil apenas em 2014 e que os tipos com maior incidência serão o câncer de pele, de próstata e de mama.

Os dados mostram, no entanto, redução na incidência dos casos novos de cânceres do colo do útero e de pulmão,

de acordo com o Inca. O investimento em assistência a pacientes com câncer cresceu 26% em dois anos, passando de R\$ 1,9 bilhão, em 2010, para R\$ 2,4 bilhões, em 2012, informou o Ministério da Saúde à BBC. De acordo com o ministério, com o aumento de recursos “foi possível ampliar em 17,3% o número de sessões de radioterapia” e em “14,8% as de quimioterapia”.

Os tipos de câncer mais frequentes no mundo são os de pulmão (1,8 milhão de casos, 13% do total), mama (1,7 milhão, 11,9%) e cólon (1,4 milhão, 9,7%), informa o relatório da OMS, que teve a colaboração de 250 cientistas de mais de 40 países. Segundo o texto, ainda, o câncer de pulmão é responsável pelo maior número de mortes (1,6 milhão, 19,4%). Em seguida vêm o de fígado (9,1%) e o de estômago (8,8%). Mais de 60% dos casos estão na África, Ásia, América Central e América do Sul, regiões que concentram total de 70% das mortes causadas pela doença no mundo todo.

Sementes estéreis: tramitação na Câmara

Está em tramitação na Câmara dos Deputados projeto de lei que libera tecnologia genética para criar sementes estéreis, chamadas de *terminator*, na contramão de protocolos internacionais e do Brasil. Por não se reproduzir, a *terminator* abre espaço para uma espécie de *patente biológica*, limitando as práticas tradicionais de intercâmbio de sementes e impedindo que agricultores as reutilizem de uma safra para outra, como analisa em seu site a organização Terra de Direitos.

O Projeto de Lei 268/2007, do deputado Eduardo Sciarra (PSD-PR), abre brecha na redação da Lei de Biossegurança brasileira, propondo autorizar a tecnologia *terminator* quando se trata de plantas biorreatoras (modificadas para produzir proteínas ou substâncias de uso terapêutico ou industrial), informou a Agência Brasil (26/1). A medida pode ser um primeiro passo para a introdução das *terminator* no país, como alerta o site do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), que, em 2011, divulgara carta aberta pelo direito às sementes e contra as tecnologias de restrição de uso.

Na carta aberta, o MST observa que “as sementes, que sempre foram de livre intercâmbio, passaram a ser privatizadas e passaram das mãos dos agricultores para as mãos das grandes empresas”, que desenvolveram “um tipo de transgenia que permite o controle total e absoluto das sementes”.

A proposta do deputado já passou pelas comissões de Agricultura e de Meio Ambiente (sendo aprovada na primeira e rejeitada na segunda) e está na Comissão de

Constituição e Justiça (CCJ), onde recebeu parecer favorável do relator e quase foi votada em outubro. Organizações da sociedade civil e movimentos sociais entregaram à presidência da CCJ abaixo-assinado com 30 mil assinaturas pedindo a retirada de pauta do projeto, e a votação não ocorreu. O deputado Alessandro Molon (PT-RJ) requereu, em dezembro, audiência pública sobre o tema, informou, ainda, a Agência Brasil.

Desde 2000 existe moratória internacional às tecnologias de restrição de uso, como a das sementes *terminator*, no âmbito da Convenção da Diversidade Biológica. Em 2006, na Conferência das Partes da Convenção da Diversidade Biológica (COP 8), realizada no Brasil, o governo brasileiro foi favorável à manutenção da moratória. De acordo com relatório das Nações Unidas, de 2011, essas sementes são forte ameaça à garantia da soberania e à segurança alimentar de agricultores familiares, camponeses e comunidades tradicionais. Em país nenhum elas foram liberadas em campo aberto, ainda que para testes.



Agrotóxicos: poucos alimentos fiscalizados

O Brasil é hoje o maior consumidor de agrotóxicos do mundo, e, de 2002 a 2012, o mercado desses produtos cresceu 190%, informou *O Globo* (31/1). Em seu último relatório, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) analisou 3.293 amostras de 13 alimentos, publicando até o momento o resultado de sete deles. O número corresponde a 5% da quantidade avaliada pelos Estados Unidos e Europa, que fiscalizam 300 tipos de alimentos durante o ano, além dos produtos industrializados. De acordo com a Anvisa, a tendência é que o número de culturas analisadas no país aumente, e o foco do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (Para), conduzido pela agência, são os itens mais consumidos pela população e importantes na cesta básica, informou, ainda, o jornal. A agência anunciou também que o milho está sendo monitorado desde 2012 na forma de fubá, e que o trigo passou a ser monitorado na forma de farinha, mas o resultado ainda não foi divulgado.

Estão registrados nos ministérios da Saúde, do Meio Ambiente e da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, 434 ingredientes ativos e 2,4 mil formulações de agrotóxicos, que têm seu uso permitido, registrou, também, a reportagem. Dos 50 mais utilizados nas lavouras, 22 são proibidos na União Europeia. Técnicos da Anvisa explicaram que, no país, o registro de agrotóxico não tem prazo de validade e, uma vez concedido, só pode ser retirado ou alterado após reavaliação que mostre mudança no perfil de segurança do produto. Um processo de reavaliação foi iniciado em 2008, resultando no banimento de quatro produtos e no reenquadramento de dois.

Publicado entre 2011 e 2012 em três partes pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o *Dossiê Abrasco – Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na Saúde* trata da escalada do uso de agrotóxicos no Brasil e da contaminação do ambiente e das pessoas dela resultante. Está disponível em <http://grecco.ppgi.ufrj.br/dossievirtual>.



Plantas para inibir vírus da dengue

Pesquisadores da Fiocruz encontraram três espécies de plantas que inibem a replicação do vírus da dengue. As espécies foram localizadas em um acervo de 4.400 plantas recolhidas no Pantanal Matogrossense. Os extratos vegetais foram avaliados em células contaminadas com os vírus dos tipos 2 e 3. O próximo passo será o teste em animais, para avaliação da toxicidade das espécies, informou o *Estado de S. Paulo* (19/1).

A catalogação havia sido feita pela Universidade Anhanguera (Uniderp), instituição parceira da Fiocruz no Mato Grosso do Sul. No testarem as possibilidades terapêuticas das plantas, os pesquisadores concluíram que três famílias eram capazes de inibir a replicação do vírus da dengue. De acordo com a pesquisadora Jislaine Guilhermino, uma delas “teve atividade extraordinária”.

O trabalho é fruto de estratégia da Fiocruz de descentralizar as atividades de pesquisa, produzindo ciência no interior

do país, aproveitando as diversidades regionais. Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais, Pernambuco, Amazonas, Rondônia, Ceará e Mato Grosso do Sul são os estados contemplados até agora. Está em avaliação a abertura de um polo no Rio Grande do Sul.

No Mato Grosso do Sul, os trabalhos exploraram desde a busca por novas moléculas a partir da flora local até saúde indígena, passando também pela formação de mão de obra. De acordo com o diretor da Fiocruz-MS, Rivaldo Venâncio da Cunha, o primeiro passo foi identificar as instituições que poderiam fazer parceria com a Fiocruz em Campo Grande. “Não vamos repetir o que já estão fazendo. A história não começa com a chegada da Fiocruz”, considerou.

A prioridade das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste para a realização de parcerias está relacionada ao “vazio de desenvolvimento de ciência e tecnologia” nessas áreas, como avaliou o presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha.

MEC cancela conferência de Educação que estava prestes a se realizar

Às vésperas da data marcada para sua realização, de 17 a 21 de fevereiro, a 2ª Conferência Nacional de Educação (Conae) foi adiada pelo Ministério da Educação, pegando de surpresa entidades da sociedade civil, governos estaduais e municipais e demais representações, que cumpriram devidamente dentro dos prazos as etapas preparatórias do evento, reunindo propostas ao texto base, que seria discutido na conferência. A notícia do adiamento circulou (24/1) em nota do Fórum Nacional de Educação (FNE) —que reúne entidades da sociedade civil e do poder público— que, igualmente surpreso, informou tratar-se de decisão administrativa do ministério. Na nota, o FNE propôs nova data para a etapa nacional, de 19 a 23 de novembro, e conclamou entidades, movimentos sociais e delegados a “continuar o processo de mobilização para o aprofundamento dos temas da Conae e em defesa da educação pública”. Nenhuma nova data foi confirmada pelo ministério.

A decisão do adiamento foi considerada “unilateral e arbitrária” pelas centenas de entidades, movimentos e organizações de todas as regiões do país, que integram a rede da Campanha Nacional pelo Direito à Educação, também em nota, divulgada em 29/1. Embora o ministério tenha alegado problemas administrativos para o adiamento, a comunidade educacional apontou que a medida estaria buscando

esvaziar o debate e a mobilização em torno da aprovação do Plano Nacional de Educação (PNE). A realização da Conae em fevereiro coincidiria com a tramitação final na Câmara da versão do PNE que vem sendo apoiada pelas entidades educacionais, contra a versão do Senado, defendida pelo governo. De acordo com a nota, “o evento seria estratégico para fortalecer a defesa do texto da Câmara”. O PNE tramita no Congresso desde 2010, após ser discutido na 1ª Conae, no início daquele ano (*Radis* 94). O objetivo era que vigorasse de 2011 a 2020, mas até hoje não foi aprovado.



A etapa federal da 2ª Conae havia sido convocada para fevereiro por portaria assinada pelo então ministro da Educação, Aloizio Mercadante, tendo-se definido como tema central da conferência *O PNE na articulação do Sistema Nacional de Educação: participação popular, cooperação federativa e regime de colaboração*.

“Ao comunicar sua decisão, sem nunca ter antes problematizado com o FNE quaisquer preocupações quanto à realização da Conae, o MEC demonstra grave desrespeito com a participação popular”, apontou, ainda, a nota, considerando que “apoiado unicamente no poder administrativo e financeiro que detém, o MEC decidiu impor sua posição política”.

A reunião na qual o MEC comunicou o adiamento da 2ª Conae havia sido marcada pelo FNE para acertar detalhes finais da realização da etapa federal da conferência. Delegados eleitos nas etapas estaduais para participar estavam já enviando informações para emissão das passagens aéreas.

Responsável pela coordenação do FNE, a Campanha Nacional pelo Direito à Educação informou considerar “imprescindível” que esse fórum seja rediscutido, reafirmado e fortalecido e tenha sua composição e gestão repensadas, bem como sua autonomia, de modo a haver “maior controle social sobre as políticas públicas educacionais, o próprio FNE e a Conae”.

Países longe das de metas de educação da Unesco

Relatório divulgado (29/1) pela Unesco apontou que nenhum dos seis objetivos estabelecidos para a educação global — ampliar os cuidados e a educação para a primeira infância, universalização do ensino primário, atenção às necessidades de aprendizagem de jovens e adultos, melhoria de 50% nos níveis de alfabetização de adultos, fim das disparidades de gênero e melhoria da qualidade geral da educação — será cumprido pelos países até 2015. Os objetivos foram estabelecidos em 2000, durante o Fórum Mundial de Educação, em Dacar, no Senegal. De acordo com o relatório, *Ensinar e aprender: alcançar a qualidade para todos*, que mapeou a situação de 150 países, incluindo o Brasil, 250 milhões de crianças não conseguiram aprender o básico na escola primária e um quarto da população jovem do mundo não é capaz de ler parte de uma frase, informou o portal de notícias Terra.

Embora avanços significativos tenham sido observados, como a evolução da igualdade entre gêneros no ensino secundário, atingida por 70% dos países,

outros aspectos foram negligenciados. Destaca-se o analfabetismo entre adultos: apenas 26 países apresentam taxa universal (igual ou maior do que 97%) de alfabetização e apenas 30 têm chance de chegar a esse nível até 2015. O Brasil está entre os 28 em risco de não alcançar, informou o site da revista *Fórum* (29/1).

O país foi apontado no texto como exemplo positivo, por ter conseguido atingir as metas de educação primária universal e atenção a jovens e adultos, mas com a indicação de que precisa avançar para melhorar a qualidade do ensino e diminuir os índices de analfabetismo: 13 milhões de brasileiros não sabem ler nem escrever (8,7% da população com 15 anos ou mais), o que faz do Brasil o oitavo país com maior número de analfabetos. A meta seria reduzir à metade esse percentual até 2015, informou *O Globo* (29/1).

De acordo com a coordenadora de educação da Unesco no Brasil, Maria Rebeca Otero, o Brasil vive “exclusão intraescolar”, na qual o aluno está na sala de aula, mas não aprende: 22% saem da

escola sem capacidades elementares de leitura e 39% não têm conhecimentos básicos de matemática.

Um dos exemplos bem sucedidos do país citados no relatório é o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), que aumentou em 20% a frequência escolar entre as crianças mais pobres e elevou o número de matrículas. A gestão dos recursos, no entanto, ainda é “muito deficitária”.

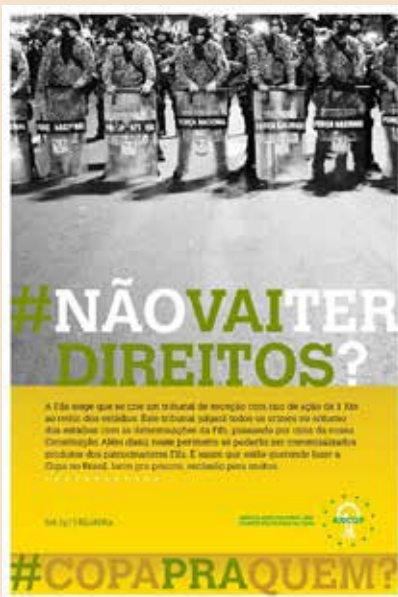
Para a Unesco, a mudança de cenário da educação mundial deve se dar pela valorização dos professores, com melhores condições de trabalho a esses profissionais. O relatório aponta que será necessário recrutar 5,2 milhões de professores em todo o mundo até 2015. A íntegra do texto está em <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002256/225654por.pdf>

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



Copa para quem?

A Articulação Nacional dos Comitês Populares da Copa vem fazendo circular um cartaz que alerta para a progressiva negação de direitos à população brasileira com a Copa 2014. “A Fifa exige que se crie um tribunal de exceção com raio de ação de 1 quilômetro ao redor dos estádios. Este tribunal julgará todos os crimes no entorno dos estádios com as determinações da Fifa, passando por cima da nossa Constituição”, aponta o texto. “Além disso, neste perímetro só poderão ser comercializados produtos dos patrocinadores da Fifa”, prossegue, concluindo o que o dia a dia vem deixando claro para a população: “É assim que estão querendo fazer a Copa no Brasil, lucro pra poucos, exclusão para muitos”.



REPRODUÇÃO

Quem paga a conta?

Custa caro o pagamento da dívida pública brasileira. E quem paga o preço é o cidadão. Exemplo: um dos itens polêmicos do Plano Nacional de Educação, que não sai do Congresso desde 2011, é o que dá mais obrigações à União no cumprimento do Custo Aluno-Qualidade Inicial (CAQi). A comunidade educacional quer que o Governo Federal garanta complementação dos recursos financeiros a estados e municípios sem condições de atingir o valor do CAQi. O governo briga para que seja retirado do texto esse item. Qual será o lado positivo de economizar recursos em prejuízo da qualidade do ensino?

Sem-terra vão a Dilma

Havia mais o que mostrar da marcha do Movimento dos Sem Terra (MST), em Brasília (13/2), do que as cenas de quebra-quebra protagonizadas por policiais militares, que estamparam as primeiras páginas dos jornais. O ato, realizado durante o 6º Congresso do MST e em comemoração aos 30 anos do movimento, reuniu 15 mil integrantes para defender a reforma agrária popular e contou com apoio de deputados e senadores e de organizações da sociedade civil. Um grupo de 30 representantes do MST foi recebido pela presidenta Dilma Rousseff e entregou-lhe carta, na qual questionam o ritmo lento da reforma agrária e pedem que o governo cumpra a promessa de priorizar o assentamento de famílias sem terra nos projetos de irrigação do Nordeste, em mais de 80 mil lotes vagos. Dilma determinou (13/2) que os ministros do Desenvolvimento Agrário e da Integração Nacional avaliem a possibilidade e comprometeu-se a um diálogo para negociar as demais pautas. A luta continua.

FOTO: MST




'Jornalismo' justiceiro

Chocou o país a atitude da âncora do telejornal do SBT, Rachel Sheherazade, que afirmou, em rede nacional, terem sido “compreensíveis” as práticas do grupo que acorrentou, nu, a um poste, um jovem acusado de roubo, espancando-o, e arrancando-lhe parte da orelha. Assustou também o fato de haver quem tivesse concordado com a opinião da jornalista, em perigoso apoio a que se faça justiça com as próprias mãos. Como apontou o jornalista Jânio de Freitas, na Folha de

S.Paulo (9/2), jornalistas simplesmente não podem incitar ao ódio, devem, sim, representar e esclarecer o público e respeitar valores fundamentais ao convívio social. Assim, foi pertinente a iniciativa de um grupo de parlamentares de protocolar (11/2), na Procuradoria Geral da República, representação contra Rachel Sheherazade e o SBT por apologia do crime. Deixar passar o episódio seria correr o risco de se ver naturalizada a barbárie. Ainda assim, toda atenção é pouca.

Sem hormônios, mas nada sadios

A saúde das pessoas é uma questão de marketing, para a fabricante de alimentos Sadia. A empresa estampou em jornais de grande circulação, em fevereiro, enorme propaganda anunciando que o frango que põe nas prateleiras dos supermercados não tem hormônios nem conservantes, dando a entender que se trata de produto saudável e confiável. A medida, conforme noticiou o jornal O Globo (19/2), fazia parte de uma estratégia de “reposicionamento de marca”, buscando público “mais qualificado” e fazendo frente a marcas menores, que, auxiliadas pela tecnologia, passaram a oferecer produtos

com preços mais baixos. Na mesma reportagem, fica-se sabendo que nenhum frango produzido no país tem hormônios, por determinação legal — informação da União Brasileira de Avicultura (Ubabef), após reação dos pequenos produtores à propaganda. A Sadia não mentiu em seu anúncio, mas além de se apropriar do que não é prerrogativa sua, não se incomodou em omitir sobre o uso de antibióticos na criação de frangos, permitido em baixas dosagens, embora questionado quanto a males que podem trazer à saúde. Mais um exemplo de interesses de alguns prevalecendo sobre o bem de muitos. 

Radis Adverte

Garantir e respeitar a realização das conferências nacionais é fortalecer o controle social e a gestão participativa



Toda atenção

Contexto é dimensão essencial das políticas e ações de saúde

Elisa Batalha

Em 2013, um surto de diarreia matou mais de 50 pessoas em Alagoas. Os óbitos aconteceram em municípios atingidos sistematicamente pela seca, com problemas crônicos de desabastecimento de água. Para o geógrafo Christovam Barcellos, do Laboratório de Informação em Saúde (LIS/Icict/Fiocruz), com um mapa climático da região seria possível observar que o número de casos da doença poderia aumentar. “Um surto como esse é perfeitamente previsível. Fica difícil, para as autoridades, dizer que não se sabia o que estava acontecendo”, afirma.

A seca do ano passado e suas consequências na saúde

da população são, na opinião do pesquisador da Fiocruz, um bom exemplo do ressurgimento do clima e do território como dimensões essenciais na compreensão do processo saúde-doença e nas políticas de saúde. Essas dimensões são objeto da Geografia da Saúde. Diferentemente da Epidemiologia e de outras áreas das ciências da saúde, esse conjunto de conceitos e técnicas da Geografia aplicados à saúde não se ocupa dos aspectos clínicos ou microbiológicos. “Não trabalhamos com as causas imediatas, mas com o contexto no qual se desenvolve a doença”, explica Christovam. A proposta é entender como a sociedade e o ambiente produzem condições para que algumas doenças apareçam. “Enxergamos os problemas de saúde de longe”, diz.

A geógrafa Helen Gurgel, professora da Universidade de Brasília (UnB), aponta quatro questões principais com as quais a Geografia da Saúde trabalha: a ecologia da doença, ou seja, as variações espaciais das doenças humanas e as condições ambientais associadas; a teoria geral da difusão das doenças, que trata do papel da mobilidade humana, do tipo e frequência de contatos e dos fatores geográficos aí envolvidos; o contexto, ou influências



Território e clima voltam a emergir como necessários à compreensão do processo saúde-doença e são objeto da Geografia da Saúde

ao território

ambientais na saúde ou na ausência de saúde; e o cuidado à saúde, relativo à oferta e uso dos serviços de saúde. Segundo ela, que desenvolveu pesquisas na área de aplicação de dados obtidos por satélites em saúde, a Geografia da Saúde tem ganhado força no Brasil nos últimos anos. “Um marco disso foi a realização, em 2013, do 6º Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, comemorando os dez anos dos simpósios nacionais”, destaca.

Antes conhecida como Geografia Médica, a área não é nova, mas vive uma reemergência. Até há algumas décadas, clima, vegetação, população e também distribuição de doenças não eram objeto de estudo de geógrafos nem de epidemiologistas, mas de um profissional que pretendia descrever os diferentes aspectos ambientais e sociais encontrados em partes do mundo recém-descobertas: o naturalista. “Oswaldo Cruz e Carlos Chagas tiveram forte influência desses naturalistas”, diz Christovam.

Clima e saúde têm, hoje, grande relevância para a saúde. Mas, ao se levarem em conta esses fatores, é importante, como aponta o pesquisador, atentar para não retroceder a uma visão determinista. “Toda vez que tem seca vai ter surto de

diarreia? Não é assim. Temos que aperfeiçoar esses modelos, para identificar que fatores coletivos e individuais podem alterar as condições de risco”, considera.

Ainda na década de 1990, Christovam publicou, com o pesquisador Francisco Ignácio Bastos, também da Fiocruz, o estudo *Redes sociais e difusão da aids no Brasil*, considerado um marco na apresentação da relação direta entre território e doença. O mapeamento mostrou que, ao longo do traçado de algumas rodovias, principalmente as que saíam do Sudeste para o interior, havia uma concentração grande de casos de aids. O estudo contribuiu para a reorientação da política de controle da epidemia. “A estrada passou a ser lugar estratégico para controlar a aids. Informações sobre a doença, formas de transmissão e sua prevenção passaram a ser fornecidas nos postos de gasolina e pontos de paradas de caminhoneiros”, relembra.

Depois disso, outros trabalhos em Geografia da Saúde reforçaram a articulação desse campo com as políticas públicas, como o *Atlas da Água Brasil (Radis 106)*; o Observatório Clima e Saúde (*Radis 93*); e o polêmico Índice de Desempenho





FOTO: ASCOM ICICT FIOCRUZ

Christovam: proposta é entender como sociedade e ambiente produzem condições para que algumas doenças apareçam



FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Helen: mapas podem conter informações ímpares para tomadas de decisão, como apontar locais de risco

do Sistema Único de Saúde (*Radis* 117).

Christovam observa que os efeitos de eventos extremos e mudanças climáticas na saúde são temas que merecem cada vez mais atenção dos pesquisadores. “Temos como sobrepor os dados de cobertura de vegetação, que indicam regiões de desmatamento, o clima e casos de malária, para identificar áreas de risco de transmissão”.

SUS E TERRITÓRIO

“Um mapa pode conter informações ímpares para a tomada de decisão”, reforça Helen. Apontar onde está a população em risco, por onde uma doença tem passado num certo período e onde pode chegar, ou ver quais os fluxos de demandas por determinado serviço de saúde são alguns exemplos. “No Rio de Janeiro, a tuberculose tem características muito peculiares relativas ao território. É preciso compreender isso para conter essa doença”, ressalta Christovam. “Quanto ao HIV, a epidemia de aids é diferente

em Uganda, diferente em Madureira (no Rio de Janeiro) e diferente na Itália. Ela atinge grupos populacionais diversos, a transmissão e o tratamento recebido pelas pessoas se dá também de formas diferentes. Não basta saber como se transmite, é preciso saber em que contextos as pessoas se expõem a riscos, para poder estabelecer políticas de controle”.

Christovam observa que é no território que se produzem as condições de adoecimento ou de proteção das pessoas e vem sendo reconhecido não só como meio em que os problemas de saúde se desenvolvem, mas como estratégia para lutar contra esses problemas. Os serviços de saúde são planejados no território. “Território é o espaço da organização, é onde as pessoas se organizam, não só os governos, mas a sociedade civil. Os sindicatos e associações, por exemplo, são organizados por região. Isso marca um limite de atuação”, explica o pesquisador. O território tem também códigos próprios de conduta. “Em um shopping center, espera-se que as pessoas se comportem de

Para mapear o território

- **Geoprocessamento** – Tratamento e manipulação de dados geográficos por meio de programas computacionais. Entre as tecnologias para esse fim, se destacam o sensoriamento remoto, a digitalização de dados, a automação de tarefas cartográficas, a utilização de sistemas de posicionamento global (GPS e os Sistemas de Informações Geográficas)
- **Sensoriamento Remoto** – Processo de obtenção de informação sobre um objeto, área ou fenômeno por análise de dados adquiridos por meio de equipamento (satélite ou radar) que não está em

contato direto com o que é investigado, utilizando propriedades eletromagnéticas.

- **GPS** (sigla em inglês para Sistema de Posicionamento Global ou Sistema de Posicionamento por Satélite) — Sistema de radionavegação por satélite, que fornece a usuários com equipamento apropriado, coordenadas precisas de posicionamento tridimensional.
- **Drones** — Veículos aéreos não tripulados, como indica a sigla em inglês, podem ser utilizados para confecção de mapas, por meio do processamento de imagens aéreas capturadas pelo aparelho.

Fonte: Sistemas de informações geográficas e análise espacial na saúde pública. Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, 2007 (*Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde*, 2).

determinada maneira, assim como em uma favela dominada pelo tráfico de drogas”, exemplifica.

MÉTODOS

Para medir, rastrear e observar as características do território, a Geografia da Saúde se utiliza de métodos como entrevistas, análises comparativas, levantamentos qualitativos e quantitativos, cartografia e o geoprocessamento. “As análises de espaço e tempo e suas representações em forma de mapas são o carro-chefe”, diz Helen.

O geoprocessamento, que lida com dados informatizados sobre o espaço geográfico, permite que informações sejam inseridas em mapas. Ferramentas como o Google Maps e o GPS, que já se tornaram comuns no cotidiano dos usuários de computador, são exemplos de técnicas e vêm mudando a relação das pessoas com os mapas. “Cada vez mais as pessoas sabem fazer mapa. Os mapas vêm se tornando personalizados. Não existe mais o *mapa oficial*. Cada pessoa pode produzir seu mapa, usando informações disponíveis na internet”, considera Christovam.

O sensoriamento remoto é uma das técnicas de geoprocessamento e tem o objetivo de capturar imagens da superfície da Terra, à distância, a partir de propriedades de ondas eletromagnéticas, por meio de radares ou satélites. Os aviões não tripulados (drones, na sigla em inglês) também são usados para fotos aéreas com fins de geoprocessamento. “Um dos principais símbolos da ciência, hoje, são microscópios, diagnósticos de imagem, formas de enxergar cada vez mais de perto ou por dentro os problemas de saúde. Nós fazemos o contrário; nos afastamos dos objetos para enxergá-los dentro do seu contexto. Não há demérito nisso”, diz o geógrafo.

POTENCIAL PARA MOBILIZAÇÃO

Profissionais de diferentes formações podem se especializar em Geografia da Saúde. O SUS demanda esses profissionais, afirma Christovam. Os cursos de pós graduação na área destinam-se a geógrafos, biólogos e sociólogos, entre outros profissionais. “É uma área que está crescendo muito. O SUS precisa dessa visão integrada e global”, considera.

Para Christovam, a existência do Sistema Único de Saúde no país, de âmbito nacional e estruturado em redes, foi determinante na expansão da pesquisa na área. “Dispomos de muitos dados no país. Somos filhotes do SUS”, afirmou. Em termos de tecnologia, analisa, é possível dizer que o país possui autonomia. Um produto nacional recentemente desenvolvido é o aplicativo Terraview, um visualizador de dados geográficos desenvolvido pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe), considerado um destaque do setor.

O pesquisador vê nas ferramentas da Geografia da Saúde um potencial de mobilização. “O *Atlas Água Brasil* não é feito só para pesquisadores, mas para gestores e organizações da sociedade civil”. Há casos em que movimentos sociais têm se apropriado e, com os dados em mãos, reivindicam providências e fazem uma petição para a prefeitura, por exemplo. No caso de seca em Alagoas, por exemplo, comenta Christovam, um sistema como o *Atlas Água Brasil* poderia ter sido consultado e a constatação do problema climático deveria ter levado à emissão de um alerta e tomada de decisões preventivas por parte das autoridades. “Mas, infelizmente, os sistemas de controle de acessos mostram que essa ferramenta ainda tem pouco uso na Região Nordeste.”

SAIBA MAIS

- Laboratório de Informação e Saúde (LIS/Fiocruz) www.icict.fiocruz.br/content/laboratorio-de-informacao-em-saude-lis-0
- Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde <http://saladeinformacao.saude.gov.br/cartogramas/sage/abremapa.php?id=1>
- Atlas Água Brasil www.aguabrasil.icict.fiocruz.br
- Observatório do Clima e Saúde www.climasaude.icict.fiocruz.br

Nos mapas, uma visão dos problemas



Os mapas acima revelam duas situações graves que ocorrem na região Nordeste e que podem explicar o surto de diarreia ocorrido em 2013. O da esquerda indica locais onde há água sem tratamento. Quanto mais forte o tom de amarelo, maior



é a concentração de riscos. O mapa da direita mostra onde há casas abastecidas com carros-pipa. A área mais vermelha indica onde o problema é mais sério. Informações obtidas a partir do *Atlas Água Brasil* (Icict/Fiocruz).

Aqui tem Suas

Pouco conhecido, sistema criado em 2005 está presente em 99% dos municípios, para acolher pessoas e famílias no enfrentamento de situações de risco e de violação de direitos

Bruno Dominguez

Enquanto SUS é uma sigla estabelecida no país, sinônimo de atenção à saúde para todos, a abreviação Suas significa pouco para grande parte dos brasileiros. Ela trata do Sistema Único de Assistência Social, responsável por organizar os serviços socioassistenciais a pessoas e famílias em situação de risco ou vítimas de violação de direitos. Apesar de menos conhecido, o Suas está presente em 99% dos municípios, somando 10 mil unidades públicas e 13 mil entidades privadas de

atendimento, onde trabalham 590 mil profissionais — assistentes sociais, psicólogos, gestores. A assistência é, ao lado da saúde e da previdência ou dos tripés da seguridade social (ver pág. 21).

O sistema é relativamente recente, o que justifica o fato de não estar difundido: foi criado em 2005, a partir de deliberação da 4ª Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em dezembro de 2003. O Suas nasceu para garantir a assistência social como um direito do cidadão e dever do Estado, como já haviam instituído a Constituição Federal de 1988 (“a assistência social será prestada

Os Centros de Referência em Assistência Social (Cras) são a porta de entrada para as ações de prevenção e proteção





FOTO: BRUNO SPADA / MDS

Luziele, do CNAS: novos tempos na assistência social, reconhecida como direito a ser garantido pelo Estado



FOTO: DILVULGAÇÃO CNAS

Leila: da filantropia à condição de política pública, uma trajetória de lutas na atenção aos cidadãos

a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social”) e a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), de 1993 (“a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado”).

A Loas definiu que a assistência social é uma “política de Seguridade Social não contributiva que provê os mínimos sociais”, ou seja, que busca incluir aqueles que vivem abaixo de um patamar considerado inadequado e insuficiente, sem exigir contribuição para a Previdência. O texto, atualizado pela Lei nº 12.435, de 2011, fala na proteção social, “que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos”, de famílias, da maternidade, da infância, da adolescência e da velhice.

ESMOLA X DIREITO

A criação do Suas em 2005 e a lei de 2011, dando condição legítima de direitos sociais a esses serviços e benefícios, ajudaram o Brasil a superar o velho estigma de que assistência é ajuda ou favor, avaliou a presidenta Dilma Rousseff na abertura da 9ª Conferência Nacional de Assistência Social, que reuniu 3 mil pessoas entre 16 e 19 de dezembro de 2013, em Brasília. O representante do Fórum das Populações em Situação de Rua Anderson Miranda também reforçaria que os serviços oferecidos pela assistência não são “esmola”.

O esforço recente, disse a presidenta, foi o de tirar da invisibilidade parcelas da população e superar a atitude de não responsabilidade do Estado face aos mais pobres. “Avançamos muito na rede de proteção social pública, reafirmando a assistência social como direito do cidadão e dever do Estado”, repetiu ela, em frase que seria dita por todos os que estavam à mesa.

A atualização de 2011 trata do amparo às crianças e aos adolescentes carentes; da promoção da integração ao mercado de trabalho; da habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; da garantia de um salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de

prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; e do enfrentamento da pobreza, com provimento de condições para atender contingências sociais.

PREVENÇÃO E PROTEÇÃO

O Suas se organiza em dois tipos de proteção social: a básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, e a especial, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros aspectos. O sistema engloba também a oferta de benefícios assistenciais, prestados a públicos específicos de forma continuada ou eventual, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidade.

As ações de prevenção e proteção se dão nos Centros de Referência de Assistência Social (Cras), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas) e Centros de Referência Especializados para Pessoas em Situação de Rua (Centro Pop) (ver matéria na pág. 18). A oferta de benefícios chega via Bolsa Família — face mais visível da assistência social no Brasil. E cursos profissionalizantes são oferecidos pelo Programa Nacional de Acesso Técnico e Emprego (Pronatec), entre outros serviços.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) coordena o sistema, composto pelo poder público e pela sociedade civil, que participam diretamente do processo de gestão compartilhada. Até dezembro de 2013, 99,8% dos municípios brasileiros estavam habilitados em pelo menos um dos níveis de gestão do Suas. E todos os estados assinaram pactos de aperfeiçoamento do sistema.

A gestão das ações e a aplicação de recursos são negociadas e pactuadas em Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e Comissões Intergestores Tripartite (CIT), tal qual acontece no SUS. Ao Conselho Nacional de Assistência Social e aos conselhos locais cabe acompanhar e aprovar as decisões.

'OUTRO TEMPO'

Oito anos depois da criação do Suas, o balanço de usuários, profissionais e gestores é positivo. Na conferência, o clima foi de comemoração pelos ganhos recentes, especialmente após a sanção da Lei 12.435, de 2011. Para a presidenta do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), Luziele Tapajós, vivemos em "outro tempo" da assistência social: "Hoje é um direito, mas antes era vista de forma dicotomizada, com práticas de caráter residual não reconhecidas como práticas de Estado".

A vice-presidenta do CNAS, Leila Pizzato, reforçou a trajetória de luta para que a assistência social fosse reconhecida como política pública e para que o Estado — e não entidades privadas ou filantrópicas — fosse o maior responsável pela atenção aos seus cidadãos: "Chamamos o Estado para essa responsabilidade". Para Tereza Campello, ministra de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, pasta que coordena o Suas, essa é uma das trajetórias mais ricas de construção de políticas públicas no Brasil: "Todos aqui sabemos o quanto avançamos ao longo de 20 anos da Loas e de oito anos de Suas".

A presidenta Dilma Rousseff observou que durante muito tempo o Estado brasileiro deixou desassistidos milhões de brasileiros, excluídos do processo de desenvolvimento do país: "Em muitos casos, a violência, o descaso e o preconceito marcaram a ação do Estado para os grupos mais vulneráveis, especialmente os idosos, as pessoas com deficiência e a população de rua, que podiam contar apenas com entidades filantrópicas".

O avanço pode ser medido concretamente, por exemplo, no aumento do número de equipamentos da assistência social. Em 2005, havia 1.978 Cras e 314 Creas; em 2013, os Cras eram 7.507 e os Creas, 2.318. A expansão dos centros foi sustentada pelo aumento de 600% nos recursos da área entre 2003 e 2014, de R\$ 13,6 bilhões

para R\$ 68,5 bilhões. Grande parte dessa verba foi destinada ao Plano Brasil sem Miséria, ao qual está ligado o Bolsa Família. Em 2013, 13,8 milhões de famílias — ou mais de 50 milhões de pessoas — recebiam esse benefício, com valor médio de R\$ 151,87.

CONDICIONALIDADES

Os beneficiários do Bolsa Família assumem compromissos para continuar recebendo o benefício, as chamadas "condicionalidades". Na área de saúde, crianças menores de 7 anos devem ter o cartão de vacinação e o crescimento e desenvolvimento acompanhados; as mulheres na faixa de 14 a 44 anos também devem ser assistidas e, se gestantes ou lactantes, devem realizar o pré-natal e o acompanhamento da sua saúde e da do bebê. Em dez anos do programa, o vínculo com a saúde levou a aumento em 50% de consultas de pré-natal, diminuição em 14% do índice de crianças que nascem prematuras e vacinação de 99,1% das crianças, indicou Tereza Campello.

Na educação, todas as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos devem estar devidamente matriculados e com frequência escolar mensal mínima de 85% da carga horária; os estudantes entre 16 e 17 anos devem ter frequência de, no mínimo, 75%. Do ensino fundamental ao médio, a taxa de evasão escolar é maior entre aqueles que não recebem o benefício, apontou a ministra. No ensino médio, por exemplo, 66,2% dos estudantes da rede pública sem o Bolsa Família não abandonaram a escola entre 2008 e 2012, contra 74,1% dos estudantes com Bolsa Família.

Na área de assistência social, crianças e adolescentes com até 15 anos em risco ou retiradas do trabalho infantil pelo Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) devem participar dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) do Peti e obter frequência mínima de 85% da carga horária mensal.

O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO BRASIL



O Suas está presente em 99% dos municípios brasileiros

Além da rede pública, o sistema conta com aproximadamente 13 mil entidades privadas prestadoras de assistência social com inscrição nos conselhos de Assistência Social. Essas unidades vinculam-se ao Suas, atendendo parâmetros que asseguram a qualidade e a profissionalização do atendimento

Mais de 590 mil trabalhadores atuam nos estados, municípios e Distrito Federal, incluindo o setor público (gestão e unidades público-estatais) e as entidades privadas de assistência social

Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) regulamentou os artigos 203 e 204 da Constituição Federal, dispondo sobre a política social no país

1988

Constituição Federal reconheceu a assistência social como política pública de direito do cidadão que dela necessitar e como integrante da seguridade social, com a Previdência Social e a Saúde

1993

2003

4ª Conferência Nacional deliberou sobre a implementação do Suas



FOTO: SERGIO AMARAL

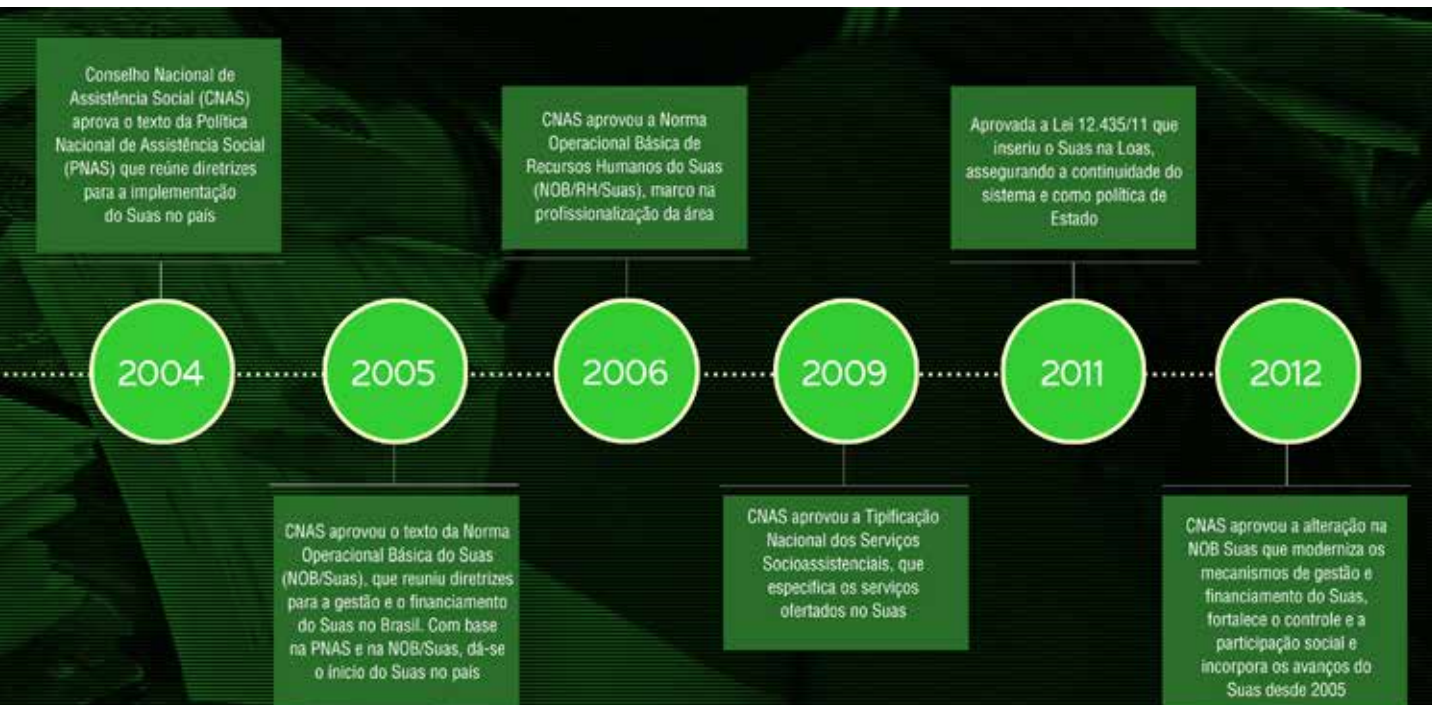
A ministra Tereza Campello, na conferência, que reuniu 3 mil participantes: melhorias por conta das condicionalidades, na saúde, educação e assistência

O tema central da conferência era *A gestão e o financiamento na efetivação do Sistema Único de Assistência Social*, dividido em seis eixos temáticos: Cofinanciamento obrigatório da assistência social; Gestão do Suas — Vigilância socioassistencial, processos de planejamento, monitoramento e avaliação; Gestão do trabalho; Gestão dos serviços, programas e projetos; Gestão dos benefícios no Suas; e Regionalização.

Com objetivo de não repetir deliberações de edições anteriores, os organizadores do evento avaliaram todas as 307 propostas aprovadas desde a conferência de 2005. “Observamos que 60% delas vinham sendo repetidas, por isso decidimos não utilizar o mesmo formato. A

intenção aqui é pensar em novas soluções, que sejam matéria de luta pelo nosso conjunto”, explicou Luziele Tapajós.

Ao fim dos debates, foram aprovadas 31 deliberações novas. Estão incluídos pedidos de destinação de 10% do fundo social do pré-sal para investimento na Política Pública de Assistência Social, flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesas com a área e para a contratação de profissionais, implantação de equipes de referência da vigilância socioassistencial nos estados e municípios e instalação de Cras e Creas indígenas, respeitando suas especificidades, a diversidade cultural, étnica, social e geográfica, entre outras medidas (ver pág. 22).



Cras, Creas e Centro Pop nas demandas sociais

Desempregado, João Claudio Gonçalves da Silva entra no Centro de Referência da Assistência Social (Cras) do Centro de Niterói, município da região metropolitana do Rio de Janeiro, em busca de informações sobre cursos profissionalizantes. “Fiquei sabendo que, para fazer parte do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), era preciso vir até aqui”, conta ele, sendo atendido pela recepcionista Neide Esteves, pelo psicólogo Carlos Erthal Risi e pela estagiária Júlia Werneck, estudante de Serviço Social, integrantes da equipe do Cras. “Tenho interesse em ser operador de máquinas”.

Os cursos do Pronatec são um dos serviços oferecidos nos Centros de Referência da Assistência Social, considerados porta de entrada dos cidadãos que são alvo da política de assistência social. Para garantir uma vaga, é necessário que o candidato tenha um Número de Identificação Social (NIS), obtido depois do preenchimento de seu Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) — instrumento de coleta de dados e informações que identifica todas as famílias com renda mensal total de até dois salários mínimos (R\$ 1.090).

O CadÚnico também é requisito para receber

o benefício mais procurado no Cras, o Bolsa Família. A maior parte das pessoas que procuram os centros de assistência social quer ingressar no programa de transferência direta de renda. “Os Cras ficaram com a cara e a identidade do Bolsa Família, mas somos mais que isso. Não somos o Bolsa Família. Oferecemos aqui vários benefícios, informações e ações”, observa a psicóloga Milene Lopes da Silva.

A função dos Cras é prevenir as situações de risco no território onde vivem pessoas e famílias em vulnerabilidade social, apoiando-os em suas demandas sociais, inserindo-os na rede de proteção social e promovendo os meios necessários para que fortaleçam seus vínculos familiares e comunitários e acessem seus direitos de cidadania. Também funcionam como referência para encaminhamentos à proteção especial.

DEMANDAS IMPLÍCITAS

“Os Cras são os espaços físicos que devem executar o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), para fortalecer a função protetiva da família e prevenir a ruptura dos vínculos

João Claudio buscou no Cras informações sobre cursos profissionalizantes e inscrição no Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico





Milene e a procura maior pelo Bolsa Família: “Somos mais que isso. Oferecemos benefícios, informações e ações”



Carlos: prevenção à ruptura de vínculos e ênfase na escuta, “importante para não fazermos um atendimento pontual”

familiares e comunitários, mas na realidade isso é muito difícil”, avalia o psicólogo Carlos, explicando que as famílias frequentam pouco o centro. “Vêm à procura de ações específicas, como o Cadastro Único e o Bolsa Família”. O desafio dele e de Milene, diz, é perceber as demandas implícitas nas demandas explícitas. “A escuta é muito importante para não fazermos um atendimento pontual”.

O perfil dos usuários do Cras do Centro de Niterói é de jovens mulheres, mães solteiras, de comunidades carentes. “Os pais de seus filhos não assumiram a criação, repetindo muitas vezes o que aconteceu com as mães delas”, relata o entrevistador André Araújo, que preenche o CadÚnico e, por isso, ouve sobre as características do domicílio (número de cômodos, tipo de construção, tratamento da água, esgoto e lixo), composição familiar (número de componentes), qualificação escolar e profissional, situação no mercado de trabalho e remuneração, entre outras informações pessoais.

Além de receber pessoas que procuram espontaneamente o centro, a equipe realiza visitas domiciliares, especialmente quando instada por outros órgãos — por exemplo, para avaliar a necessidade de uma família receber o aluguel social ou para verificar por que as condicionalidades do Bolsa Família não estão sendo cumpridas por algum beneficiário. “Informamos que é preciso respeitar os deveres para garantir o direito”, diz Milene.

Niterói tem sete Cras, sendo o do Centro o com maior área de abrangência. A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/Suas) de 2005 define o número mínimo de Cras por porte de município, que varia de um, em municípios de pequeno porte (até 20 mil habitantes), a oito, em metrópoles (com mais de 900 mil habitantes).

VIOLAÇÃO DE DIREITOS

Os Cras são os Centros de Referência Especializado de Assistência Social, unidade de média complexidade da assistência social. Neles,

são ofertados serviços especializados de caráter continuado para famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Seja por violência física, psicológica e negligência, violência sexual (abuso e/ou exploração sexual), afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida de proteção, situação de rua, abandono, vivência de trabalho infantil, discriminação em decorrência da orientação sexual e raça/etnia ou por descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família e do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti). Ou seja, enquanto o Cras previne, o Cras protege.

Na prática, a atuação desses centros abrange apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça e violação de direitos; atenção socioassistencial e acompanhamento a adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, determinadas judicialmente; busca ativa de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua; e promoção de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direito.

AUTONOMIA E VÍNCULOS

Outro equipamento da assistência social é o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), espaço de referência para proporcionar à população em situação de rua vivências para o alcance da autonomia e o desenvolvimento de vínculos interpessoais ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida.

Na alta complexidade, estão incluídos os serviços de acolhimento e de proteção em situações de calamidades públicas e de emergência. O Suas ainda prevê a participação de entidades assistenciais privadas: unidades de acolhimento ou de assessoramento, defesa e garantia de direitos.

Seguridade social inconclusa

A assistência social compõe o tripé da Seguridade Social, juntamente com a Saúde e a Previdência Social (*Radis* 103). O capítulo da Ordem Social da Constituição de 1988 define o modelo de Seguridade Social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Seus princípios organizadores são universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios e serviços; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; e gestão quadripartite, democrática e descentralizada, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo em órgãos colegiados.

A concretização desse modelo se realizaria com a criação do Orçamento da Seguridade Social, integrando todos os recursos oriundos de distintas fontes de arrecadação a serem distribuídos entre os três componentes da Seguridade, mas nunca implementado. No texto *A Seguridade Social inconclusa*, a professora da Fundação Getúlio Vargas Sonia Fleury avalia que a não operacionalização do Orçamento da Seguridade Social significou continuidade no insulamento dos três setores.

CONCEITO PERDIDO

“Cada área buscou definir uma fonte cativa de financiamento, terminando por constitucionar estas vinculações, o que impede a integração efetiva das ações da Seguridade. A tendência ao insulamento ultrapassou o âmbito do financiamento, manifestando-se na inexistência de qualquer outro mecanismo integrador das políticas nas três áreas, com grande prejuízo de possíveis sinergias e ganhos em eficiência e eficácia”, comenta, no artigo, Sonia, que foi consultora da Assembleia Nacional Constituinte para a elaboração do capítulo sobre a Seguridade Social.

Durante a 9ª Conferência Nacional de Assistência Social, na mesa *Intersectorialidade: políticas transversais e o Suas*, o secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Miranda, também lamentou que o conceito de Seguridade Social tenha se perdido desde a promulgação da Constituição. “Ao longo do tempo, as políticas foram se dissociando e se afirmando setorialmente. É uma perda importante para o país”, disse.

“Cada área ganhou legislação e recursos próprios, deixando de lado a possibilidade de tratarmos a Seguridade Social conforme previa a Constituição”, prosseguiu Helvécio, que lembrou o fato de o Conselho Nacional de Seguridade Social

Desenvolvimento das crianças acompanhado: saúde, educação e assistência compõem o tripé da seguridade social, mas ainda pouco se articulam



— ao qual caberia acompanhar as políticas públicas de Saúde, Previdência e Assistência Social — estar praticamente desativado.

SAÚDE AMPLIADA

A articulação da Saúde com outros setores, explicou ele, é relevante a partir do entendimento de que o processo saúde-doença é determinado socialmente. “O conceito de determinação social aponta para a necessidade de termos políticas fora do setor Saúde produzindo saúde e de vermos a Saúde como produtora de outras políticas”, falou, mais uma vez defendendo a integração.

Algumas experiências nesse sentido já estão acontecendo. Por exemplo, o supervisão pela Saúde de condicionalidades do Bolsa Família. “As equipes de atenção básica acompanham 8,6 milhões de famílias que recebem a bolsa, especialmente crianças e gestantes, em suas maiores vulnerabilidades”, citou. “As condicionalidades servem não para excluir pessoas do programa de transferência de renda, mas para cuidarmos delas”.

Helvécio também incluiu como referências de intersetorialidade o Viver sem Limite, plano voltado aos direitos das pessoas com deficiência que agrega 15 ministérios, a Academia da Saúde, que recebe alunos indicados pelos Centros de Referência de Assistência Social (Cras), e o Saúde na Escola, em que profissionais de saúde visitam 80 mil unidades de ensino de 4,8 mil municípios para pesar, medir e acompanhar o desenvolvimento de crianças. “No Saúde na Escola, agregamos atenção básica, programa de alimentação escolar, Brasil Carinhoso (que distribui suplementos, como sulfato ferroso e vitamina A), Cras e Bolsa Família”, listou o secretário, para quem essa é uma prova de que as políticas podem se articular mais.

Especificamente com a Assistência Social, a Saúde ainda compartilha dois equipamentos: os Centros-Dia, destinado a pessoas com deficiência

física, intelectual, auditiva, visual ou com múltiplas deficiências que necessitam de apoio para realizar suas atividades diárias, e as Residências Inclusivas, que abrigam pessoas com deficiência em situação de dependência que não disponham de condições de autossustentabilidade, de retaguarda familiar ou que estejam em processo de desinstitucionalização de instituições de longa permanência.

CADASTRO ÚNICO

O secretário nacional de Renda de Cidadania do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Tiago Falcão, também falou na necessidade de “quebrar caixinhas e integrar mais as políticas”. O exemplo bem sucedido apresentado por ele foi o Cadastro Único (CadÚnico) para programas sociais, que permite a participação em Bolsa Família, Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico, Tarifa Social de Energia Elétrica, Minha Casa Minha Vida, Brasil Alfabetizado, Água para Todos, Bolsa Verde, entre outros programas e serviços.

Nesse trabalho, indicou, é essencial a participação das equipes da assistência social, responsáveis por realizar busca ativa para incluir a população extremamente pobre no Cadastro Único. “Não é o mais pobre correndo atrás da ajuda do Estado, mas o Estado chegando onde a pobreza está”, observou. Desde o lançamento do Brasil Sem Miséria, em 2011, a busca ativa já incluiu mais de 940 mil famílias no CadÚnico e no Bolsa Família.

Tiago levantou uma questão: alguns serviços não chegam às pessoas via cartão. “Saúde não se manda por transferência, esse é o desafio que fica em mente”. A representante da Casa Civil Nina Gomes foi outra voz a tratar da incompletude da ação setorial: “Os setores sozinhos não vão dar conta do grau de complexidade das demandas sociais. É preciso sempre ouvir outros setores e saberes, inclusive dos usuários dos serviços”.



Na comunidade pesqueira de Soure, Pará, a dona de casa Vanessa Silva Lara inscreve-se no Cadastro Único para entrar no programa Bolsa Família

Deliberações da 9ª Conferência Nacional de Assistência Social

Eixo 1: O cofinanciamento obrigatório da assistência social

- Que o Governo Federal, com legislação própria, destine 10% do fundo social do pré-sal, para investimento na Política Pública de Assistência Social.

- Realizar estudo nacional de responsabilidades dos entes para levantamento do custo dos serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica e Especial, bem como da gestão da Política de Assistência Social, respeitando as especificidades e particularidades regionais.

- Que as despesas da Assistência Social (Lei 8742/93) não sejam objeto de limitação de empenho nos termos da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000, do artigo 9º, parágrafo 2º), por constituírem obrigações constitucionais ou legais da União, estados, municípios e Distrito Federal, o que lhes confere natureza de despesa obrigatória.

- Ampliação do cofinanciamento para os serviços de alta complexidade, assegurando critérios de partilha que contemplem o repasse para toda a rede socioassistencial governamental e não governamental.

- Garantir o recurso para implementação do sistema de vigilância socioassistencial em todo território nacional, bem como, equipe multidisciplinar para avaliação e interpretação dos dados.

- Garantir que nos repasses dos recursos de cofinanciamento sejam considerados, não somente o porte, como também o diagnóstico socioassistencial do município.

Eixo 2: Gestão do Suas - Vigilância socioassistencial, processos de planejamento, monitoramento e avaliação

- Regulamentar e criar equipes de referência da vigilância socioassistencial dos estados e municípios considerando seus portes.

- Construir indicadores de qualidade da oferta de serviços que expressem a participação e organização dos usuários como um dos resultados do trabalho.

- Criar sistema de acompanhamento das metas pactuadas para o aprimoramento da gestão do Suas.

- Garantir apoio técnico e recurso financeiro específico e permanente do Governo Federal para a implementação dos núcleos municipais de Vigilância Socioassistencial.

Eixo 3: Gestão do trabalho

- Instituir em decreto o Programa Nacional de Capacitação do Suas (CapacitaSuas), em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP/Suas), atendendo

inclusive ações de capacitação para todos os trabalhadores do Suas para o atendimento às pessoas com deficiência.

- Propor alteração da Lei de Responsabilidade Fiscal para assegurar que as ações de natureza continuada da Política de Assistência Social possam admitir recursos humanos concursados fora dos limites percentuais com gasto de pessoal, estabelecido por lei para os respectivos entes.

- Constituir a Escola Nacional de Educação Permanente do Suas vinculada ao MDS.

- Estabelecer fluxos e parcerias entre a gestão do trabalho do Suas, nos três entes federados, organizações de classe e conselhos de classe das categorias profissionais de nível superior, reconhecidas pela resolução 17/2011 do CNAS, visando esclarecer áreas e contribuições de cada categoria para qualificação dos serviços socioassistenciais.

- Instituir no âmbito da gestão e financiamento da PNAS setor específico para gestão do Trabalho do Suas.

- Estabelecer fluxos operacionais da relação do Suas com o Sistema de Garantia de Direitos (SGD), garantindo as atribuições e competências dos trabalhadores do Suas na proteção socioassistencial em situações de ameaça ou violação de direito.

Eixo 4: Gestão dos serviços, programas e projetos

- Garantir que a União, estados e municípios participem da agenda do marco regulatório das organizações da sociedade civil para ampliar, fortalecer e regionalizar essa agenda. Considerando sua importância para o financiamento de serviços, programas e projetos socioassistenciais.

- Ampliar o cofinanciamento e instalar Centros Dia na rede pública municipal, para acolhimento de pessoas idosas, de forma a dar suporte às famílias que não têm possibilidade de cuidar de seus idosos durante o dia, nem condições de contratar cuidadores.

- Criar e fortalecer núcleos de atendimento àqueles que cometem violência contra a mulher, com metodologias preventivas, promovendo ações socioassistenciais em todos os municípios, com garantia de cofinanciamento nas três esferas de governo, para inclusão do agressor no atendimento, com vistas ao fortalecimento de vínculos.

- Ampliar os recursos e a oferta dos cursos do Pronatec e o Programa Acessuas Trabalho, garantindo prioridade de acesso a beneficiários do Bolsa Família e pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social.

- Extensão para os municípios de pequeno porte, com alto índice de pessoas com deficiências e que não atinjam a meta populacional para aderir ao programa Residência Inclusiva, do MDS.

- Estabelecer protocolo nacional para atendimento de famílias e indivíduos nos serviços de proteção social especial de média e alta complexidade, aprimorando o fluxo de

integração com as diversas políticas públicas.

Eixo 5: Gestão dos benefícios no Suas

- Garantir maior transparência no processo de seleção das famílias para o Bolsa Família e aumentar a renda *per capita* limite para a concessão de benefícios do programa para meio salário mínimo.

- Que sejam feitos urgentes, amplos e efetivos esforços por parte do MDS para que a Caixa Econômica Federal corrija, em tempo previamente determinado, as diversas inconsistências, indisponibilidades e erros dos seus sistemas informatizados, com prioridade para os casos que provocam cancelamentos, bloqueios e concessões indevidas de benefícios do PBF que se avolumam mensalmente aos milhares em todo território nacional.

- Garantir aos beneficiários do BPC pessoa com deficiência, que comprovem a necessidade de acompanhante, um acréscimo de 25% ao benefício recebido.

- Rever o BPC Trabalho, no sentido de promover sua redução gradativa após o ingresso no mercado de trabalho formal do beneficiário que receba entre um e três salários mínimos.

- Melhorar os canais de atendimento (telefone, e-mail, ofício) aos gestores e usuários, tanto por parte do MDS quanto por parte da Caixa Econômica Federal, sem recorrer a empresas terceirizadas, com prazo mínimo para a apresentação de soluções e correções de erros e inconsistências de todos os sistemas relacionados ao Cadastro Único e ao Bolsa Família.

Eixo 6: Regionalização

- Implantar Cras e Creas indígenas, respeitando suas especificidades, diversidade cultural, étnica, social e geográfica.

- Garantir que os serviços regionalizados sejam criados, coordenados e executados diretamente pelos governos estaduais, com equipes técnicas concursadas e cofinanciamento da União.

- Estabelecer sanções relacionadas à impossibilidade de os estados receberem recurso federal da Assistência Social quando do descumprimento de suas responsabilidades na regionalização conforme o art. 15 inciso IV da NOB-SUAS/2012.

- Garantir que os estados criem e implementem estruturas administrativas regionais e dotem-nas de equipes técnicas especializadas volantes de forma a assessorar, monitorar e avaliar os serviços regionais e municipais.

- Com base na vigilância socioassistencial, realizar diagnóstico das comunidades ribeirinhas, indígenas e tradicionais, assim como da população em vulnerabilidade social, separando-os por zonas, identificando, capacitando e contratando moradores para apoiar a equipe técnica do Suas na interlocução com a comunidade local.

Conferências desde 1995

Diferentemente das conferências de Saúde, que acontecem em intervalos de quatro anos, as conferências nacionais de Assistência Social são realizadas a cada dois anos. O objetivo delas é analisar, propor e deliberar, com base na avaliação local, as diretrizes para gestão e financiamento do Sistema Único da Assistência Social, reconhecendo a corresponsabilidade de cada ente federado.

A primeira aconteceu em 1995, em Brasília, levantando *A assistência social como um direito do cidadão e dever do Estado*. A quarta, em 2003, teve grande importância na direção da sedimentação dos novos termos da política de assistência social no Brasil, a partir do tema *Assistência social como política de inclusão: uma nova agenda para a cidadania*. Dela saíram as bases para a criação do Suas.

Anteriormente à realização da edição de 2013, o Conselho Nacional de Assistência Social avaliou as deliberações dos eventos acontecidos entre 2005 e 2011. Sobre financiamento, houve 70 propostas aprovadas no período, das quais 28,57% foram implementadas, 64,28% estão em andamento e 4,28% não foram implementadas. A avaliação foi de que os recursos públicos evoluíram a partir de 2003 — saltando de R\$ 12,5 bilhões em 2002 para R\$ 61,5 bilhões em 2013. O grande desafio, concluiu o CNAS, é continuar avançando para consolidar cada vez mais a construção da política de assistência.

O eixo Vigilância socioassistencial, processos de planejamento, monitoramento e avaliação teve 85 deliberações: 47% implementadas, 47% em andamento e 5% não implementadas. A maior parte tratava da necessidade de criação de sistemas de informação, pedido atendido com a Rede Suas — que dá suporte a operação, financiamento

e controle social do Suas e garante transparência à gestão da informação.

Quanto à gestão do trabalho, os delegados aprovaram 54 propostas entre 2005 e 2011, das quais 59% foram implementadas, 39% estão em andamento e 2% não foram implementadas. A capacitação foi matéria permanente dos debates, que pediram valorização de todos os sujeitos envolvidos na construção do sistema: os trabalhadores do Suas, os conselheiros, os gestores e usuários. Algumas iniciativas, como a Capacitação Descentralizada de Gerentes Sociais realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome entre 2007 e 2008, atenderam essa demanda.

No eixo Gestão dos serviços, programas e projetos, 31% das 59 deliberações foram implementadas, 63% estão em andamento e 6% não foram implementadas. Os pedidos mais frequentes eram voltados a especificidades dos usuários do Suas (como erradicar situações de vitimização e exploração) ou à estrutura dos equipamentos da assistência.

As propostas sobre gestão dos benefícios e transferência de renda foram 17: 18% foram implementadas e 82% estão em andamento. Os textos aprovados levavam em consideração desde a organização e estruturação para apoio à gestão, quanto os regramentos jurídicos, normatização e pactuações necessárias.

Para o item Regionalização, 94% das 17 deliberações estão em andamento; 6% não se aplicam em nível federal. Elas tratam basicamente de formas de apoio, incentivo e cofinanciamento de serviços regionalizados de Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade, implementação de Creas, acolhimento institucional, moradias provisórias e casas de passagem.

Realizadas a cada dois anos, desde 1995, as conferências de assistência social analisam, propõem e deliberam diretrizes para a o Suas



Desafios demais, debates de menos

Delegados tiveram que aprovar 453 propostas do Relatório Consolidado: metodologia priorizou agilidade em prejuízo da participação e dos debates

Delegados da Abrasco convidados pela 'Radis' para fazer um balanço do evento detectaram poucos avanços na garantia da saúde dos 305 povos que habitam o país

Ana Cláudia Peres

Os números da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) impressionam: 1209 delegados; 20 Grupos de Trabalho; 453 propostas em jogo; 446, aprovadas. Mas escondem uma preocupação. Apesar de grandiosa, a aguardada edição da conferência, realizada de 2 a 6 de dezembro, em Brasília, trouxe poucos avanços, se levado em conta o tamanho dos desafios que precisam ser enfrentados para a garantia da saúde dos 305 povos indígenas que habitam o território brasileiro. Essa é a opinião dos pesquisadores Paulo Basta, Ana Lúcia Pontes e Maurício Leite, que participaram do evento como delegados da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e foram convidados pela *Radis* para fazer um relato do que presenciaram.

Dividida em quatro eixos temáticos, a 5ª CNSI teve como tema central *Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS (SasiSUS): direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada*. E, como objetivo, aprovar diretrizes para as políticas de saúde executadas nas aldeias por parte dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Nos grupos, foram debatidos temas relacionados a atenção integral e diferenciada nas três esferas de governo; controle social e gestão participativa; etnodesenvolvimento e segurança alimentar e nutricional; e saneamento e edificações de Saúde Indígena.

O problema verificado pelos delegados da Abrasco foi que, com uma estrutura que priorizou a agilidade em detrimento do debate, a etapa nacional da Conferência acabou limitando a participação e aprovando propostas contraditórias, como analisou o pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) Paulo Basta. Pela metodologia da 5ª CNSI, os 20 Grupos de Trabalho funcionavam como miniplenárias e cada um deles tinha a robusta missão de, em três dias, votar as 453 propostas do Relatório Consolidado, fruto das 34 etapas distritais e 306 etapas locais que antecederam a nacional.

Assim, se uma proposta fosse aprovada em mais da metade dos GTs estaria automaticamente aprovada pela Conferência. Por outro lado, para ir a debate na Plenária Final e sofrer alteração total ou

parcial, necessitava ter recebido destaque em pelo menos 11 dos 20 grupos. Isso justificaria, de acordo com os delegados da Abrasco, o baixo número de propostas levadas à plenária final: apenas 25 — dessas, 18 aprovadas com modificações, o que significa que a Conferência teve 95% de propostas aprovadas. “Mas isso teve um custo”, acrescentou Paulo à Radis. “Muitas das propostas que irão compor o relatório final são incompatíveis entre si, carecem de um amparo legal ou guardam inconsistências”.

Um exemplo disso foi a polêmica em torno do subeixo que trata dos desafios da área de recursos humanos para a saúde indígena. Uma das diretrizes aponta que o Ministério da Saúde deve garantir a realização de concurso público regionalizado para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). Outra recomenda a incorporação direta dos funcionários. “Como isso se resolve?”, indaga Paulo. De acordo com os delegados, a falta de debate prejudicou também os encaminhamentos em relação ao acesso à alta e média complexidade — nó atual do subsistema e pauta muito presente nas discussões do movimento indígena — ao aprovar propostas que atribuem à Sesai tarefas que não são de sua competência. “O modo como o evento foi estruturado impediu que fossem feitos os esclarecimentos necessários”, acrescentou o delegado da Abrasco.

Para a professora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) Ana Lúcia Pontes, parecia haver uma unidade entre os setores, quando na verdade o que ocorreu foi um aparente consenso. “As questões não foram amadurecidas como deveriam. E isso faz com que o relatório final perca um pouco o peso de diretriz”, pondera. “Se você aprova duas propostas com indicações distintas sobre uma mesma pauta, pode executar ou não executar a ação e isso vai ser referendado pelo relatório”.

INVISIBILIDADE

A falta de debate pode revelar mais do que um problema na metodologia, como aponta Maurício Leite, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Ele cita o protesto realizado na cerimônia de abertura da conferência como emblemático de uma situação a que os povos indígenas estão submetidos há mais de cinco séculos. Durante a solenidade, a delegação do Mato Grosso do Sul manifestou-se com faixas e palavras de ordem bem à frente da mesa de abertura. “Aplaudido pela plateia, o grupo foi ignorado pelas autoridades. Para Maurício, o episódio pode funcionar como metáfora para a invisibilidade indígena no Brasil. “A sensação é de que não houve efetiva abertura para o diálogo mas um exercício retórico que limitava a participação”.

Na página oficial da Conferência na internet, a Sesai argumenta que as propostas que chegaram à Conferência vieram das bases, a partir do que foi votado nas conferências locais e distritais ao longo de 10 meses. Segundo a secretaria, os debates durante a 5ª CNSI abarcaram o que há de mais atual para melhoria da assistência prestada aos quase 900 mil indígenas do Brasil. O titular da Sesai, Antônio

Alves de Souza, ressaltou a participação coletiva. “Agora, trabalharemos em um sistema de monitoramento e acompanharemos a implantação do que foi aprovado durante a Conferência”, completou.

PORTARIAS, PROTESTOS E MOÇÕES

Ainda durante a cerimônia de abertura, o então ministro da Saúde, Alexandre Padilha, assinou portaria que garante a participação de representantes indígenas em reuniões decisivas para a destinação das verbas do setor em estados e municípios. Mas o mais comemorado, de acordo com Paulo Basta, foi a portaria que autoriza a compra, pelos DSEIs, de todos os medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), o que otimiza a oferta nas aldeias e cria grupo de trabalho para avaliação e elaboração de incorporação de novos medicamentos e insumos para atendimento à Saúde Indígena no SUS.

O terceiro dia da conferência foi marcado por uma manifestação, na Esplanada dos Ministérios, pelo reconhecimento dos direitos indígenas à terra. O assunto também esteve presente na Moção de Repúdio, aprovada pelos delegados, que pede empenho nas investigações de crimes de agressões e homicídio a índios por parte de fazendeiros. Foram aprovadas 57 moções de Apoio, Apelo, Repúdio, Solidariedade e Outros. A Abrasco foi autora de Moção de Apoio à regulamentação e profissionalização dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan), baseada em documento que o Grupo de Trabalho em Saúde Indígena da instituição levou para subsidiar as discussões da 5ª CNSI.

A pedido de *Radis*, os delegados da Abrasco fizeram um balanço sobre os dias de conferência, os pontos polêmicos, os momentos-chave, e sobre as possibilidades que a 5ª CNSI traz para a saúde indígena.

Evento foi também espaço de protesto quanto às condições dos povos indígenas no país há mais de cinco séculos



FOTO: LUIS OLIVEIRA SESAI/MS



FOTO: FELIPE PLAUSSKA

Paulo: pontos já debatidos nas conferências anteriores, em 2001 e 2006, voltaram à pauta da 5ª conferência

Propostas contraditórias

“Considero um ponto alto do evento ter conseguido reunir um contingente de lideranças de praticamente todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e mais de 1.200 delegados de várias regiões do Brasil, para discutir as questões da política de saúde indígena. Houve um momento, durante a cerimônia de abertura, que pode ser considerado emblemático: a delegação do Mato Grosso do Sul, com mais de 100 pessoas, fez um protesto contra problemas de toda ordem que vêm experimentando. E eles se manifestaram ali, na frente das maiores autoridades que compunham a mesa. Isso é importante, embora seja preciso ressaltar que essas autoridades ignoraram por completo o protesto. Foi curioso porque os manifestantes levantavam faixas na frente do púlpito e gritavam palavras de ordem e as autoridades ignoravam aquilo. Continuavam fazendo seus discursos ao microfone, mas ninguém mais ouvia.

Penso que houve um ponto muito limitador dos debates que acabou engessando a conferência. O debate até transcorreu nos grupos temáticos. Mas, pelo regimento, não era possível acrescentar nada ou fazer qualquer contribuição adicional na elaboração das propostas. A proposta que veio da base passava integralmente ou passava com supressão ou era excluída. No grupo de que participei, por exemplo, várias propostas foram debatidas, mas não chegaram a ir para a plenária final. Ou seja, na plenária final, que deveria ser o auge de uma conferência, onde se faz um debate mais amplo, esse debate simplesmente não houve. O argumento usado era que todas as propostas que passaram vieram das bases. Mas isso teve um custo. Muitas das propostas que irão compor o relatório final são incompatíveis entre elas, carecem de amparo legal ou guardam inconsistências, como a que exige atenção de nível terciário em casa de saúde indígena. Em relação aos recursos humanos [tema do Subeixo ‘Avanços e desafios na área de recursos humanos para a saúde indígena: formação, educação permanente, capacitação e práticas de saúde e medicinais tradicionais’], apareceram várias propostas contraditórias: passou a proposta para processo simplificado de seleção com base em currículo, passou proposta de incorporação direta dos funcionários que estão atuando nas organizações não governamentais com serviço público, passou



Ana Lúcia: evento aparentou haver consenso entre setores e temáticas e plenária final foi “uma frustração”



Maurício: é necessário mais esforço para que conferências se traduzam em espaço de controle social

proposta de concurso temporário, passou proposta de regime jurídico único. Teve de tudo. Como isso se resolve? As pessoas colocaram todas as possibilidades e não vejo uma direção única nesse caminho.

Confesso que fiquei desanimado com o desenrolar da conferência. Participei, como delegado, da 3ª CNSI, em 2001, e a 4ª, ocorrida em 2006, acompanhei por meio do movimento indígena e do relatório exaustivamente avaliado. Muitos dos pontos retornaram agora, na 5ª conferência. Dá a impressão de que não havia conhecimento do que tinha sido discutido antes. Ou seja, embora tenha havido expansão do financiamento na saúde indígena, as ações da ponta continuam precárias: faltam medicamentos, falta estrutura para posto de saúde, faltam profissionais, as crianças continuam adoecendo e morrendo, os indicadores de saúde têm melhora muito discreta, não têm ainda um impacto nas ações de saúde. Mas a luta continua e eu acho que ter trazido a discussão da estruturação do sistema para a população foi um ponto positivo. É importante as pessoas se sentirem empoderadas no sentido de demandar, de expressar suas necessidades. Esse espaço é válido, importante e positivo, mas é preciso avançar e ir além do lugar comum”.

• **Paulo Basta, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz) e delegado da Abrasco**

Por mais controle social

“T

enho dificuldade de ver a conferência como um momento vitorioso. Acho, sim, que foi um momento de perceber as questões em disputa e onde não se tem ainda uma resolução muito clara, como por exemplo a discussão sobre média e alta complexidade ou a regulamentação da contratação dos profissionais ou, ainda, a formação dos agentes indígenas de saúde. Mas não se debateu e isso é o que mais lamento. Foi uma frustração a plenária final. É importante o que aconteceu? É. Mas aconteceu de maneira a parecer a festa da democracia, aparentando consensos entre setores e temáticas, que sabemos que não existem. As questões não foram amadurecidas como deveriam. Tive a sensação de estar em um congresso onde os palestrantes iam tratar dos temas, mas falavam de forma ampla, fora de contexto, sem esclarecer as questões e os

problemas estruturais que as propostas traziam nas suas formulações.

A questão da identidade indígena misturada com os cargos de gestão e controle social tem impedido um certo discernimento. É legítimo que as lideranças indígenas assumam cada vez mais papéis dentro da estrutura de gestão dos serviços de saúde e que ocupem lugar nas mesas e espaços de mediação. Mas, por vezes, isso confunde os lugares de fala: eles estão na posição de gestor ou controle social? No caso da educação indígena, isso tem funcionado, garantindo uma educação com especificidades, o que qualifica o sistema. Mas não tem acontecido o mesmo na saúde indígena.

O movimento indígena está muito preocupado com a continuidade da atenção e tentou garantir ao máximo a responsabilidade da Sesai, seja com distribuição de medicamento, seja com algumas ações de serviço. Mas o bloco de propostas referente ao controle social [*Eixo temático 2: ‘Controle social e gestão participativa’*], que é importante, foi pouquíssimo discutido. O eixo temático 3 [*Etnodesenvolvimento e segurança alimentar e nutricional*], foi aprovado por unanimidade. O 4 [*Saneamento e edificação de saúde indígena*] também. Isso foi tratado como vitória, mas, na verdade, tem muito a ser debatido. Faltou articulação entre os indígenas para unificar sua pauta, como aconteceu com o governo, que chegou a agendar uma reunião durante a conferência para orientar sobre a condução das votações.

Um dos objetivos do evento, teoricamente, é fazer uma análise da situação da saúde. E não houve um momento, de fato, de apresentação e discussão da situação dos povos indígenas, inclusive para direcionar o que é prioritário nas quase 500 propostas aprovadas. Por exemplo, algo que me surpreendeu foi um discurso muito presente no meu grupo de que “o SUS não é nosso parceiro” ou de que o SUS não nos pertence, o que tem a ver tanto com especificidades culturais e com vivências realmente negativas — já que não existem políticas que tentem combater o preconceito e a discriminação que os indígenas sofrem dentro dos serviços de saúde — quanto com uma falta de entendimento do que seja atenção diferenciada e o que de fato é função da Sesai. A saúde indígena está dentro do Sistema Único de Saúde e, portanto, teria um caráter de complementaridade. Ou seja, perdemos uma ótima oportunidade de fazer

um bom debate sobre o tema na conferência e a questão não foi amadurecida como deveria. Esse é apenas um exemplo”.

• **Ana Lúcia Pontes, professora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e delegada da Abrasco**

Exercício retórico

“O grande ponto positivo foi a presença indígena no evento como um todo. Mas acho que houve poucos avanços por conta do modo como a conferência foi estruturada. Pode ter sido um problema de metodologia, mas eu diria, de forma bastante categórica, que isso acabou por limitar de modo significativo a participação indígena nos debates.

Por exemplo, a plenária em massa queria que a Sesai garantisse aos indígenas atenção de média e alta complexidade. Não tenho a menor dúvida de que *média e alta complexidade* foi a expressão mais repetida ao longo dos dias, sem que houvesse esclarecimento maior sobre o que significa trazer isso para as atribuições da Sesai; o que se espera e se propõe de funcionamento do SUS, do subsistema dentro do nosso sistema de saúde; e o que se espera da atenção primária, secundária e terciária. Não havia um esclarecimento sobre os pontos do debate. Não parecia um espaço democrático de fato.

Problemas assustadores que presenciamos nas terras indígenas, como a inexistência ou fim dos estoques de medicamentos para grupos específicos como hipertensos e diabéticos, que não se resolvem há anos, apareceram mais uma vez na conferência. Mas, quando os participantes gritavam desesperados pelo fim desse tipo de problema, as falas institucionais, do Ministério da Saúde e da Sesai, assumiam ares extremamente políticos. Todos os problemas já pareciam resolvidos. Todos tinham sido solucionados, porque novas resoluções haviam sido recém-assinadas e, portanto, não haveria mais aquele problema.

A sensação é que não houve efetiva abertura para o diálogo mas um exercício retórico que

limitava a participação. Veja o episódio do protesto da delegação de Mato Grosso na abertura do evento. Embora aplaudidos pela plateia, eles foram solenemente ignorados pelas autoridades que continuaram com o protocolo sem interromper seus discursos ou fazer qualquer menção ao que estava acontecendo. Ou seja, as pessoas foram aplaudidas, mas sequer foram olhadas. Aquele episódio foi a metáfora da invisibilidade indígena no nosso país.

Outro aspecto preocupante foi o fato de os perfis de saúde não terem sido debatidos em nenhum momento. Os atuais perfis de saúde dos povos indígenas resultam, em alguma medida, do adequado funcionamento do subsistema de saúde dos povos indígenas no Brasil. Ou seja, se há grandes problemas, eles precisam ser solucionados pelo subsistema, o que requer algum monitoramento, mas isso não foi discutido.

De positivo, penso que apontam-se e reafirmam-se proposições para a formação e atuação dos trabalhadores de saúde indígena, em especial dos agentes indígenas de saúde. Há propostas contraditórias aprovadas: uma que exige aumento de qualificação, de escolarização desses profissionais; outra, já em andamento, não propõe o aumento de escolaridade, mas pede formação pelas escolas técnicas do SUS. O fato é que o reconhecimento dessas categorias é um grande tema em torno do qual parece haver unanimidade.

Apesar de todas as limitações, não acho que o modelo de conferências seja um modelo de participação esgotado, mas é necessário haver um esforço maior para que efetivamente se traduza num espaço de controle social. O entendimento de qualquer evento como esse leva tempo, precisamos digerir isso e entender os processos até para reverter o que houve de negativo. O que não foi discutido deve ser avaliado como lacuna, juntamente com os relatórios das conferências anteriores, e debatido coletivamente por trabalhadores, usuários, gestores, pesquisadores, todos nós, como membros da sociedade civil, e deve seguir como demanda para a próxima.

• **Maurício Leite, professor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e delegado da Abrasco**

Presença indígena foi ponto positivo, em evento que deixou itens importantes pouco esclarecidos



FOTO: LUIS OLIVEIRA, SESAI/MS

Arte para todos e todas

Cena do musical 'Um amigo diferente': espetáculo apresentado com toda acessibilidade aborda a temática da inclusão

Grupo teatral Os Inclusos e os Sisos aproxima plateias de temas como discriminação, preconceito, diversidade e direitos

Liseane Morosini

Um tomate fora do padrão disputa um Festival do Tomate; uma filha questionadora pergunta: "Mamãe, se eu nascesse diferente do que você *queria*, você iria gostar de mim?"; um funcionário com Síndrome de Down é infantilizado por colegas de trabalho no dia do seu aniversário; um cadeirante é criticado por não estar na fila prioritária do banco, onde seria *o seu lugar*. Esses são alguns dos personagens que fazem parte do *Espectáculo de esquetes*, primeira produção do grupo teatral Os Inclusos e os Sisos – Teatro de

Mobilização pela Diversidade, baseada em histórias de preconceito e discriminação vividas por pessoas com e sem deficiência. Projeto da organização Escola de Gente – Comunicação em Inclusão, o grupo atua desde 2003, usando o humor para colocar o teatro a serviço da inclusão e aproxima plateias de temas voltados para a diversidade e os direitos humanos.

Criado por estudantes de artes cênicas da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio), tendo à frente a atriz Tatá Werneck, Os Inclusos e os Sisos levantam a bandeira do teatro acessível mostrando que a arte deve ser dirigida para todos e todas, sem exceção. O grupo já se apresentou para mais de 60 mil pessoas em todo o Brasil com espetáculos gratuitos, em escolas, quadras esportivas, praças públicas e teatros.

Foi em uma dessas apresentações, que o ator e diretor Marcos Nauer, um dos fundadores do grupo, deparou-se com uma imagem que o impactou: um dos espectadores era um garoto de 14 anos, com paralisia cerebral, deitado em uma maca, recebendo oxigênio, que se comunicava apenas com os olhos. "É uma imagem incômoda para todos. Achei que, pela condição que ele enfrentava, iria aproveitar muito pouco. Tive uma surpresa. Depois de uma semana, o garoto mandou uma crítica do



FOTO: VALU RIBEIRO

Na plateia, pessoas cegas contam com audiodescrição em tempo real para acompanhar o espetáculo

espetáculo dizendo o que tinha achado e sentido. Isso prova a abrangência do nosso trabalho. Eu vi ali que eu também tinha sido preconceituoso por achar que ele não usufruiria do espetáculo”, considera, observando que a experiência é transformadora, não só para a plateia. “Ouvir a impressão daqueles que não tinham como ver, mas puderam ouvir e sentir a peça, é algo modificador”.

VIVÊNCIA

Marcos lembra que o ponto de partida foi a participação em Oficinas Inclusivas – conjunto de dinâmicas elaboradas pela Escola de Gente, que buscam propiciar vivência, despertar reflexão e disseminar informações sobre diversidade, não discriminação e inclusão de grupos em situação de vulnerabilidade, especialmente pessoas com deficiência. Leitura de textos e conversas com profissionais também integram a formação. A construção dramática faz parte de um processo discutido com o grupo, sob a supervisão da equipe da organização. Antes da estreia, a equipe assiste à peça para fazer o ajuste fino.

Lidar de perto com a acessibilidade levou Marcos a perceber o quanto a sociedade é excludente. “Passei a questionar como um cego pode assistir a uma peça, hoje. E vi que quem frequenta o teatro são pessoas que podem pagar R\$ 80

O ator e diretor Marcos Nauer (centro) e o esqueleto do tomate fora do padrão: arte acessível faz cada um do grupo sentir-se mais cidadão



FOTO: THIAGO BARROS

por espetáculo, que enxergam, que andam. São poucos”, considera. “A essência da inclusão está em todos os nossos espetáculos”, diz. “Levar arte acessível, gratuita e de qualidade para todos faz com que cada um do grupo se sinta mais cidadão”.

Ele observa que o grupo, embora precursor no trabalho pautado pela acessibilidade na comunicação, não faz mais do que cumprir a legislação brasileira, já que o Decreto Federal nº 5.296/04 incentiva e garante o acesso à informação às pessoas com deficiência. “Cumprimos a lei, ampliamos nosso público e exercemos o nosso papel de cidadãos”, diz.

TUDO ACESSÍVEL

Os espetáculos dos Inclusos organizam-se de forma a contemplar todos os espectadores, com e sem deficiência. Intérpretes da Língua Brasileira de Sinais (Libras) revezam-se na lateral à direita do palco durante toda a apresentação; um vídeo exibe legendas eletrônicas com a íntegra do texto, à medida que o espetáculo transcorre, para aqueles que não podem ouvir e não dominam a Libras; o cenário é aberto à visitação antes da peça, para que pessoas com deficiência visual possam tocar nos objetos e reconhecer o espaço onde a trama transcorrerá; os programas das peças têm versão em braille e em letra ampliada, e ficam disponíveis, ainda, em meio digital, com descrição dos textos e imagens exibidos; os deficientes visuais contam com fones de ouvido para acompanhar a peça por audiodescrição, em tempo real, e podem sentar-se em qualquer lugar da plateia, sem segregação; é respeitado o atendimento prioritário e é feita a reserva de assentos na primeira fila para pessoas com deficiência, conforme prevê a lei.

“Tudo o que produzimos é acessível”, diz a jornalista Claudia Werneck, que fundou a Escola de Gente, em 2002. De acordo com Claudia, o trabalho é pensado “para todas as condições humanas, sem hierarquizar deficiências e sem escolher onde e quando a pessoa com deficiência vai usufruir da acessibilidade”.

Claudia ressalta que o trabalho de Os Inclusos e Os Sisos está amparado por uma concepção segundo a qual teatro acessível é mais do que a oferta de acessibilidade para pessoas com deficiência e mobilidade reduzida. “Não é apenas a garantia do suporte que possibilita a acessibilidade”.

SENSIBILIDADE

No repertório do grupo há, ainda, dois outros espetáculos. *Ninguém mais vai ser bonzinho*, de 2009, inspirado em livro de título homônimo de Claudia Werneck (WVA Editora), mostra formas sutis de discriminação evidenciadas por uma situação limite na qual quatro pessoas — entre elas uma jovem com síndrome de Down que fuge de casa em busca de mais autonomia, interpretada por Tatá Werneck na primeira montagem — ficam presas em um ônibus sequestrado e sem perspectiva de ajuda.

Já o musical *Um amigo diferente?*, de 2011, encenado por uma nova formação dos Inclusos, foi o primeiro espetáculo para crianças e jovens a contar com total acessibilidade na comunicação. A assistência de direção e a preparação corporal

dos atores é da jornalista Moira Braga, que é cega. Segundo Marcos, Moira entrou por meio de seleção entre artistas com e sem deficiência. “O fato de ela ter deficiência nos ajuda, pois tem outra sensibilidade. Mas nosso critério de escolha é talento, vontade e disponibilidade. E isso ela tem”.

Moira e os novos atores participaram da Oficina de Teatro Acessível, metodologia que derivou das Oficinas Inclusivas e que vem sendo levada para as cidades nas quais Os Inclusos se apresentam. São quatro horas nas quais os atores discutem a dramaturgia dos espetáculos, fazem exercícios de teatro de improvisação e jogos, reunindo público diversificado. Em Natal, em 2013, a oficina contou com a participação de jovens com Síndrome de Down e de atores de um grupo de teatro local.

CAMPANHA

Em 2011, a Escola de Gente lançou a campanha *Teatro acessível, arte, prazer e direitos*, que recebeu aval da Comissão de Cultura da Câmara dos Deputados, em audiência pública realizada em maio de 2013 (*Radis* 130). A campanha, cujo objetivo é mobilizar governo e sociedade civil para o cumprimento das leis de acessibilidade em qualquer iniciativa cultural, levou ao lançamento do Dia Nacional do Teatro Acessível, em 19 de setembro, quando foi incorporada pelo Ministério da Cultura como ação e conteúdo de política pública.

A cerimônia de lançamento foi mais uma oportunidade para se entender que as condições de acessibilidade na arte extrapolam o palco. Para que fossem distribuídos os ingressos, conta Claudia Werneck, houve necessidade da presença de um intérprete de Libras na bilheteria, de modo a contemplar os deficientes auditivos e dar-lhes




FOTO: DANIEL CASTRO

Claudia: trabalho pensado para todas as condições humanas, sem hierarquizar deficiências

independência para fazer sua solicitação.

Moira lamenta que a busca de acessibilidade seja ainda encarada como desperdício. “Além de produzir, também quero consumir arte e ter o direito de usufruir de produtos culturais”, diz. “Assim como se pensa no cenário e no figurino, o projeto já deve incluir a acessibilidade. Não é um apêndice, tem que fazer parte do projeto”.

Estimativas de Os Inclusos e os Sisos indicam que o custo das produções é acrescido de cerca de 30%, para que se garanta a acessibilidade. “É um bônus, não um ônus”, define o ator Bruno Perlatto, também fundador dos Inclusos, para quem o teatro acessível deve ser visto como investimento, uma vez que a acessibilidade amplia o público que a peça irá atingir. O que não é pouco, tendo em vista que, segundo o Instituto de Geografia e Estatística Brasileira (IBGE), quase um quarto da população brasileira tem algum tipo de deficiência. 

SAIBA MAIS

- Escola de Gente – Comunicação em Inclusão www.escoladegente.org.br
- Apresentação do Espetáculo de esquetes <http://www.youtube.com/watch?v=uAOdqpKltI8>
- Livro sobre Os Inclusos e os Sisos www.escoladegente.org.br/publicacoes.php
- Revista *Radis* nº 130 — *Acessibilidade para todos*



FOTO: LEONARDO MIRANDA

Os atores Tatá Werneck (E), Marcos Nauer, Bruno Perlatto e Natália Simonete: primeira formação dos Inclusos, em ‘Ninguém mais vai ser bonzinho’



Pesquisa avalia faltosos às consultas em centro de saúde e verifica que usuários são pouco ouvidos sobre seu cotidiano e sua disponibilidade

Mais escuta e mais cuidado

Liseane Morosini

As faltas às consultas agendadas por usuários do Centro de Saúde Escola Manguinhos, no Rio de Janeiro, chamaram a atenção da médica Mellina Marques Vieira Izecksohn, que há cinco anos trabalha na Estratégia de Saúde da Família (ESF) acompanhando famílias residentes na área de Manguinhos, Zona Norte da cidade. Em sua rotina de trabalho, o agendamento de consultas era apenas um processo “mecânico e burocrático”, caracterizado por acessar a agenda, checar a data disponível e marcar a consulta. “Eu tinha o olhar

focado no processo de trabalho da equipe e na angústia que a possibilidade de comprometer o bom andamento do serviço me causava. Para mim, só era importante quem realizava a marcação e onde e em que momento esta se dava. Nenhum aspecto relacionado ao usuário importava”, lembra Mellina, que resolveu pesquisar o assunto como tema de sua dissertação de mestrado profissional em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Para compreender o motivo das faltas às consultas, ela foi saber dos próprios usuários que razões apontavam para justificar sua ausência. A

conclusão: as pessoas são pouco ouvidas sobre sua disponibilidade, algumas consultas são agendadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) sem o conhecimento do usuário e foram vários os relatos de horários inconvenientes. “Quase todos os entrevistados afirmaram não terem sido perguntados sobre o melhor dia ou período para agendamento, sem que se considerassem, inclusive, seus horários de trabalho”, descobriu Mellina, que realizou entrevistas com 22 pacientes cadastrados na ESF, que faltaram ou não às consultas médicas.

As faltas, observa, têm grande impacto sobre a saúde, uma vez que refletem negativamente no cuidado ao usuário e nos recursos disponíveis. “Consultas representam também produção. As faltas levam a uma subutilização clínica e administrativa, ocasionando aumento de tempo de espera dos outros usuários para agendamento, e interferindo diretamente na continuidade do cuidado”, analisa.

O estudo, orientado pela professora Jaqueline Teresinha Ferreira, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), examinou os registros do atendimento realizado por duas equipes de saúde no período de seis meses, chegando a um percentual de 48,9% de faltas. Entre os faltosos, Mellina identificou que 58,5% faltaram uma vez, 26,5% faltaram duas vezes e 15% faltaram mais de três vezes.

A coleta desses dados realizou-se em maio de 2013, abrangendo cerca de 1,9 mil pessoas em cada grupo examinado, que eram de áreas geográficas diferentes da região e tinham formas distintas de realização de agendamento. No grupo A, o agendamento se dava na própria unidade de saúde, podendo qualquer usuário ser agendado em qualquer horário disponível. No grupo B, a marcação era feita tanto na unidade quanto na comunidade, pelos agentes comunitários de saúde, e o atendimento se dava por turnos (um turno para crianças, outro para gestantes etc.). Desse universo, por critérios estatísticos de saturação e redundância, Mellina chegou às 22 pessoas com quem realizou as entrevistas, com o objetivo de entender por que compareceram ou não às consultas agendadas. “Foram entrevistados usuários que faltaram e que compareceram às consultas, para detectar características relacionadas aos diferentes perfis”, especificou a pesquisadora na dissertação.

COMPROMISSO DESVALORIZADO

O esquecimento aparece também com frequência entre os motivos que levam o usuário a faltar à consulta, o que, para Mellina, remete a uma reflexão sobre a importância dada pelo usuário à consulta agendada. Foi também destacada pelos usuários a facilidade de reagendamento, o que levaria a uma desvalorização do compromisso. “A população aciona o ACS para esse fim, e não existe qualquer limite para isso”, diz.

A pesquisadora verificou também uma relação entre as idades dos usuários e seu índice de faltas às consultas: quanto mais idoso, menor o número de faltas. Esse resultado, observou, pode estar relacionado ao autocuidado, ou mesmo à ocupação (quem trabalha, formal ou informalmente, tende a ter menos tempo para as consultas) e mostra também que a ampliação da política de horário



FOTOS: FELIPE PLAUSKA

Mellina: faltas às consultas levam a subutilização clínica e administrativa, ocasionando aumento de tempo de espera de outros usuários

estendido, já existente em algumas unidades, pode ajudar a reduzir o número de faltosos.

As entrevistas apontaram que os usuários associam solicitação de exames e prescrição de medicamentos a cuidado. “Isso é compreensível, se pensarmos que vivemos em uma sociedade em que a medicalização da saúde está cada vez mais evidente”, observa Mellina, que verificou, no entanto, em paralelo, uma valorização de aspectos como boa alimentação e prática de atividade física, mencionadas como fundamentais para cuidar da saúde.

COMUNICAÇÃO AMPLIADA

Para reverter o quadro de faltas, Mellina aponta a comunicação como caminho. “A ampliação das formas de comunicação da equipe com os usuários, tendo em vista o cuidado, um aprimoramento da escuta e uma pactuação entre os atores no momento do agendamento considerando o cotidiano dos usuários; uma maior flexibilização da equipe e de seus horários, bem como um maior comprometimento por parte deles, utilização de mensagens de texto pelo celular são algumas propostas que surgem para melhorar a assiduidade às consultas médicas”, enumera. “O ACS, que está em contato direto com as famílias, tem papel central nessa proposta.”

Solicitação de exames e prescrição de medicamentos são associados a cuidado pelos usuários





EVENTOS

13ª Conferência Internacional sobre Comunicação Pública da Ciência e Tecnologia (PCST 2014)

A partir do tema geral *Comunicação pública da ciência para a inclusão social e o engajamento político*, o evento tem por objetivo discutir as tendências e questionamentos relacionados à pesquisa de pós-graduação em comunicação pública da ciência e fomentar oportunidades de colaborações em rede entre pesquisadores. Os participantes serão convidados a falar sobre seus projetos de pesquisa, apoiando-se os pós-graduandos no estabelecimento de contatos e parcerias, com colegas de várias partes do mundo. As inscrições para as atividades pré-conferência são gratuitas.

Data 5 a 8 maio

Local Salvador, Brasil

Informações www.pcst-2014.org

9º Congresso Brasileiro de Epidemiologia

O 9º Congresso Brasileiro de Epidemiologia (EpiVix) promete ser um dos maiores congressos científicos já realizados pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), com 3 mil participantes. O eixo do evento — *As fronteiras da Epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação* — será desdobrado em subeixos — abordagens teóricas; avanços metodológicos; contribuições da Epidemiologia para as políticas de saúde; diálogo entre a Epidemiologia e as Ciências Sociais e Humanas; e perfil epidemiológico brasileiro. A programação terá duas conferências diárias, dois horários diferenciados para comunicações coordenadas e visitas comentadas aos pôsteres, além de painéis, palestras e debates.

Data 7 a 10 de setembro

Local Centro de Convenções de Vitória, ES

Informações (27) 3345-0921

congresso.epidemiologia@abrasco.org.br
<http://epiabrasco.com.br>

PERIÓDICO

Humanização

A edição de janeiro de *Trabalho, Educação e Saúde* (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz) trata da humanização no campo da atenção em saúde, com base em Goethe, além de trazer textos críticos sobre gestão, supervalorização da técnica, característica do modelo biomédico, e inclusão da arte nos processos educacionais em saúde. A revista publica também reflexões a respeito da formação em nível técnico do agente comunitário de saúde e discute uma especificidade desse profissional — morar na comunidade onde atua. A edição pode ser acessada em www.revista.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=NumeroAtual



LIVROS

História da ciência

Basta aplicar uma injeção? Desafios e contradições da saúde pública nos tempos de JK (1956-1961), de Érico Silva Muniz (Editora Fiocruz), recupera a história da boubá, doença por muito tempo temida e associada ao atraso rural e à pobreza. Vencedor do Prêmio da Sociedade Brasileira de História da Ciência na categoria melhor dissertação de mestrado, o autor combina a descrição e a interpretação dos acontecimentos e personagens que permitem compreender a estreita relação que existia entre os termos “saúde pública” e “modernização” durante as décadas de 1950 e 1960, quando o Brasil buscou seu caminho para o desenvolvimento.

**Segurança alimentar**

Segurança alimentar e nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas, organizado por Cecília Rocha, Luciene Burlandy e Rosana Magalhães (Editora Fiocruz), examina as conexões entre dinâmica alimentar, direitos sociais e padrões de desenvolvimento equitativos. Dividida em três partes, a obra explora tanto o debate sobre o processo de construção do conceito de segurança alimentar e nutricional e suas



interfaces com os campos da economia, nutrição e sociologia, como também a estrutura e os desafios das políticas e iniciativas públicas na área.

Saúde indígena

Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas pluriplas, organizado por Maximiliano Lioila Ponte de Souza (Editora Fiocruz), reúne trabalhos dedicados a descrever e analisar os modos de uso do álcool em diferentes povos indígenas brasileiros, a partir de vários enfoques, disciplinas e orientações. O livro desloca a questão do “alcoolismo” da esfera biomédica e psiquiátrica para a esfera dos “processos de alcoolização” como fenômeno de ordem histórica, política e sociocultural.

**Impactos ambientais**

Hidrelétricas e atuação do Ministério Público na América Latina, organizado por Leonardo Castro Maia, Sílvia Capelli e Felício Pontes Jr., trata dos impactos causados pela instalação de hidrelétricas na América Latina e a maneira como o Ministério Público trabalha para evitá-los ou minimizá-los em vários países da região. A publicação também apresenta propostas para que poder público, empresas e cidadãos possam aprofundar a análise e o tratamento das questões socioambientais ligadas a esses impactos, principalmente na região amazônica do Brasil, Equador e Peru. O texto está disponível na internet (<http://bit.ly/hidreletricasMP>) e é fruto de encontros realizados em Brasília, Belo Horizonte e Quito. São recorrentes as menções aos impactos socioambientais das obras e como a falta de atendimento à legislação ambiental contribuiu e contribui para agravá-los. Entre as irregularidades mais citadas, está a falta de diálogo e transparência por parte do poder público e de empresas responsáveis pela construção das obras.



CONTATOS



Editora Fiocruz

(21) 3882-9039 e 3882-9006

editora@fiocruz.br

www.fiocruz.br/editora



As lutas do mundo

Solidariedade internacional fortalece a resistência contra megaprojetos, defende sociólogo, em artigo de 18/10/2013, que se mantém atual

Boaventura de Sousa Santos*

O meu trabalho profissional leva-me a viajar por vários países. As experiências que colho, não podendo confirmar ou infirmar as hipóteses de trabalho que orientam o meu trabalho científico, dão-me informações preciosas sobre o pulsar do mundo, sujeito a pressões globais, mas de modo nenhum unívoco nas repostas que lhes dá. A pretensa ausência de alternativas para problemas ou conflitos concretos num dado país não passa de um argumento útil a quem está no poder e nele se quer perpetuar.

No passado mês de julho, pude conviver de perto com os camponeses moçambicanos em luta contra a atividade mineira e os projetos agroindustriais que os expulsam das suas terras e os realojam em condições sub-humanas, destroem a agricultura familiar que em grande medida alimenta a população, contaminam as águas dos rios, destroem os seus cemitérios, e frequentemente os submetem a repressão policial violenta. Tudo em nome do progresso e do crescimento económico, mas de fato apenas para permitir lucros escandalosos às empresas multinacionais envolvidas (muitas delas brasileiras) e rendas parasitas às elites político-económicas locais.

Os contatos entre camponeses moçambicanos e brasileiros foram cruciais para fortalecer a sua luta através da solidariedade internacional e alimentar a esperança de que a resistência possa ter êxito.

Há duas semanas [outubro de 2013], no Chile, vivi momentos de emoção frente ao Palácio de La Moneda onde há quarenta anos o Presidente eleito Salvador Allende foi deposto pelo golpe de Pinochet, preparado por uma forte campanha de desestabilização orquestrada por Washington, muito semelhante à que está a ser orquestrada agora contra Venezuela, facilitada por alguns erros de um chavismo que não sabe existir sem Chávez.

Em vésperas de eleições [presidenciais, que deram vitória a Michelle Bachelet, em 15/12/2013], as marcas da ditadura continuam a assombrar as elites políticas e a vida social dos chilenos. A privatização da educação, da saúde e da segurança social (as mesmas políticas que hoje se implantam no nosso país [Portugal]) tiveram consequências devastadoras para o bem estar da grande maioria da população, e a provável vitória de Michelle Bachelet poderá representar o esforço, ainda que limitado, para reverter a situação de desproteção social que avassala o país.

Estará Portugal condenado a repetir a história do Chile, no nosso caso, esvaziando a democracia para depois lhe tentar devolver algum significado? Para simbolizar que as continuidades sempre convivem com rupturas, no dia anterior à minha partida,

mais de 50.000 chilenos e chilenas, na maioria jovens, desfilarão numa arrojada marcha de orgulho gay, como que dizendo que, tal como os estudantes revoltados de 2012 e os povos mapuches em luta contra o saque dos seus recursos naturais, são parte de um novo Chile pós-conservador e pós-neoliberal.

Escrevo esta crónica a partir da Cidade de México. Dias antes, em Guadalajara, tive um encontro com representantes do povo Wixarika em luta contra uma empresa mineira canadense autorizada pelo governo mexicano a extrair minério a céu aberto nos seus territórios sagrados de Wiricuta, São Luís de Potosi. Basta este nome para mostrar a continuidade do saque dos recursos naturais destes povos desde o início da colonização espanhola até hoje.

Tal como em Moçambique, no Chile ou no Brasil, a solidariedade internacional e o envolvimento de órgãos da ONU serão importantes para fortalecer a resistência contra estes megaprojetos feitos sem consulta às populações, com as mais graves violações dos direitos humanos e do meio ambiente. Entretanto, o governo priista [do Partido Revolucionário Institucional] propõe uma reforma educativa com um perfil semelhante à que está a ser feita em Portugal. E, tal como cá, também os sindicatos dos professores do México protestam massivamente contra as reformas. Os sindicatos mexicanos são muito fortes e, apesar de o governo os tentar enfraquecer, adotam formas de luta que incluem ocupação de edifícios públicos e praças, bloqueamento de estradas, ou anulação das portagens [pedágios] nas autoestradas. Estes exemplos mostram que merece a pena continuar a lutar por um mundo mais justo e ecologicamente mais equilibrado. Os que lutam podem ter a certeza de que não estão sozinhos.



Manifestação da Via Campesina contra os transgênicos, em Cancun, México: luta por um mundo mais justo e mais equilibrado

* Sociólogo, professor da Universidade de Coimbra, Portugal. Um dos artigos mais lidos de Carta Maior.

FOTO: IAN MACKENZIE



Toda menina e toda mulher
precisam de proteção.

É importante prevenir o câncer do colo de útero. Por isso, se você tiver entre 25 e 64 anos, faça os exames preventivos. E, se sua filha tiver entre 11 e 13 anos, deve ser vacinada contra o HPV. Fique atenta ao período de vacinação na escola ou vá a uma unidade de saúde.

Vacinação para quem precisa de mais proteção. Um direito seu assegurado pelo SUS.

MELHORAR SUA VIDA, NOSSO COMPROMISSO.



Secretarias Estaduais
e Municipais de Saúde



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA