

Comunicação e Saúde desde 1982 • [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)

Nº 142 - JUL 2014

# RADIS



ENSP



FIOCRUZ

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA  
OS MALES DA DESIGUALDADE



# Sistema estima impactos de desastres naturais na saúde

*Cenário é traçado pelo cruzamento de dados sobre número de afetados, mortalidade e doenças*

Liseane Morosini

## SAIBA MAIS

**Sistema de Eventos Extremos no Brasil**  
[www.climasaude.icict.fiocruz.br](http://www.climasaude.icict.fiocruz.br)

Em junho, fortes chuvas afetaram estados brasileiros, com sérias consequências. No Piauí, 201 municípios entraram em estado de emergência e, no Paraná, cerca de 130. Em Santa Catarina, pelo menos 400 mil pessoas foram atingidas e a Defesa Civil estadual registrou cerca de 20 mil desalojados ou desabrigados. Situações como essas costumam levar os gestores das cidades afetadas a se preocupar com as consequências mais imediatas sobre a saúde da população, tais como a ocorrência de doenças transmitidas por meio da água contaminada, vetores e hospedeiros. Contudo, como mostrou a *Radis* nº 135 (dezembro/2013), os desastres naturais repercutem ao longo do tempo, trazendo problemas em médio e longo prazos, o que requer planejamento não só das instâncias ligadas à saúde.

Para estimar os impactos provocados pelos desastres naturais sobre a saúde da população o Observatório de Clima e Saúde do Instituto de Comunicação e Informação da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz) criou o Sistema de Eventos Extremos no Brasil ([www.climasaude.icict.fiocruz.br](http://www.climasaude.icict.fiocruz.br)), que entrou na rede em maio. O sistema online foi desenvolvido pelo Núcleo de Geoprocessamento do Laboratório de Informações em Saúde (LIS/Fiocruz) e traz estimativas de populações atingidas por diferentes desastres naturais em todo o Brasil. “O sistema aponta as áreas onde ocorreram os danos humanos relacionados a desastres naturais, segundo o tipo de desastres ao longo dos últimos 15 anos”, diz Diego Ricardo Xavier, pesquisador do Observatório.


Para o desenvolvimento do sistema foram reunidas informações de fontes não específicas do setor Saúde. Foram utilizados os dados do Relatório de

Avaliação de Danos (Avadan), elaborado pela Defesa Civil e que contém o número de afetados e mortos nos desastres, entre outras informações. Esses dados são pontuais, referindo-se a ocorrências nas quais é solicitada a participação da Defesa Civil. “Existem mais de 31 mil documentos na base de dados da Defesa Civil, selecionamos os mais importantes com relação a danos humanos, o que resultou em 10 mil relatórios que constam de nossa base”, explica Diego.

Na etapa seguinte, a equipe fez o cruzamento desses dados com informações do Ministério da Saúde, extraídas dos sistemas de informações sobre Mortalidade (SIM), de Agravos de Notificação (Sinan) e Hospitalares (SIH). Foi realizado, ainda, um levantamento do banco de dados EMDAT ([www.emdat.be/database](http://www.emdat.be/database)), com informações de âmbito internacional sobre desastres, e do sistema de análise geoespacial S2ID, da Defesa Civil. De acordo com Diego, os relatórios da Defesa Civil mostram, por exemplo, o total de pessoas afetadas diretamente por uma inundação ou deslizamento. Os sistemas do Ministério da Saúde, por sua vez, fornecem informações sobre notificação e investigação de casos de doenças e agravos. Com o cruzamento desses dados, explica, é possível observar a magnitude dos eventos.

## CONTINUIDADE

Além de informações sobre o total de desalojados, desabrigados, desaparecidos, feridos, enfermos, e mortos, o Sistema de Eventos Extremos traz informações sobre doenças, como leptospirose, hepatite A e dengue, que podem estar associadas a períodos pós-desastre. Futuramente, devem ser inseridos dados de fratura, óbitos e acidente vascular cerebral (AVC), cuja ocorrência vem aumentando depois de desastres, o que pode estar associado ao fato de os eventos atingirem unidades de saúde, tornando o sistema incapaz de manter assistência adequada. Outro ponto relevante, de acordo com o pesquisador, é o aumento de doenças mentais causadas pelo estresse.

A análise dos dados do sistema vai permitir que gestores realizem planejamento específico para cada tipo de desastre com ênfase no impacto à saúde. “A partir do exame da série histórica desses dados, pode ser possível construir cenários que apontem o volume de chuvas capaz de provocar óbitos e casos de doenças. O sistema pode subsidiar o planejamento e a gestão do evento no momento e após sua ocorrência”, aponta Diego. A ideia, ainda, é que pesquisadores utilizem a base de dados para realizar levantamentos locais e cruzem as informações com outras bases internacionais. “Também a população poderá ter acesso a informações oficiais sobre os desastres de forma mais simples e dinâmica”. 

Desastres naturais, como deslizamentos e enchentes, trazem consequências de longo prazo, exigindo planejamento que o novo sistema poderá subsidiar



FOTO: AGENCIA BRASIL

# Saúde com crítica

Vivemos em um mundo desigual. Mas, enquanto alguns atuam para perpetuar a barbárie, há quem lute para reduzir iniquidades ou realizar grandes transformações.

Em todo o planeta, ação e inação de corporações e Estados estão na raiz das iniquidades em saúde. As condições de vida insatisfatórias ou degradantes das populações, especialmente as mais vulneráveis, pobres e marginalizadas, não são obra do destino, mas de decisões políticas, de escolhas do modo de produção e de modelos de desenvolvimento que colocam o mercado e o capital acima da vida humana. Assinado por 18 especialistas de diversos continentes, artigo da revista britânica *Lancet* afirma que as iniquidades em saúde têm origem política e podem ser alteradas por escolhas políticas, decisões em fóruns internacionais que interferem em setores como segurança, mercado financeiro, comércio, ambiente, trabalho. Os autores pregam mudanças na governança mundial.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho, discriminação por raça/etnia reduz oportunidades e a taxa de desocupação (trabalho e estudo) é maior entre negros. Qualidade e as condições de vida estão sujeitas à discriminação de raça/cor, assim como o acolhimento e o tratamento nos serviços de saúde. Nossa matéria de capa aborda mais uma vez a questão da saúde da população negra no Brasil, diante das críticas de que as políticas pactuadas não são integralmente implementadas no SUS.

Ao longo da história da humanidade, o trabalho escravo e a exploração infantil são duas das mais degradantes condições impostas pela mão do próprio homem. Na

seção Súmula dois exemplos da contribuição do empresariado brasileiro, na contra-mão das atuais políticas públicas. Ainda há trabalho infantil no país, com oito em cada dez crianças em atividades de risco como atendentes de lanchonete, embaladores, repositores de mercadorias, auxiliares de escritório, vendedores de comércio varejista e trabalhadores agropecuários. No Congresso Nacional, os ruralistas tentam vergonhosamente atenuar o conceito de trabalho análogo ao de escravo em lei que vai regulamentar Emenda Constitucional aprovada no Senado, que prevê a desapropriação de propriedade onde exista trabalho nessas condições.

Reportagem sobre mestrado organizado por duas escolas que levam o nome de Sergio Arouca e Florestan Fernandes revela que temas relevantes serão pesquisados por 28 trabalhadores do campo e do SUS e integrantes de movimentos sociais: resíduos de agrotóxicos em merenda escolar no Mato Grosso, impactos da monocultura de eucalipto no Sul da Bahia, papel da escola em um assentamento de Rondônia, impactos na saúde de famílias atingidas pela construção de usina hidrelétrica em Tocantins, saúde das catadoras de caranguejos na Amazônia, tecnologias de convivência com o Semiárido nordestino e a preparação dos profissionais de saúde da família para lidar com a saúde do trabalhador na área rural e com tema dos agrotóxicos nas cidades, entre outros.

As matérias desta edição apontam para uma síntese que está na essência do jornalismo do Programa Radis: não há saúde possível sem o livre exercício da crítica

**Rogério Lannes Rocha**

*Editor-chefe e coordenador do Programa Radis*

## Expressões e Experiências

- Sistema estima impactos de desastres naturais na saúde 2

## Editorial

- Saúde com crítica 3

## Cartum

- 3

## Voz do leitor

- 4

## Súmula

- 5

## Radis Adverte

- 8

## Toques da Redação

- 9

## Capa / Saúde da população negra

- Discriminação, ainda uma realidade 10
- Entrevista – Jurema Werneck: 'Internalização do racismo afeta a saúde' 14
- No trabalho, oportunidades desiguais 16

## Livro

- A história da Fiocruz contada pelo seu acervo 18

## Pós-graduação

- Troca de saberes 20

## Sistema Único de Saúde

- Navegando e refletindo sobre o SUS 24

## Comissão The Lancet – Universidade de Oslo

- Raízes das iniquidades em saúde 26
- Investigando as possibilidades de mudança 31
- Cris/Fiocruz, novo centro colaborador da OMS 33

## Serviço

- 34

## Pós-Tudo

- Para calcular o futuro 35

## CARTUM



Foto da capa Dietmar Temps / Getty Images

RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN



Referência

**L**er a *Radis* aflora a criatividade. Acompanho as edições que trazem discussões sobre saúde mental, fenômeno das drogas e temas transversais, e penso em ideias para desenvolver em grupos terapêuticos no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas. O último tema foi Negociação do uso da camisinha. Sempre busco as referências citadas nos textos, que são bem interessantes.

- Jaqueline da Silva Santos, estudante de Enfermagem Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA

Enfermeiros

**G**ostaria de parabenizar, a *Radis* pelo excelente trabalho realizado, matérias muito importantes. Quero informar que me senti muito ofendido com a reportagem exibida na TV Globo Nordeste, que desprezita os enfermeiros (*Radis* 140). Penso que a jornalista é totalmente desinformada com relação ao SUS. Muito indignado!

- Leone Mendes Dias, enfermeiro, Juiz de Fora, MG

ACs

**P**arabéns pela revista, conteúdos maravilhosos. Sugiro uma edição sobre os agentes comunitários de saúde. Afinal, já temos 22 anos de ACs. Mesmo com as Unidades de Saúde da Família (USF), os ACs continuam sendo alicerce dos PSFs e PACs. Muito obrigada!

- Marcia Jovelina Jesus, assistente social, Ipiá, BA

**R:** Cara Marcia Jovelina, sua sugestão foi anotada. Obrigada e um abraço!

Cartas bem-vindas

**L**ei todas as edições da revista *Radis* e faço doação aos estudantes, mas estou chateado com a revista por não divulgar

os emails e cartas que tenho enviado para a página *Voz do Leitor*. Tenho enviado sobre TFD [Tratamento Fora de Domicílio], mineração e meio ambiente. Gostaria de saber o motivo de não estarem sendo publicados, uma vez que faço tanta divulgação da *Radis* em redes sociais e rádios.

- Claudio Dias Santiago, Maracás, BA

**R:** Caro Claudio, verificamos, fazendo uma busca no site do Programa *Radis*, que publicamos três cartas suas, em 2005, 2006 e 2011. As que você menciona, no entanto, não conseguimos localizar. Adiantamos de qualquer maneira que, embora procuremos publicar o maior número possível de cartas dos nossos leitores, nem sempre conseguimos contemplar todas elas. Queremos que continue em contato com a *Radis*! Os temas que você sugere, por sinal, são bem-vindos e já estão anotados. Um abraço!

Acessibilidade

**G**ostaria de sugerir um número que abordasse o acesso do deficiente intelectual que necessita de apoio pervasivo [constante, intenso, disponibilizado em todos os ambientes, durante toda a vida] aos serviços de saúde, em especial, ao serviço de saúde bucal.

- Patrícia Ribeiro Mattar Damiane, enfermeira, Bauru, SP

**R:** Cara Patrícia, sua sugestão foi anotada. Por ora, sugerimos a leitura de reportagens sobre a temática da inclusão, nas edições 130 e 138. Um abraço!

Idosos

**T**enho duas perguntas: 1) por acaso vocês já publicaram recentemente matéria sobre maus tratos em idosos? 2) já pensaram em publicar uma edição apontando o Samu militarizado... e que este só ocorre no Brasil, e que o bombeiro não recebe por mais esta atribuição? Grato.

- Thiago Pessoa, São João de Meriti, RJ

**R:** Caro Thiago, não publicamos reportagens sobre esses temas e anotamos suas sugestões. Um abraço!

Suicídio

**S**ugiro uma reportagem sobre o número de suicídios no Brasil. Gostaria de saber se é muito elevado, qual a classe social que mais se suicida e se existe estudo sobre esse assunto.

- Simone Santos Lima, professora, São Pedro da Aldeia, RJ

**R:** Cara Simone, sua sugestão foi anotada. Por ora, sugerimos que faça uma busca no site do Programa *Radis* ([www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)) para acessar o que já produzimos sobre o tema. Obrigada e um abraço!

Educação

**A**chei um absurdo duas metas elaboradas pelo PNE, que enfatizam a Educação Superior e o Financiamento da Educação. Apenas ampliar a taxa bruta da matrícula e chegar ao patamar vergonhoso de 7% do PIB não vai melhorar diretamente a Educação. A realidade da educação em pleno século 21 no ensino superior é o aumento real de alunos matriculados nas instituições públicas e privadas, mas por outro lado o nível de conhecimento dos alunos está cada vez pior, ou seja, os estudantes estão encarando a vivência acadêmica com grande dificuldade. Eis a questão: será que temos em nosso país uma educação de qualidade ou vivemos em um país negligenciador no sistema educacional?

- Ítalo Santos do Nascimento, estudante de Farmácia, Jequié-BA

**NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA**

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou facebook) 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** e **Felipe Plauska**

Documentação **Jorge Ricardo Pereira** e **Sandra Benigno**  
Administração **Fábio Lucas**, **Natalia Calzavara** e **Oswaldo José Filho** (Informática)  
Estágio supervisionado **Edison Gomes** (Administração)

Assinatura **grátis** (sujeita a ampliação de cadastro) **Periodicidade mensal** | Tiragem **80.500** exemplares | Impressão **Ediouro**

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

 [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)  
 [/RadisComunicacaoeSaude](https://www.facebook.com/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](http://www.fiocruz.br/ouvidoria)







# Plano Nacional de Educação é finalmente aprovado

Após muitos embates (*Radis* 140), grande mobilização da sociedade civil e empenho de parlamentares da Comissão de Educação, foi aprovado no plenário da Câmara (3/6) e sancionado sem vetos pela presidenta Dilma Rousseff (25/6), o Plano Nacional de Educação (PNE) para o decênio 2014-2024. O plano, que deveria estar vigorando desde 2011, uma vez que o anterior expirou em 2010, foi aprovado por unanimidade no Congresso (foto) e destina à Educação 10% do PIB, até o último ano de vigência — o maior valor já registrado na história do país.

Até chegar ao consenso, no entanto, a luta foi grande. Um dos pontos polêmicos foi o ganho pela sociedade civil: o governo aceitou manter no texto a previsão de que a União complemente com recursos financeiros os orçamentos dos estados, Distrito Federal e municípios que não conseguirem atingir o valor do Custo Aluno Qualidade Inicial (CAQi), definido desde a 1ª Conferência Nacional de Educação (Conae), em 2010 (*Radis* 94). Para as entidades da sociedade civil que compõem o comitê diretivo da Campanha Nacional pelo Direito à Educação, nenhuma conquista foi mais importante do que essa. “Essa medida faz jus

às determinações da Constituição Federal que nunca foram atendidas”, registraram em texto assinado por 11 entidades.

No entanto, a ansiada supressão no texto do dispositivo que permite contabilizar nos gastos públicos recursos para programas como o Financiamento Estudantil (Fies), Pronatec, de acesso ao ensino técnico e ao emprego, e Universidade para Todos (ProUni), não foi conseguida. Isso pode propiciar que o setor privado educacional, envolvido nesses programas, abocanhe de 1,5% a 2% do PIB.

A votação do plano foi viabilizada também por uma estratégia considerada vitoriosa e inédita, de um requerimento, aprovado por unanimidade na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania da Câmara, para sobrepor os planos decenais ao trancamento de pauta causado pelas medidas provisórias, que estava retardando a apreciação do texto do PNE.

“O texto que seguiu para a sanção presidencial foi bem melhor do que a versão encaminhada pelo Poder Executivo ao Parlamento. Essencialmente, essas melhorias são mérito da capacidade de proposição da sociedade civil e da sensibilidade dos parlamentares em incorporar,

defender e colaborar com o aperfeiçoamento das propostas”, analisou o coordenador da Campanha Nacional pelo Direito à Educação, Daniel Cara.

O PNE terá etapas ao longo dos próximos dez anos, com metas objetivas e tangíveis (veja na edição 140 da *Radis*). De acordo com as entidades da sociedade civil que lutaram pela aprovação do plano, é o controle social o meio mais eficaz para garantir o cumprimento do PNE “e a consagração do direito à educação pública de qualidade”.



FOTO: CÂMARA DOS DEPUTADOS

## Matrículas diminuem na rede estadual e aumentam na rede privada

Pesquisa da Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense (UFF) concluiu que as redes estaduais de ensino do país estão cada vez menores, enquanto as privadas avançam, informou reportagem (8/5) do site da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (ESPJV/Fiocruz). Foram avaliadas a evolução das matrículas no ensino fundamental, de 1997 a 2012, e na educação básica, de 2006 a 2012, com base nos censos do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep).

“De um modo geral, as matrículas públicas caíram. As estaduais caíram praticamente 19,2%, as municipais, 8,7%. Já as matrículas privadas cresceram 13,3%”, afirmou o pesquisador Nicholas Davies, à frente do estudo. “Mas o que é importante observar é que o crescimento das matrículas da rede particular não absorveu a queda das demais”, explicou. As matrículas estaduais no ensino básico diminuíram mais de 4,4 milhões e as municipais, 2 milhões. Já as privadas aumentaram 976 mil.

Os estados que tinham proporcionalmente o menor número de matrículas na rede estadual eram o Maranhão, com 20,4%, Ceará, com 21,2%, Alagoas, com 24,3% e Rio de Janeiro, com 25,9%. A



participação dos municípios ficava com 70% no Maranhão, 60,2% no Ceará, 61,4% em Alagoas, e 55,5% no Rio de Janeiro. A participação da iniciativa privada vem crescendo nesses estados, atingindo 9,7% no Maranhão, no mesmo ano, chegando a 14,3% em Alagoas e a 18,6% no Ceará. Ganha destaque no estudo a situação do Rio de Janeiro, onde o ensino privado já tem 27,9% das matrículas, mais do que a rede estadual.

Em relação ao ensino fundamental (até o 9º ano), os números ficam mais alarmantes. No Ceará e na Bahia, por exemplo, as redes estaduais diminuíram sua participação em 86,3% e 76,4%, respectivamente. Os alunos, no entanto não foram absorvidos por nenhum outro sistema, o que indica que estão fora da escola. Nos mesmos estados, a participação da iniciativa privada chega a ser quase igual à da estadual. Já no Rio de Janeiro

e Ceará, o número de matrículas da rede privada ultrapassou o da rede estadual. “Isso demonstra o aumento da omissão dos governos estaduais”.

Para Nicholas, chama a atenção, ainda, o fato de a diminuição do número de matrículas ter ocorrido após a instituição, em 1997, do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef) — que, em 2007, passou a se chamar Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb). No Fundeb, parte da receita estadual e municipal é condicionada ao número de matrículas. “Os governos querem se livrar da responsabilidade em relação ao ensino fundamental e, além disso, enfraquecer os sindicatos estaduais de professores que, de modo geral, são mais fortes nas esferas estaduais”, arrisca.

Para o professor, a queda do número de matrículas nas redes públicas se explica também “pela conviência de alguns governos com a privatização do ensino”, com fechamento de escolas ou vagas ou política de deterioração da qualidade das escolas públicas, com medidas como a de desvalorização salarial dos professores.

## Formol 'disfarçado' ainda usado em cosméticos



**P**esquisa da Faculdade de Farmácia e do Instituto de Pesquisas de Produtos Naturais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) indica que novos produtos aparentemente inofensivos usados como alisadores capilares liberam formol em estado gasoso e continuam trazendo risco à saúde, informou reportagem da revista *Rede Câncer* (25/5). Foram realizados testes com marcas que prometem milagres para os cabelos, sem a utilização de formol — produto proibido desde 1989 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por causar sérios danos tanto ao usuário quanto ao profissional que o aplica. A pesquisa identificou, no entanto, que alguns fabricantes acrescentam substâncias que, quando recebem o calor da prancha para alisar ou do secador, liberam o formaldeído, que é o formol na forma gasosa. De acordo com a professora Nancy dos Santos, que coordenou o estudo, a substância é a mesma, apenas o estado físico altera a nomenclatura.

O formol aparece disfarçado sob o

selo de *escova sem botox*, também chamado de *reductor de volumes*, *domador de cachos*, *alinhamento de fios* e *máscara hidratante*, entre outros. A publicidade garante que a formulação é tão inofensiva que pode ser aplicada até em mulheres grávidas e crianças, sem risco, quando, pode provocar problemas imediatos, como coceira, irritação nos olhos, queimadura, inchaço, descamação e queda de cabelo. Exposições sucessivas podem causar ainda boca amarga, dor de barriga, enjoo, vômito, desmaio e feridas na boca, narinas e olhos.

Há ainda estudos segundo os quais a substância é cancerígena, estando associada a leucemias e, principalmente, ao câncer de nasofaringe. Na reportagem da *Rede Câncer*, a epidemiologista Ubirani Otero, chefe da Unidade Técnica de Exposição Ocupacional, Ambiental e Câncer do Inca, explica que não existem níveis seguros de exposição ao formol e que a melhor forma de prevenção é evitar o contato.

No Brasil, a substância mais utilizada nas fórmulas desses tratamentos capilares é o ácido glioilico. Se o consumidor ou o salão de beleza encontrarem produto contendo a substância com finalidade de alisamento deve denunciar à vigilância sanitária. Os produtos liberados pela Anvisa com o propósito de alisar os cabelos são: ácido tioglicólico, hidróxido de sódio, hidróxido de potássio, hidróxido de cálcio, hidróxido de lítio e hidróxido de guanidina.

## Brasil na frente em consumo de álcool

**D**ados divulgados (12/5) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que o abuso no consumo de álcool no Brasil supera a média mundial e apresenta taxas superiores à de dezenas de países, informou *O Estado de S. Paulo* (12/5). O brasileiro com 15 anos ou mais bebe 8,7 litros por ano, contra 6,2 litros na média dos 194 países estudados. O índice está também acima da média do continente: 8,4 litros.

O documento informa, ainda, que 3,3 milhões de mortes no mundo em 2012 foram causadas pelo uso excessivo do álcool, 5,9% de todas as mortes registradas. A bebida pode não só gerar dependência, como levar ao desenvolvimento de outras 200 doenças.

O volume registrado no país caiu entre 2003 e 2010 — há dez anos, a taxa era de 9,8 litros por pessoa —, mas as projeções até 2025 mostram que o consumo voltará a aumentar, ultrapassando a marca de 10,1 litros por ano por pessoa. Em 1985, o consumo não chegava a 4 litros.

A diferença entre o consumo masculino e o feminino é grande: entre os homens, a taxa chega a mais de 13 litros por ano, e, entre as mulheres, a 4 litros. A bebida mais consumida é a cerveja (60%); apenas 4% do consumo é de vinho. Num ranking de números de anos perdidos de vida saudável por causa do álcool, o Brasil está entre os líderes, informou, ainda, a OMS.

A Europa é o continente onde os índices de consumo por pessoa são os mais elevados, com diversos países apresentando taxas acima de 10 litros por ano.

Reportagem de capa da edição nº 132 da *Radis* mostrou que a avaliação da OMS é de que o uso do álcool continua recebendo pouca atenção em termos de políticas públicas, incluindo as políticas de saúde, apesar de ser o terceiro maior fator de risco para doenças e invalidez do mundo — em países em desenvolvimento, é o maior risco.



## Discriminar soropositivos é crime

**A** presidenta Dilma Rousseff sancionou (3/6) projeto que pune com prisão de até quatro anos quem discriminar pessoas com o vírus HIV, o que passa a ser configurado como crime, informou *O Globo* (3/6). A lei cita escolas, que não poderão se recusar a aceitar soropositivos, e empresas, que ficam passíveis de punição caso se neguem a contratar ou demitam em função da doença. O projeto tramitava no Congresso desde 2003 e prevê ainda a aplicação de multas a serem definidas após regulamentação. De acordo com o coordenador do Grupo Pela Vidda RJ, Márcio Villard, são muitos os casos de discriminação no trabalho e de demissões.

“O número de ações hoje é menor do que o da década de 90 porque, atualmente, as empresas que discriminam um funcionário são punidas”, disse Villard. “Mas muitas companhias conseguem burlar a lei e demitir o portador do vírus com alguma outra justificativa. Por isso a lei é importante”, considerou.

A coordenadora de projetos da Fundação Viva Cazuza, Cristina Moreira, lembra que um caso ocorrido há dez anos, no qual uma criança soropositiva teve sua matrícula rejeitada em uma escola do Rio de Janeiro, levou à criação de uma lei estadual que pune a discriminação.

Soropositiva há 19 anos, a ativista Mara Moreira, que coordena o núcleo de mulheres do Pela Vidda, contou ao *Globo* que não sofreu discriminação no trabalho, mas viu o marido ser demitido duas vezes por viver com uma mulher com o vírus da aids. Nas duas ocasiões, contou, ele foi dispensado depois que ela apareceu na TV falando abertamente sobre sua vida como pessoa com HIV.

Para Marinalva Santana, líder do Grupo Matizes de Direitos Humanos, do Piauí, a sanção da Lei Federal representa avanço na luta contra a discriminação das minorias. “É uma vitória dos Direitos Humanos contra o preconceito”, disse ao jornal *O Dia*, de Teresina.

# Aprovada PEC do trabalho escravo, mas luta continua

O Senado aprovou (27/5) a proposta de emenda à Constituição (PEC) do Trabalho Escravo. O texto, que permite a expropriação de terras onde haja exploração desse tipo de trabalho, já havia passado pela Câmara e foi aprovado em dois turnos pelos senadores, informou *O Globo* (27/5). Em 5/6, a emenda foi promulgada pelo Congresso. Para aprovação da PEC, no entanto, houve embate entre ruralistas e defensores dos direitos humanos, e a votação só foi possível depois que os senadores alteraram o texto, condicionando a aplicação da lei a uma regulamentação voltada a definir o que é trabalho escravo — discussão travada no Congresso há cerca de 20 anos.

Em artigo publicado no *Jornal do Commercio* (4/6), o presidente da Comissão Nacional de Direitos Humanos da OAB e ex-presidente da OAB-RJ, Wadih Damous, apontou que a bancada ruralista tenta “restringir ao mínimo os casos em que o trabalho escravo é caracterizado”, e conta com apoio do autor da proposta de regulamentação (PLS Nº 432/2013), senador Romero Jucá (PMDB-RR), também relator da PEC.

De acordo com o texto, apenas descumprir a legislação trabalhista não caracteriza mão de obra escrava. Os parlamentares contrários a esse encaaminhamento alegam que a vinculação



FOTO: VERENA GLASS / REPÓRTER BRASIL

da PEC ao projeto de regulamentação “anula” os efeitos da proposta aprovada.

A PEC altera a Constituição Federal, ao determinar que propriedades rurais e urbanas de qualquer região do país onde houver exploração de trabalho escravo serão destinadas à reforma agrária e a programas de habitação popular. Os proprietários dessas terras não receberão indenização e estarão sujeitos às sanções já previstas pelo Código Penal (o código prevê o crime de “reduzir alguém a

condição análoga à de escravo”, definindo pena de oito anos de prisão e multa).

A regulamentação está sob análise na Comissão Mista de Consolidação das Leis e Regulamentação Constitucional do Senado, e recebeu 55 emendas, das quais 29 foram acatadas pelo relator, informou (3/6) a Agência Senado.

Segundo a legislação, caracterizam trabalho escravo condições degradantes, jornada exaustiva e manutenção da pessoa no trabalho por meio de fraudes, isolamento geográfico, retenção de documentos, ameaças físicas e psicológicas, espantamentos e dívidas reais ou supostas.

A senadora Kátia Abreu (PMDB-TO), presidente da Confederação da Agricultura e Pecuária (CNA), defendeu que a caracterização de trabalho escravo se resume ao trabalho forçado e à servidão por dívida, “ignorando os outros elementos ligados à dignidade do trabalhador”, como escreveu Damous.

A votação do relatório no Senado, marcada para 10/6, foi adiada, informou o Repórter Brasil (16/6). “Como se vê, a luta para extirpar a praga do trabalho escravo deu importante passo, mas ainda não está ganha”, alertou. “É preciso transformar a PEC aprovada num efetivo instrumento para alçar as relações de trabalho no país ao século 21”, conclamou.

## Trabalho infantil: oito em cada dez crianças em ocupação insalubre

Dados da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), em fase de conclusão na Câmara dos Deputados, indicam que a cada dia mais de cinco crianças ou adolescentes são vítimas de acidente de trabalho e, a cada mês, pelo menos, uma delas morre trabalhando no país, informou o jornal *O Globo* (19/6), em uma das reportagens da série *Vidas em risco*. De acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), entre janeiro de 2011 e setembro de 2013, foram encontradas 12.813 crianças e adolescentes ocupados em todo o país, sendo 10.568 em atividades de risco — 8 em cada dez crianças trabalhando estavam em ocupação perigosa ou em local insalubre.

A maior parte desses trabalhadores tinha de 10 a 15 anos, embora o trabalho seja proibido a quem tem até 14 anos e permitido apenas na categoria de aprendiz, com horário reduzido e frequência escolar obrigatória, entre os 14 e os 16. Levantamento do Ministério da Saúde, realizado com base em notificações das unidades de referência de saúde, registrou 13.370 acidentes, de outubro de 2007 a

outubro de 2013, com trabalhadores de até 17 anos. São mortes que poderiam ser prevenidas e não podem ser banalizadas como se fossem “da vida normal”, analisou o coordenador geral da Saúde do Trabalhador do ministério, Jorge Machado.

A naturalização da atividade, no entanto, foi considerada flagrante pela secretária-executiva do Fórum Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil, Isa de Oliveira. Segundo ela, os trabalhadores foram encontrados em todas as regiões do país, inclusive as mais prósperas. “O trabalho infantil compromete a saúde e a escolaridade, expõe a criança a riscos. A formação dela tem que ocorrer na escola e na família”, disse.

O aumento de registros seria apenas “a ponta do iceberg”, como considerou o sanitarista Francisco Pedra, da Fiocruz, explicando que muitas mortes não chegam a público ou são registradas sem relação com atividades laborais. Queda, traumatismo e ferimento de mãos são as ocorrências mais comuns, afetando em especial atendentes de lanchonete, embaladores, repositores de mercadorias, trabalhadores

agropecuários, auxiliares de escritório e vendedores de comércio varejista.

Relatora da CPI, a deputada Luciana Santos (PCdoB-PE) pretende recomendar a criação de um cadastro de empresas em moldes similares à lista suja do trabalho escravo que impede que empresas flagradas com trabalhadores nessa situação tenham acesso a crédito público e participem de licitações.

Dados da Pnad do IBGE (*Radis* 134) indicaram que 3,5 milhões de crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos de idade continuam sujeitas ao trabalho infantil, mas o número representa queda de 5,41% em relação a 2011, ou 156 mil crianças a menos nestas condições. A maior redução dos índices de trabalho infantil ocorreu na faixa das crianças entre 10 e 13 anos, com 142 mil deixando de trabalhar (redução de 23%).

O Ministério de Desenvolvimento Social informou que, em 2013, 850 mil crianças e adolescentes foram atendidos pelo Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), com investimento de R\$ 193,1 milhões, entre janeiro e setembro.



# Mortalidade infantil reduzida, morte materna, ainda não

O 5º Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), divulgado em 23/5, apontou que o Brasil atingiu a meta de reduzir em dois terços os indicadores de mortalidade de crianças de até 5 anos antes do prazo estipulado, 2015, informou o *Estado de S. Paulo*. O índice, que era de 53,7 mortes por mil nascidos vivos em 1990, passou para 17,7 em 2011. Além dessa, outra meta foi atingida com antecedência, a de reduzir a fome e a miséria. De acordo com a ONU, a extrema pobreza tinha de ser reduzida pela metade até 2015 em relação aos níveis de 1990. O Brasil estabeleceu a redução a um quarto, o que foi cumprido em 2012, informou a Agência Brasil (23/5).

Os dados do relatório mostram que, em relação à redução da mortalidade infantil, a queda mais intensa dos óbitos ocorreu na faixa de 1 a 4 anos. O avanço é atribuído

ao incentivo ao aleitamento materno e ao acompanhamento pelos programas Saúde da Família e Saúde Indígena. O texto aponta, no entanto, que o nível de mortalidade ainda é elevado e que, “por essa razão, muita ênfase tem sido dada às políticas, aos programas e às ações que contribuem para a redução da mortalidade na infância”.

Sobre a redução da extrema pobreza, o nível atingiu 3,6%, dez pontos percentuais a menos do que em 1990 — quando 13,4% da população viviam com menos de R\$ 70 por mês, considerado o limite de extrema pobreza para a ONU. “De acordo com parâmetros do Banco Mundial, quando a taxa de extrema pobreza está abaixo dos 3%, considera-se que está superada”, informou o ministro da Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) da Presidência da República, Marcelo Neri. “Nós, de fato, reduzimos a desigualdade, não reduzimos tirando de ninguém, mas

aumentando o crescimento da renda dos mais pobres. É uma onda que vai empurrando de baixo para cima todo mundo e a onda é mais forte naqueles que queremos pegar primeiro, que são os eternamente excluídos deste país”, disse a presidenta Dilma Rousseff, durante a entrega do relatório. A redução de morte materna, no entanto, não teve o mesmo sucesso. O Brasil — assim como o restante dos países — dificilmente vai cumprir o compromisso de chegar em 2015 com 35 óbitos maternos a cada 100 mil nascimentos. Seria necessário reduzir pela metade os indicadores de 2011, de 63,9 mortes de mulheres durante gravidez, parto ou até 42 dias após o nascimento do bebê, a cada 100 mil nascidos vivos. Ainda assim, diz o texto, os níveis brasileiros são melhores do que os dos países em desenvolvimento em geral e os da América Latina — de 240 e 72 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, respectivamente.

## Líder do Projeto Genoma e Fiocruz: carta de cooperação

O geneticista e diretor dos Institutos Nacionais de Saúde (NIH, sigla em inglês) dos Estados Unidos, Francis Collins, e o presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha, assinaram (23/5) carta de cooperação entre as duas instituições. Com validade de cinco anos, o acordo deverá dar suporte ao treinamento de pesquisadores, transferência de tecnologia e intercâmbio de profissionais, entre outras formas de cooperação, em áreas como doenças infectocontagiosas, enfermidades não transmissíveis, doenças parasitárias, doenças do sistema nervoso e estudo sobre o cérebro humano.

Segundo Collins, ex-diretor do projeto Internacional do Genoma Humano, a Fiocruz e o NIH têm missões similares, pois atuam com ciência básica e aplicada para promover avanços à vida humana. “A ciência não conhece países, porque o conhecimento pertence à humanidade”, disse ele, citando Louis Pasteur, e afirmando que a Fiocruz é um dos motivos que justificam a força desta colaboração.

Paulo Gadelha, presidente da Fiocruz, destacou que as duas instituições “vão trabalhar e pensar para romper as amarras da




FOTO: PETER ILICIEV / FIOCROZ

ciência no campo bilateral”. Segundo ele, a intenção de transferir tecnologia vai proporcionar retornos mais rápidos. “A questão da propriedade intelectual e do acesso livre ao conhecimento também foi trazida como tema de reflexão conjunta”, disse à *Radis*.

Collins lembrou que o acesso aberto trouxe resultados importantes ao Projeto Internacional do Genoma Humano, que culminou em abril de 2003 com

a realização da versão final do livro de instrução do DNA humano. “As pessoas pensavam que era contraproducente, mas é algo bom. Ao contrário de diminuir, ele expande a rede”, afirmou.

O pesquisador também é responsável pela criação do Centro Nacional para o Avanço de Ciências Translacionais, que visa transformar o processo dessas ciências em novos tratamentos e curas de doenças que possam chegar aos pacientes de maneira mais rápida.

Collins é ligado à Pesquisa do Cérebro Através de Inovações Neurotecnológicas Avançadas (Iniciativa Brain, em livre tradução), que tem como objetivo revolucionar o entendimento do cérebro humano. Em 2014, o centro vai receber aporte de US\$ 40 milhões para pesquisar as causas de problemas neurológicos e psiquiátricos como doença de Alzheimer, Parkinson, autismo, epilepsia, esquizofrenia, depressão e estresse pós-traumático, entre outros. 

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

### Radis Adverte

**SAÚDE é PRECONDIÇÃO, RESULTADO e INDICADOR de uma SOCIEDADE SUSTENTÁVEL e deve ser adotada como VALOR UNIVERSAL**  
(Comissão The Lancet – Universidade de Oslo)





## Racismo e preconceito religioso

Atenção e mobilização são sempre necessárias quando o poder público demonstra não reconhecer plenamente os valores culturais da população. Depois de ter sustentado que, para ser considerada religião, uma doutrina tem que seguir um livro-base, como o Corão ou a Bíblia, ter estrutura hierárquica e “um Deus a ser venerado” – o que exclui as crenças de matrizes africanas –, o juiz da 17ª Vara de Fazenda Federal do Rio de Janeiro, Eugênio Rosa de Araújo, voltou atrás (20/5). Justificou a decisão pelo “forte apelo dado pela mídia

e pela sociedade civil”, como escreveu na nota em que admitiu o erro. A sentença inicial do juiz referia-se ao julgamento de uma ação movida pelo Ministério Público Federal, que pedia concessão de liminar para retirada do Youtube de 15 vídeos ofensivos à umbanda e ao candomblé, postados pela Igreja Universal. Eugênio Rosa, no entanto, parou na admissão do erro: não deferiu a liminar autorizando a suspensão dos vídeos. Alegou liberdade de expressão. Liberdade utilizada em nome da segregação e do preconceito.

## Atrasado para quem?

A marca de roupas Ellus lançou camiseta com os dizeres *Abaixo este Brasil atrasado*, vestida por celebridades à guisa de participação na cena política. A empresa justificou-se: “Dificuldade para tudo! As coisas não fluem! Tudo é tão difícil! Tudo isso gerando esse custo. Brasil = ineficiência, improdutividade”, diz trecho do texto que a marca fez circular pela internet para justificar a iniciativa.

“Por que eles estão frustrados? Seriam eles tão altruístas quanto os ativistas que protestam com um objetivo, seja qual for esse objetivo? Ou os brasileiros ricos expressam suas críticas por puro tédio?”, indagou de Londres, onde vive, o jornalista Maurício Savarese, em longo texto publicado inicialmente em inglês em seu blog *A Brazilian Operating in this Area* (um brasileiro trabalhando neste espaço).

“A maioria dos frequentadores da Ellus são pessoas que não usam o sistema público de saúde. Eles não estudam em escolas públicas. E eles raramente põem os pés em transporte público nas principais

cidades do Brasil (embora tenham prazer em fazê-lo no exterior)”, observou, ainda, o jornalista, expressando a indignação de muitos outros brasileiros, que replicaram seu texto nas redes sociais.

A Ellus só não listou entre os problemas causadores de tão repudiado atraso que a empresa vem sendo questionada na Justiça por suspeita de uso de mão de obra escrava, como bem lembrou o também jornalista Marcelo Rubens Paiva em coluna no Estadão (26/5). A denúncia foi feita em 2012 e o processo corre na 2ª Região do Ministério do Trabalho.



REPRODUÇÃO

## Presídios, um bom negócio

Reportagem da agência Pública, de 27/5, chamou atenção para a inauguração, em janeiro de 2013, da primeira penitenciária privada do país, localizada em Ribeirão das Neves, região metropolitana de Belo Horizonte (MG). O slogan do complexo penitenciário, informa a reportagem, é “menor custo e maior eficiência”, questionado por especialistas, como Robson Sávio, coordenador do Núcleo de Estudos Sociopolíticos (Nesp) da PUC-Minas. Para ele, essa eficiência tende a se expressar no aumento das prisões e não no sucesso na ressocialização dos presos.

Também para Bruno Shimizu e Patrick Lemos Cacicado, coordenadores do Núcleo de Situação Carcerária da Defensoria Pública de São Paulo, o modelo merece críticas. Bruno considera que “do

ponto de vista da Constituição Federal, a privatização das penitenciárias é uma excrescência”, explicando que o poder punitivo do Estado não é delegável.

Patrick aponta como maior perigo do modelo o encarceramento em massa, em um país que já é o quarto com maior população carcerária do mundo. Nos Estados Unidos, que adota o modelo privado desde 1980 e reúne metade das 200 dessas instituições existentes no mundo, encarcerar tornou-se negócio bilionário, informou na reportagem. Agora, a semente foi lançada no Brasil: nos documentos disponíveis sobre a parceria, é levado em conta o “retorno ao investidor”. Íntegra da reportagem: <http://apublica.org/2014/05/quanto-mais-presos-maior-o-lucro>

## Sem destaque

A notícia de que o Brasil foi campeão mundial em redução no desmatamento e emissão de gases (ver pág. 8), publicada na edição de 6/6 de *O Globo*, não foi considerada pelo jornal importante o suficiente para se destacar na primeira página. O feito brasileiro mereceu no máximo menção no canto esquerdo, *Brasil é campeão mundial de redução*, remetendo à página 32, que... nada mostrou. A página, que abria a seção *Sociedade*, hoje abrigando as matérias de meio ambiente, destacava reportagem sobre a descoberta de um ninho de pterossauros e a origem da Lua. A redução do desmatamento ficou escondida na parte inferior da página 34.



REPRODUÇÃO

## Democracia Fiocruz

O documentário *Democracia Fiocruz*, lançado em maio, compartilha com o público o processo de eleição de dirigentes da Fundação Oswaldo Cruz, em quase 30 anos de democratização da instituição. Produzido pela VideoSaúde Distribuidora ([www.icict.fiocruz.br](http://www.icict.fiocruz.br)) e dirigido pelo pesquisador Eduardo Thielen, reúne entrevistas dos ex-presidentes após a gestão do sanitarista Sergio Arouca, dos candidatos à presidência em 2013, Paulo Gadelha e Tânia Araújo-Jorge, trabalhadores, estudantes e usuários, além de imagens históricas. O documentário guarda momentos de tensão e de emoção, e conta parte da história da Fiocruz, que se mistura com o processo de redemocratização do Brasil.

## O ministro e o Radis

O ministro da Saúde, Arthur Chioro, esteve na Fiocruz em maio e, ao ser procurado pela *Radis* para agendar entrevista, revelou à equipe da revista que é fã do Programa Radis: “Coleciono as publicações do Radis desde quando fazia residência médica, em 1988. Tenho todas as edições”.



# DISCRIMINAÇÃO ainda uma

*Relação desigual no acolhimento e  
mais elevados e estresse  
preconceito afetam o cotidiano*

---

Elisa Batalha

**E**m abril, o jogador de futebol Daniel Alves, do Barcelona, comeu uma banana atirada no campo de futebol onde jogava, como forma de desmoralizar a ofensa, recebendo manifestações de apoio ao gesto, em todo o mundo. Em junho, foi instituída no Brasil a cota para negros no serviço público da administração federal, medida anunciada pela presidenta Dilma Rousseff, na 3ª Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (Conapir), realizada em novembro de 2013, em Brasília. O episódio do estádio espanhol e a iniciativa governamental suscitaram novas discussões e polêmicas em torno de um tema mobilizador: racismo e questões a ele relacionadas como direitos, equidade, preconceito e discriminação. Quando o debate se dá especialmente em relação à população negra – ou afrodescendente – do país, envolve a maioria dos brasileiros: 54% que se autodeclararam pretos e pardos, de acordo com o Censo de 2010, e 70% dos usuários do SUS, segundo dados da Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (Seppir), publicados no *Relatório Anual de Saúde* (2011).

Dez anos após a instituição da primeira política de cotas raciais em universidades públicas, que começaram a vigorar no segundo semestre de 2004, na Universidade de Brasília, e onze anos depois da criação da Seppir, é possível recorrer a exemplos e estatísticas contundentes para mostrar que o cotidiano, a qualidade de vida e, portanto, a saúde da população negra no Brasil é prejudicada pelo racismo institucional, caracterizado por medidas que excluem direta ou indiretamente, ou mantêm em situação de desvantagem em termos de oportunidade, determinados segmentos da população. Essas questões estiveram na pauta da 3ª Conapir que, entre outras resoluções, definiu a necessidade de criação de uma instância de enfrentamento ao racismo institucional e promoção da igualdade racial no âmbito do Ministério da Saúde (ver a íntegra das resoluções no site do Radis).



# DISCRIMINAÇÃO realidade

*tratamento, índices de mortalidade  
psicossocial gerado pelo  
e a saúde da população negra*

## A COR DO SUS

Em 2011, o Estado brasileiro foi condenado, com base na Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, das Nações Unidas, pela morte de Alyne da Silva Pimentel, mulher negra, moradora do município de Belford Roxo (RJ), vítima de uma sucessão de erros médicos, que tiveram início em uma clínica particular, na qual havia perdido seu bebê, já no sexto mês de gestação, e culminaram quando deu entrada no Hospital Geral de Nova Iguaçu, em 16 de novembro de 2002. Ela aguardou longas horas no corredor da emergência para ser atendida, por não haver leito disponível, não dispunha de documento do hospital anterior que indicasse seu estado clínico, teve hemorragia, queda da pressão arterial, entrou em coma e morreu, cinco dias depois do primeiro mal estar que a levou a procurar atendimento. “As pessoas não escolhem e tampouco são escolhidas, de modo meritocrático, para ficar doentes, sofrer, sentir dor”, escreveu a sanitarista Ligia Bahia sobre o caso, no artigo *A cor do SUS* (*O Globo*, 25/11/2013). “Mais de 40% das negras nunca realizaram uma mamografia”, mencionou, como exemplo de exclusão.

Alyne representa uma triste estatística. A mortalidade materna no país é de 65 mulheres em cada 100 mil nascidos vivos. Mais da metade (57%) das gestantes que morreram em 2009 em decorrência da gravidez ou parto são negras (pardas e pretas, de acordo com a classificação do IBGE). “Em situação de abortamento, as mulheres são discriminadas e as negras são mais que as brancas. Serão as últimas a serem atendidas, correndo risco de morte”, analisa a pesquisadora Alaerte Leandro Martins, que integra a Comissão de Prevenção da Morte Materna do Ministério da Saúde. A metade dos óbitos deve-se a aborto espontâneo, acrescenta.

Já para os homens negros, atitudes como revistas policiais injustificadas são cotidianas. A violência expressa-se com mais evidência nos índices de homicídios:





FOTO: ROBERTO STUCKERT FILHO/PR

A presidenta Dilma abriu a 3ª Conapir e anunciou a instituição de cotas para negros no serviço público da administração federal

em 2010, 67% dos mortos por homicídio no país eram negros. Na faixa etária entre 15 e 29 anos, ou seja, entre os jovens, 70% dos assassinados são negros (dados do SIS/MS). As crianças negras também morrem mais. As taxas de mortalidade neonatal e infantil (até os 5 anos) entre os filhos de mães negras são mais altas e apresentaram redução menor nos últimos anos. Estudo feito por pesquisadores de Pelotas, Rio Grande do Sul (*Radis 124*) mostrou que, durante 22 anos, no período de 1982 a 2004, as mortes de recém-nascidos caíram 47% entre filhos de mães brancas e 11% entre nascidos de mães negras.

“A perda de seus filhos e filhas provoca dor, desagregação e medo nas famílias”, observa o coordenador da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, José Marmo da Silva. A violência e os números desfavoráveis, diz, são só “a ponta do iceberg” da discriminação. “O racismo interfere na autoestima das pessoas, na sua potencialidade criativa, podendo causar desagregação interna e não aceitação da sua própria imagem, e isso é muito ruim para a saúde e para uma vida plena”, afirma Marmo.

### PREVALÊNCIA DE DOENÇAS

Algumas doenças apresentam altas taxas de prevalência na população negra, como hipertensão, diabetes e obesidade. Há predisposição genética relacionada à origem étnica descrita na literatura médica, para alguns tipos de doença, como a anemia falciforme, predominante na população negra, ou a talassemia, em descendentes de italianos. Além de fatores ligados à hereditariedade, a perda de qualidade de vida causada pela discriminação e pelas condições sociais desfavoráveis, pode estar relacionada a índices mais altos de doenças crônicas, como explica Eduardo Faerstein, professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

“As pessoas que sofrem discriminação, seja no ambiente escolar, ambiente de trabalho, lugar de moradia ou em instituições públicas, podem estar sujeitas a uma situação permanente de hipervigilância. Mecanismos psiconeuroendócrinos levam o organismo a se manter a qualquer momento

preparado para uma reação de fuga ou luta. É uma fonte crônica de estresse psicossocial que pode ter consequência direta sobre a saúde mental e física das pessoas”, explica o médico.

Outros mecanismos, ainda, levam a discriminação a afetar a saúde. Conforme apontou Eduardo, coautor do livro *Discriminação e Saúde* (Editora Fiocruz, 2012), as pessoas submetidas a essas experiências de forma repetida podem desenvolver hábitos e comportamentos como adição a drogas, dietas não saudáveis, tabagismo, ou privação de sono. São mecanismos intermediários, de reação.

De acordo com o livro, preconceito pode ser definido como atitude que dispõe de componente cognitivo e afetivo e como “predisposição a se comportar negativa ou positivamente em relação a algum grupo socialmente definido”.

### ATRASO

“É importante estudar o fator cor/raça na pesquisa em saúde. A ciência em saúde chegou atrasada a esse tema”, analisa Eduardo. Nas Ciências Sociais, lembra, sob vários ângulos e perspectivas, já se discute a questão racial brasileira há muitos anos. Se inicialmente isso foi analisado sob um ponto de vista ensaístico e qualitativo, a partir dos anos 1980, aumentaram os dados quantitativos disponíveis que revelaram a desvantagem sistemática da população negra brasileira, em relação a educação, trabalho e, finalmente, saúde, com séries de dados mais consolidados de mortalidade e morbidade para algumas doenças. “Ficou evidente que também no campo da saúde a população negra sofre desvantagens sistêmicas em relação à população branca”, aponta.

Se, conforme aponta o pesquisador, havia controvérsia sobre a possibilidade de se medir a discriminação, como uma experiência complexa, hoje, já se aceita que é possível desenvolver instrumentos para essa aferição, ao longo da vida. “Existem questionários sofisticados, instrumentos detalhados e validados”. Há, ainda, instrumentos que não se baseiam apenas no relato individual, já que muitas vezes a discriminação afeta mesmo quando não é feita ou percebida de maneira declarada.

### RELAÇÃO DESIGUAL

Para José Marmo, há, por exemplo, relação desigual no acolhimento e tratamento, nos serviços de saúde, dos praticantes de religiões de matriz africana, por conta do racismo e da intolerância religiosa, “que, aliás, vem se acirrando cada vez mais”, observou. Marmo lembrou ainda episódio recente da Justiça Federal, que chegou a considerar que candomblé e umbanda não seriam religiões (ver *Toques*, na pág. 9). A decisão foi posteriormente revogada por desembargador da Vara Federal do Rio de Janeiro. “Isso cria uma situação que acaba por não garantir o direito à saúde dos povos de terreiro”.

Outro exemplo é a dificuldade que o Programa Saúde da Família tem em visitar os terreiros localizados no seu território de atuação, aponta. Para ele, é preciso olhar para esses espaços como promotores da saúde e parceiros do SUS. “Devemos lembrar que



eles possuem práticas milenares de cuidados com a saúde. Reivindicamos tratamento humanizado e que respeitem a nossa cultura”.

A pesquisadora da Fiocruz Dora Chor, do Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), defende que é preciso maior número de estudos epidemiológicos brasileiros a respeito dos efeitos da discriminação racial na saúde, já que nosso país apresenta contexto social e étnico-racial diferente. “Tenho utilizado o quesito raça/cor tal como é expresso no Censo, já que pesquisas demonstram que os brasileiros usam essas categorias mesmo que possam se referir a sua cor/raça com outros termos”, explica. “Esse aspecto é parte da identidade dos indivíduos, especialmente daqueles que sofrem a discriminação. E uma característica das relações entre as pessoas e da forma como a estrutura social trata diferentes grupos e indivíduos”, analisa Dora, que faz parte do grupo de pesquisadores que coordena o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa-Brasil), que acompanha, em longo prazo, a condição de saúde de uma amostra da população de servidores públicos. “Do Elsa virão os primeiros resultados brasileiros sobre a relação entre cor/raça, discriminação e saúde desde a ancestralidade genética, utilizando dados de marcadores moleculares, até o conceito social (discriminação) percebido pelos participantes”, diz.

## **POLÍTICA NACIONAL**

Tomando como base que o racismo e a discriminação étnico-racial são determinantes sociais da saúde, foi instituída em 2009, pela Portaria nº 992, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A política, no entanto, não se concretizou, como consideram ativistas do movimento negro. Para Jurema Werneck, fundadora da ONG Criola e integrante do Conselho Nacional de Saúde de 2007 a 2012 (ver entrevista na pág. 14), a Política Nacional foi construída a partir de conquistas da sociedade civil, mas ainda não saiu efetivamente do papel. “Não temos ação de saúde voltada à população negra”, considera. “Dentro do Ministério da Saúde, há um retrato do atraso quanto a esse tema. Viemos de conquistas em uma espiral

crescente, desde a proposição [original da política], mas estamos no pior momento dessa história”.

Na abertura da 3ª Conapir, a presidenta Dilma Rousseff, além de anunciar a instituição de cotas para pretos e pardos no serviço público federal (lei sancionada em 9/6), reforçara a necessidade de criação de uma instância de enfrentamento do racismo na Saúde. “Vamos criar no Ministério da Saúde uma instância específica para coordenar ações voltadas para a população negra”, anunciou.

Os delegados tinham a expectativa de que essa instância se vinculasse ao gabinete do ministro da Saúde. A definição do governo, no entanto, se deu pela alocação dessa instância, voltada à implementação da Política, no Departamento de Apoio à Gestão Participativa (Dagep) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do ministério.

“O racismo institucional é uma realidade, por isso é necessário que as instituições revejam suas práticas cotidianas. A primeira delas, sem dúvida, é tirar o tema da invisibilidade”, considera Kátia Souto, diretora do Dagep, explicando que a SGEP, uma das sete secretarias do ministério, é responsável pela articulação com as demais; pela intersectorialidade com outros órgãos de governo; pela articulação interfederativa com as secretarias estaduais e municipais de saúde, e com os movimentos sociais. “Temos envidado esforços, especialmente, no que diz respeito a metas referentes à redução da mortalidade materna e de mortalidade da juventude negra, a qualificação do quesito raça/cor em estudos e registros e o monitoramento e avaliação da PNSIPN”, diz.

“Não é ali o lugar dessa política. O Dagep volta-se, principalmente, para a interface com a sociedade civil”, rebate Luis Eduardo Batista, pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, e Integrante do Comitê Técnico de Saúde da População Negra e da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. “A Secretaria de Atenção em Saúde (SAS) seria um lugar mais adequado dentro do ministério para a Política, que exige maior articulação com os outros programas”, critica.

Para Luiz Odorico Monteiro de Andrade, professor da Universidade Federal do Ceará e que

FOTO: RENAFRO



REPRODUÇÃO DAGEP/MS



Marmo (E): racismo interfere na autoestima e leva à não aceitação da própria imagem; Kátia: é necessário que as instituições revejam suas práticas cotidianas

esteve a frente da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, a política é uma grande conquista, citando entre suas diretrizes a inclusão do tema *Racismo e saúde* nos programas de educação permanente dos trabalhadores e no controle social da saúde. E, ainda, a ampliação da participação do movimento social negro nas instâncias de controle social, o desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação permanente que desconstruam os estigmas e preconceitos, reduzam as vulnerabilidades e fortaleçam os laços de solidariedade e respeito mútuo.

### AÇÕES ISOLADAS

Jurema Werneck relembra que o embrião da proposta da Política Nacional foi constituído em 2001, a partir da articulação do movimento

social negro no Brasil, com ajuda da Organização Panamericana da Saúde (Opas) e de agências das Nações Unidas, e que a trajetória foi longa. A criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, em 2003, abriu caminho para se instituir no Ministério da Saúde, em 2004, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, relata. Em 2005, o movimento negro passou a ter representação no Conselho Nacional de Saúde e, no ano seguinte, foi aprovada a criação da Política, sob a forma de portaria, e que seria pactuada entre os três entes federativos. “Depois de muita pressão”, o Congresso aprovou a Política Nacional como capítulo do Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288). “Mesmo assim até agora não conseguimos que o SUS fizesse alguma coisa com a Política”, avalia.

José Marmo concorda com a análise. “O que podemos perceber são algumas ações isoladas e

ENTREVISTA / JUREMA WERNECK

# ‘Internalização do racismo afeta a saúde’

Para a coordenadora da ONG Criola, Jurema Werneck, o que diferencia o perfil dos agravos à saúde da população negra é a incidência precoce, o agravamento precoce e a desassistência. “Temos taxas de morte precoces de doenças cardiovasculares, que poderiam ter sido tratadas, poderiam ser resolvidas com o que o sistema já tem. E não são”, exemplifica nesta entrevista à *Radis*. Médica e doutora em Comunicação, Jurema representou o movimento negro no Conselho Nacional de Saúde, onde teve assento de 2007 a 2012. Durante seu mandato como conselheira, coordenou a 14ª Conferência Nacional de Saúde (Radis 115). Atualmente, integra o Grupo Assessor da Sociedade Civil da ONU Mulheres Brasil e o quadro de diretoras da organização Global Fund for Women. “O racismo é internalizado também nos mecanismos de condução de cada política pública”, considera.

### Como a discriminação afeta a saúde?

De diferentes maneiras: através da internalização do racismo, ou seja, da internalização do sentimento de inferioridade e de superioridade. O racismo é uma ideologia que afeta as relações de poder. As pessoas vítimas de racismo têm menos acesso a políticas públicas de qualidade, a educação, saúde, segurança, trabalho e emprego. Isso é capaz de afetar a saúde dessas pessoas, porque afeta a qualidade de vida. A internalização da inferioridade é capaz de produzir alterações da saúde mental. O racismo é internalizado também nos mecanismos de condução de cada política pública. No caso da Saúde, significa que as vítimas de

racismo não vão ter o acesso adequado a políticas de promoção, prevenção e assistência, estarão em uma condição inferior de acesso físico e de acesso à qualidade e à integralidade.

### Como essa disparidade é observada no caso do Brasil?

No Brasil a gente observa isso nos indicadores de saúde da população negra, da população indígena e da população cigana. Os ciganos, particularmente os nômades, ainda que existam poucos dados sobre essa população, têm acesso dificultado às políticas de saúde. O racismo afeta de várias maneiras, com resultados bastante objetivos, que aparecem nos dados epidemiológicos desagregados por raça/cor/etnia. O SUS tenta não desagregar esses dados, não oferecer essa informação, como forma de não assumir essa responsabilidade de enfrentar o racismo dentro e fora do sistema.

### A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra vem combater o racismo?

Essa política foi criada pelo movimento negro, chegou ao Conselho Nacional de Saúde e foi institucionalizada com objetivo de contribuir para que o SUS enfrente o racismo. Tem como tarefa priorizar os agravos à população negra e também incorporar os saberes e práticas tradicionais afro-brasileiras ao sistema. São diretrizes para fazer com que o SUS seja competente no cuidado da saúde da população negra e eliminar o tratamento desigual oferecido aos negros, ciganos e indígenas. E é por ter esses objetivos que a



sem continuidade, muito incipiente para o que a Política se propõe”, observa. “Continuamos morrendo precocemente por causas evitáveis. Estamos reféns de planos de saúde *para pobre*, que não vão oferecer aquilo que prometem, e que as pessoas pagam com sacrifício e estamos reféns de um SUS que não nos atende”, considera Jurema. “Para a universalidade se realizar, precisa justamente de ações afirmativas, para que cada sujeito diferente tenha um tratamento que propicie igualdade de acesso”.

Para Luis Eduardo, subsidiar as redes de atenção à saúde com dados desagregados por cor é ação urgente e necessária. “Atualmente, com os dados desagregados apenas por município, idade e sexo, invisibiliza-se o que acontece com a população negra, com os quilombolas, com a população ribeirinha, indígena ou sem terra localizadas nesses municípios. Na hora de fazer um mapa de saúde, é

preciso haver essa informação nos perfis epidemiológicos, para se conseguir desenhar as necessidades desses grupos populacionais vulneráveis”, aponta.

Eduardo defende, ainda, que as diferentes políticas em saúde têm que conversar para que se obtenha a equidade. “A grande dificuldade de gestão em implementar a política é que grande parte dos nossos gestores não veem a saúde da população negra como inserida na questão da equidade. Os dados epidemiológicos estão mostrando como as condições de vida e sociais em desvantagem afetam a saúde. Pensar em racismo como estruturante da desigualdade é conversar com a Rede Cegonha, conversar com a política de saúde mental e com a de aids. É importante que esses setores conversem e disponibilizem os dados desagregados por cor. Hoje, uma política não dialoga com a outra”, analisa.

política não tem sido movimentada no Ministério da Saúde. O ministério e o SUS negligenciam a política.

#### De que forma?

A política é fundada não em portaria mas em uma lei, o Estatuto da Igualdade Racial, aprovada no Congresso Nacional. Só que o Ministério da Saúde não liga. O movimento negro tem atuado em relação a isso, fez negociações e pressões diretas sobre o ministério a à assistência farmacêutica, sobre a rede de pesquisadores, mas não tem resposta competente. Foi definida uma agenda de pesquisa em que esse tema deveria ser priorizado. O CNPq não financiou essa parte da agenda. O racismo não é coisa pouca, coisa pequena. O que surpreende é que um governo democrático negligência, e a gestão do sistema baseado na universalidade, integralidade e equidade também negligência. É um exemplo do racismo institucional e do racismo dos gestores.

#### Como esse racismo se manifesta?

Tem o racismo dos gestores, daqueles que estão lá em condições de fazer e simplesmente negligenciam, e tem o racismo institucional, que permite que o indivíduo racista siga em frente sem qualquer barreira. Os estudos têm mostrado taxas significativamente mais altas de mortalidade materna (em decorrência de complicações da gravidez e do parto) entre mulheres negras, e a resposta da Rede Cegonha [*política governamental de assistência materno-infantil*] é esconder os dados desagregados. Elas terminam morrendo, não por não fazer o pré-natal, nem porque na maternidade não há médico. Morrem por negligência. A atenção à gestante está protocolada, e mesmo assim a gente tem essa discrepância entre mulheres negras e brancas, que acontece dentro das mesmas maternidades, com os mesmos profissionais.

#### Que tipos de agravos mais afetam a

#### população negra?

Morremos mais das doenças cardiovasculares, causas externas, doenças degenerativas, neoplasias... O diferencial para nós é a incidência precoce, o agravamento precoce e a desassistência. Temos taxas de morte precoces de doenças cardiovasculares, que poderiam ter sido tratadas, poderiam ser resolvidas com o que o sistema já tem. E não são. Por exemplo, está na literatura que a hipertensão arterial tem maior incidência na população negra. Ainda assim, não há estratégia que dê atenção a esse fato. O que vemos é que, apesar de se ter essa informação científica, o sistema de saúde não desenvolve ação para acesso ao diagnóstico precoce e a um tratamento com qualidade. Existe, por exemplo, controvérsia em relação a uma medicação oferecida no SUS, o captopril, que a literatura diz que não tem na população negra o mesmo efeito apresentado na população branca. Mas o captopril continua sendo medicação prioritária do SUS sem considerar esse fator. Essa negligência agrava os casos mais precocemente e o paciente pode terminar morrendo. Entre o surgimento da doença e a morte haveria uma série de ações do sistema, que não se realizam. Isso não envolve nenhuma técnica inovadora.

FOTO: AGÊNCIA BRASIL



# No trabalho, oportunidades desiguais

## SAIBA MAIS

### Arquivo Radis

Radis nº 20: Saúde da População Negra

Radis nº 86: 2ª Conferência Nacional da Igualdade Racial

Radis nº 124: Raça: é preciso levar em conta

Elsa Brasil  
[www.elsa.org.br/oelsabrasil.html](http://www.elsa.org.br/oelsabrasil.html)

Resoluções da 3ª Conapir  
[www.portaldaignaldade.gov.br/arquivos-pdf/resolucoes-iii-conapir](http://www.portaldaignaldade.gov.br/arquivos-pdf/resolucoes-iii-conapir)

Para combater a desigualdade social, é preciso combater a discriminação. Essa é a recomendação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que comparou as condições e as oportunidades de homens e mulheres e da população negra e não negra no Brasil, no estudo *Não discriminação e igualdade de oportunidades: elementos centrais da Agenda do Trabalho Decente*. “As mulheres e os negros correspondem a aproximadamente dois terços da população economicamente ativa no Brasil, por isso o combate à desigualdade nesses eixos é primordial e diz respeito à maioria da sociedade”, explicou Camila Almeida, responsável pela área de Projetos de Promoção da Igualdade de Gênero e Raça da representante do Escritório da OIT no Brasil. Ela apresentou os dados no *Dia da Cultura Africana* (16/5), evento organizado pelo Comitê Pró-Equidade de Gênero e Raça da Fiocruz, com apoio do Sindicato dos Servidores da Fundação (Asfoc), “Discriminação é a negação da igualdade de oportunidades e tratamento”, conceituou. “É um fenômeno geral, recorrente, insidioso e dinâmico”.

Segundo a OIT, de acordo com sua Convenção nº 11, de 1958, discriminação no mundo do trabalho significa “qualquer distinção, exclusão ou preferência baseada em motivos de raça, cor, sexo, religião, opinião política e ascendência nacional ou social, que tenha como efeito anular ou alterar a igualdade de oportunidade e de tratamento no emprego e na ocupação”. A instituição comparou os indicadores relativos ao mundo do trabalho — rendimentos, taxa de desemprego, jornada de trabalho e seguridade social, entre outros —, utilizando dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad), realizada pelo IBGE em 2011.

As taxas de desocupação no país como um

tudo apresentaram queda de 9% para 6,7%, entre 2004 e 2011 (gráfico 1). Brancos apresentaram menor índice de desocupação (5,8%, em 2011), em relação aos negros (7,6%). “As taxas caem de forma paralela, ou seja, o desemprego reduz para todos, mas o acesso a oportunidades continua desigual”, explicou Camila, que é especialista em direitos humanos, gênero e políticas públicas, com mestrado em Cooperação Internacional.

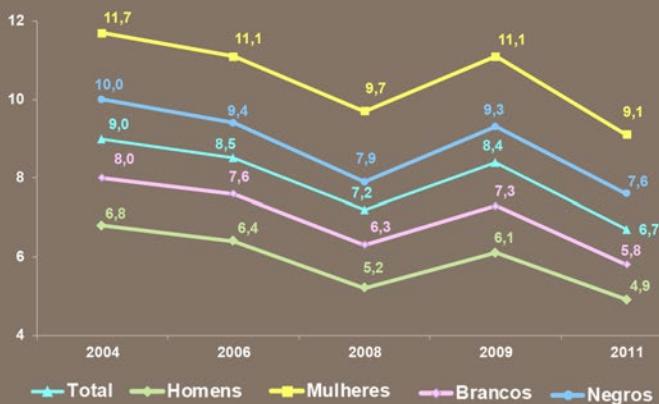
## RENDIMENTOS

Essa desigualdade expressa-se de forma ainda mais gritante, quando se trata dos rendimentos do trabalho. Um homem negro recebe em média 58% do que ganha um branco. Uma mulher recebe 73% do que recebe um homem (gráfico 4). “A discriminação de gênero e de raça/etnia são eixos estruturantes da desigualdade social no Brasil”, disse Camila.

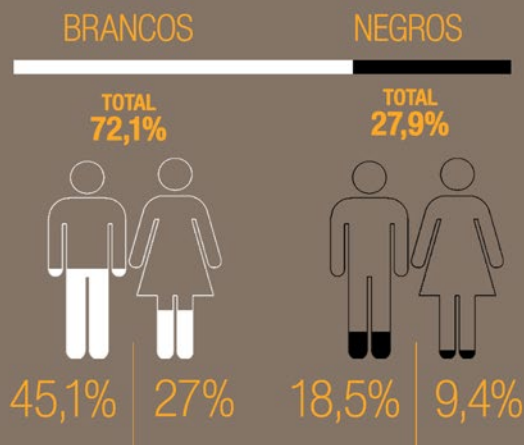
Ser mulher e ser negra representa dupla desvantagem, mostrou, ainda, o levantamento. Entre as mulheres negras, o percentual de rendimento é de 60,8% do que recebem as brancas. Em relação ao homem branco, a mulher negra ganha em média menos que a metade. “A renda como um todo da população vem crescendo em taxas próximas para todas as categorias, mas a desigualdade não vem diminuindo na mesma proporção”, interpretou.

Passa de uma em cada quatro (25,5%) a proporção de jovens mulheres brasileiras entre 15 e 24 anos que não estuda nem trabalha, contra 12% dos homens. Essa desproporção de gênero aparece também, ainda que em menor escala, na comparação entre a população branca e a negra, independentemente do gênero: 21% dos jovens

## 1 TAXA DE DESOCUPAÇÃO DA POPULAÇÃO DE 16 A 64 ANOS DE IDADE



## 2 PESSOAS OCUPADAS COMO DIRIGENTES





negros contra 16,7% dos jovens brancos não estão estudando nem empregados.

Entre os cargos de dirigentes, 72,1% são ocupados por pessoas brancas. As mulheres negras estão em apenas 9,4% das funções de comando. O trabalho formal abrange 64% dos homens brancos, contra 55% das mulheres negras e apenas 50,3% dos homens negros (gráfico 2). O estudo aponta, no entanto, que os índices de formalização no emprego estão em elevação no conjunto da sociedade.

Foi avaliada também a percepção das pessoas em relação à desigualdade, como informa Camila. Quando perguntadas sobre em que setores a cor ou raça mais influencia a vida das pessoas, a maioria (71%) respondeu que o mundo do trabalho é o mais afetado, seguido da relação com a Justiça e a polícia (68%) e do convívio social (65%). O atendimento à saúde aparece como área de influência da discriminação para 44,1% dos pesquisados, e educação, para 59,3% (gráfico 3).

### FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO

Racismo e sexismo, conforme define a OIT, são formas de discriminação, assim como intolerância religiosa ou homofobia. Além das formas de discriminação reconhecidas há mais tempo, como a de gênero, raça, etnia, religião, opinião política, origem nacional e social, outras vêm sendo reconhecidas recentemente pelas instituições internacionais. Alguns exemplos são a discriminação em função da idade, de orientação sexual, de pessoa com deficiência ou com HIV/aids. “No mundo contemporâneo”, explicou Camila, “surgiram novas formas de discriminação, como aquelas relativas à condição genética (predisposição a desenvolver certo tipo de doença) e estilos de vida considerados pouco saudáveis (obesidade ou tabagismo, por exemplo)”.

A discriminação, na definição da OIT, pode ocorrer de forma direta, quando há exclusão explícita que desfavorece membros de um grupo; ou indireta, quando práticas aparentemente imparciais acarretam prejuízos para determinados integrantes de um grupo. A discriminação institucional consiste




FOTO: PETER ILLICIEV/FOCRIZ

Camila: novas formas de discriminação, relativas à condição genética e a estilos de vida tidos como pouco saudáveis

em toda prática institucional que distribui benefícios e oportunidades de forma desigual na sociedade, entre distintos grupos.

Conforme defende a representante da OIT, não se corrigem as desigualdades ao proibir a discriminação. “São necessárias políticas ativas dirigidas aos grupos discriminados. A discriminação não é apenas atentado aos direitos humanos e aos direitos fundamentais no trabalho. Também representa grande custo para as empresas e a sociedade”, analisou, apontando que os prejuízos são provocados pelo desperdício de recursos, talentos e potencialidades humanas.

O Brasil ratificou as convenções da OIT sobre igualdade de remuneração e contra a discriminação no emprego e ocupação (Convenções nº 100 e 111), mas existem convenções sobre discriminação de gênero ainda por ratificar. “É um tema de direitos humanos e faz parte das condições essenciais para atingir uma democracia efetiva, é um tema de justiça social e diminuição da pobreza, e é ainda um tema de desenvolvimento social e econômico, na medida em que promove a participação das mulheres e negras na atividade econômica e na tomada de decisões”, defendeu. 

### 3 OPINIÃO: EM QUAIS SETORES A COR/RAÇA MAIS INFLUENCIA



71%  
TRABALHO



68,3%  
RELAÇÃO COM  
JUSTIÇA/POLÍCIA



65%  
CONVÍVIO  
SOCIAL



59,3%  
ESCOLA



51,3%  
REPARTIÇÕES  
PÚBLICAS



44,1%  
ATENDIMENTO  
À SAÚDE



38,4%  
CASAMENTO



2,1%  
OUTRA

### 4 HIATO NO RENDIMENTO MÉDIO MENSAL

**NEGROS RECEBEM  
O EQUIVALENTE A  
59,8%  
DO SALÁRIO  
DOS BRANCOS**

**MULHERES RECEBEM  
O EQUIVALENTE A  
73,3%  
DO SALÁRIO  
DOS HOMENS**



58%



60,8%



42,8%

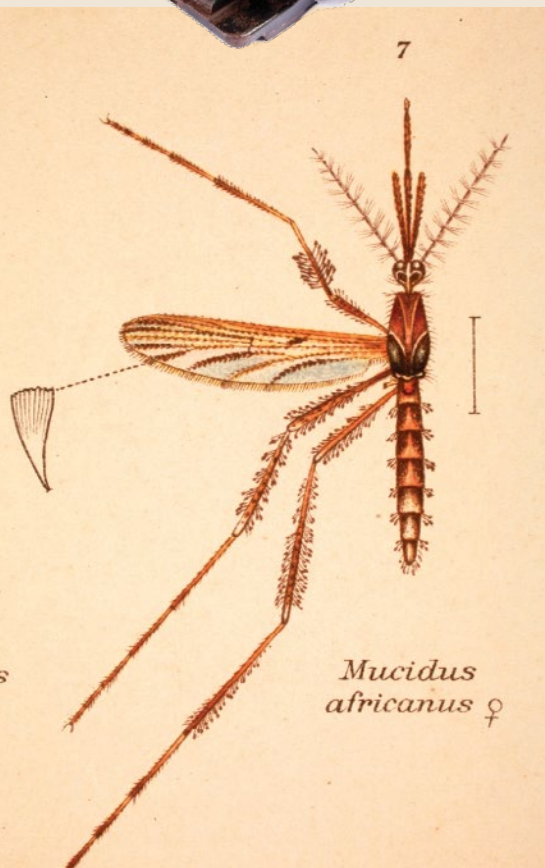


# A história contada pelo



O livro *Vida, engenho e arte: o acervo histórico da Fundação Oswaldo Cruz*, lançado em maio, reúne imagens que traduzem a riqueza e diversidade do acervo da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), sobre a trajetória da fundação. Da chegada do médico sanitarista Oswaldo Cruz ao então Instituto Soroterápico Federal de Manguinhos, no início do século 20, até os dias atuais, são centenas de imagens de personagens, documentos e objetos.

O conteúdo está distribuído por cinco capítulos (Acervo arquitetônico; Saúde em imagens; História das ciências, da medicina e da saúde; A escrita da Ciência; e Artefatos da ciência, tecnologia e saúde), escritos por dez autores.





# da Fiocruz o seu acervo



Organizado pelos jornalistas Fábio Iglesias e Ruth Martins e o historiador Paulo Elian, o livro traz imagens históricas, muitas inéditas, e registros atuais, do fotógrafo Bruno Veiga, que apresenta olhar contemporâneo das edificações centenárias de Manguinhos. A versão em inglês (*Life, Ingenuity and Art*) é assinada por Diane Grosklaus Whitty.

Para os autores, a obra "reafirma o papel das instituições públicas na preservação e divulgação de seus acervos". Instituições e bibliotecas que ofereçam acesso público a seu acervo podem adquirir o livro gratuitamente, fazendo uma solicitação pelo email [cocdiretoria@coc.fiocruz.br](mailto:cocdiretoria@coc.fiocruz.br).



# Troca de saberes

*Mestrado profissional da Ensp/Fiocruz reúne integrantes de movimentos sociais e profissionais do SUS, e traz para o meio acadêmico reflexões e demandas da realidade do campo*

Ana Cláudia Peres

O laptop está aberto na página da Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida. Sobre as outras carteiras, distribuídas em semicírculo, há pastas, cadernos e textos diversos que fazem referência aos respectivos objetos de estudo. Nada muito diferente de uma sala de aula tradicional, não fosse um detalhe: os 28 alunos que, naquela sexta-feira (23/5) em que a *Radis* acompanhou suas atividades, debatiam exaustivamente os temas de suas pesquisas fazem parte da primeira turma do mestrado profissional em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), em parceria com a Escola Nacional Florestan Fernandes. Reunidos ao longo do mês de maio, no Rio de Janeiro, para uma primeira etapa presencial do curso, eles chegavam ao vigésimo quinto dia de atividades intensivas.

Antes da aula da tarde, ministrada pelo professor Luiz Cláudio Meirelles, do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Ensp/Fiocruz), os mestrandos exibiram um vídeo com cenas do campo, intercaladas por logomarcas de empresas relacionadas ao agronegócio, para insistir nos riscos dessa atividade para a saúde. “Sempre acreditamos que o diálogo entre os movimentos sociais do campo e a universidade pode

pautar uma discussão sobre um modelo de desenvolvimento para o país”, disse à *Radis* a engenheira agrônoma e mestranda Francilêia Paula de Castro, integrante da ONG Fase (Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional), entidade que participa da campanha contra os agrotóxicos.

## TROCA DE EXPERIÊNCIAS

No mestrado, Fran, como é chamada pelos colegas, pretende analisar os resíduos de agrotóxico na alimentação escolar do Mato Grosso — estado considerado um celeiro de produção agrícola — e sua relação com as políticas de comercialização na agricultura familiar. “Nessa turma, a diversidade de olhares das mais diferentes regiões do país e de movimentos e profissões tem gerado uma troca de experiência riquíssima”, diz. Entre os mestrandos, vindos de 14 estados brasileiros, há médicos, psicólogos, pedagogos, camponeses, historiadores, integrantes de movimentos sociais do campo, e profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde. Em comum, a compreensão do conceito ampliado de saúde e projetos de pesquisa relacionados às questões agrárias, à crítica ao uso de agrotóxicos e à discussão sobre agroecologia, agricultura familiar e camponesa.

Ivonete Gonçalves vem do Nordeste, onde coordena o Centro de Estudos e Pesquisas para o Desenvolvimento do Extremo Sul da Bahia (Cepedes), entidade que acompanha os impactos da monocultura do eucalipto na região, onde mais de 1 milhão de pés servem a quatro empresas e duas fábricas de celulose. Geralmente procurada como fonte para pesquisas de mestrado e doutorado, Ivonete resolveu fazer o próprio projeto, selecionado no mestrado da Ensp neste semestre.

“A pesquisa quer investigar o impacto dessa prática nas comunidades ilhadas pelo eucalipto”, explica ela, que nunca havia pensado em fazer mestrado. “Essa é uma proposta diferente. A gente sempre almejou uma ciência engajada com a vida e essa experiência vai me capacitar para enfrentar as discussões que já faço no meu trabalho cotidiano de maneira mais qualificada”.

Sala de aula em Santa Teresa, no Rio de Janeiro: saúde no campo, política agrária e agroecologia entre os projetos de pesquisa



FOTOS: CAROLINA NIEMEYER





## PEDAGOGIA DE ALTERNÂNCIA

Um casarão centenário no bairro de Santa Teresa, no Rio de Janeiro, que abriga o Centro Acolhida Missionária (Cenam), serviu durante um mês como sala de aula, residência temporária e espaço de lazer dos mestrandos. Descontados os domingos, todos os outros dias da semana foram preenchidos com aulas, seminários e outras atividades do curso — que teve sua aula inaugural em 6 de maio, com palestra de João Pedro Stédile, da coordenação nacional do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), intitulada *O modelo de desenvolvimento e seus impactos socioambientais*. Na ocasião, Stédile falou dos novos paradigmas para a agricultura brasileira, respondeu perguntas e deu as boas vindas aos mestrandos: “Só o conhecimento é libertador”, observou.

O curso é coordenado pelos pesquisadores da Ensp/Fiocruz Ary Miranda e Marcelo Firpo e faz parte da estratégia de implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). “O grande desafio é incorporar o tema da saúde na relação com o campo, a política agrária e a agroecologia, pensando novas estratégias pedagógicas que vão contra o *status quo* dominante na academia”, aponta Marcelo.

Metodologicamente, o curso segue a Pedagogia de Alternância — proposta já adotada pelo Ministério da Educação, em que os educandos alternam períodos de convivência em sala de aula (tempo-escola) com outros em seus respectivos locais de trabalho (tempo-comunidade). Mais do que isso, o mestrado adota ainda outras inovações no formato, constituindo-se a partir da autogestão, como explica Nívia Regina da Silva, que integra a Coordenação Pedagógica.

## NÚCLEOS DE BASE

“Este curso parte do princípio de que não apenas o momento de aula e os elementos da ciência fazem a formação. Outros espaços de vivência coletiva e a prática social também constroem o conhecimento”, diz. Organizados no que chamam de Núcleos de Base (NB), os alunos participam de toda a construção do curso. Da ementa à programação cotidiana, passando por encaminhamentos das disciplinas, tudo é discutido nos NBs — quatro, no total, responsáveis por Saúde, Infraestrutura, Mística e Secretaria e Memória. “Esses núcleos têm a tarefa de dialogar sobre o curso, debater, fazer avaliações constantes, responder demandas e executar, juntamente conosco, as decisões do coletivo”, explica Álvaro Anacleto, que também faz parte da Coordenação Pedagógica.

Foram os alunos, por exemplo, que identificaram a necessidade de uma discussão sobre “modelo de cidade” que não estava prevista na grade original deste módulo de disciplinas. A partir disso, propuseram e construíram um seminário, realizado no turno da noite, com a presença de integrantes do Movimento Nacional de Luta pela Moradia (MNLN), da Central de Movimentos Populares (CMP) e da jornalista Gizele Martins, moradora da Maré e coordenadora de mídia alternativa no Observatório das Favelas, no Rio. A mestranda Matilde Oliveira saiu impactada da discussão. “Enxerguei um Rio de Janeiro que tem muita coisa bela, muito cartão postal, mas também outras realidades muito duras. Percebi o quanto é difícil a exclusão nas grandes cidades”, refletiu. “Ainda não havia parado para pensar no significado disso. No campo, nós temos

Judith da Rocha, do Tocantins (E), Rafael Gonçalves, de Pernambuco, e Ivi Tavares, do Rio de Janeiro: solidariedade, reflexão e decisões coletivas

Ivone Gonçalves investiga a prática da monocultura do eucalipto no extremo sul da Bahia: "Ciência engajada com a vida"



repressão, mas não se compara com a opressão vivida ali, no cotidiano do morro, na porta de casa".

Matilde é uma pedagoga nascida em Minas Gerais, que hoje mora em Rondônia, numa comunidade de camponeses. Dona da própria horta, é integrante do MST e, no mestrado, pesquisa o papel da escola em um assentamento da sua região. "A gente não quer as pessoas disputando à bala um espaço para viver. Nossa humanidade não precisa disso. Acho que nossa luta para permanecer no campo e colocar o campo numa outra posição nesse país é fundamental", diz Matilde que, durante esse tempo-escola, costumava levantar às 5h30, em Santa Teresa, para iniciar bem cedo as leituras do dia. Em Rondônia, ela deixou um companheiro e as filhas, de 21 e 14 anos. "Na volta, quero envolver o grupo de educadores da minha comunidade nessa discussão sobre o campo e a cidade. Isso vai se refletir tanto no meu projeto de pesquisa quanto no meu cotidiano de trabalho".

### ROTINA

Circular pelo casarão de Santa Teresa é encontrar a todo instante referências aos temas de pesquisa. "Eles dormem e acordam no curso", brinca Nívia. O dia de atividades começa às 7h30, com um café da manhã, seguido de um momento de socialização ou mística. Tomados

pelos objetos de pesquisa, os alunos estendem a discussão iniciada ainda na sala de aula para os intervalos do café, a mesa do almoço, as rodas de conversa pelo pátio. Até quando não estão falando do curso, eles estão falando do curso. "Eu não paro nunca", confessa Judith da Rocha, ao desligar o telefone. Resolvia um problema com a direção nacional do Movimento dos Atingidos por Barragens, coletivo do qual faz parte, no Tocantins, onde mora.

Esse também é o tema da dissertação que Judith começa a pesquisar agora. "Estou trabalhando os impactos da Usina Hidrelétrica de Estreito na saúde das famílias atingidas do município de Babaçulândia", conta, comentando a dificuldade para encontrar bibliografia sobre o assunto. "Há muitos estudos na área ambiental, social, cultural e até econômica, mas relacionado à saúde não existe nada". Judith só começou a estudar aos 19 anos, quando fez o supletivo. Em seguida, cursou Pedagogia da Terra, na Universidade Federal de Goiás (UFG). Hoje, além do mestrado recém-começado, está concluindo uma especialização na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) sobre modelo energético e capitalismo contemporâneo.

### CONHECIMENTO SOCIALIZADO

As aulas desse primeiro módulo encerraram-se em 6 de junho. Uma semana antes, Judith da Rocha falava da saudade dos filhos — o mais novo, de 4 anos, havia feito aniversário e ela perdera a festa. Mas acredita ser por uma boa causa. "A gente tem que ser mãe, mulher, militante, estudante, pesquisadora, lutadora", enumera. "Não é algo fácil de conciliar. Mas considero importante que os movimentos sociais também estejam nesses espaços acadêmicos para ajudar a construir um conhecimento mais próximo da população do campo e das florestas", diz. "Além disso, é importante socializar um conhecimento que produzimos e às vezes fica limitado a um debate interno do movimento".

Para amenizar a saudade, recebeu o carinho de Ivi Tavares, médica carioca que também faz



Matilde Oliveira, de Rondônia, e o impacto do seminário sobre modelo de cidade: reflexos na pesquisa e no cotidiano





parte da turma de mestrandos. Formada pela Universidade Federal Fluminense (UFF), em 2008, Ivi trabalha em uma equipe do Programa de Saúde da Família, na Rocinha, no Rio de Janeiro. Apesar de morar em um bairro próximo a Santa Teresa, Ivi permaneceu com o grupo durante todo o curso, só foi em casa por duas vezes – ainda assim, durante as folgas de domingo e para resolver um problema de trabalho. “A sociabilidade desse espaço e a forma de construir as decisões favorecem muito o coletivo. E isso gera uma cumplicidade entre nós”, diz ela, que pesquisa a formação do profissional de Saúde da Família em relação ao tema dos agrotóxicos nas cidades. “Aqui, estamos discutindo outras formas de conceber a ciência, a partir da nossa realidade. Isso é muito diferente da maneira tradicional de construir saber”, conclui.

### MÍSTICA


Era exatamente isso que o grupo indagava durante a Mística daquele dia. No chão da sala de aula, torcidas, as camisetas do MST, da Consulta Popular, da Marcha Mundial de Mulheres, da Via Campesina, formavam um arco onde se lia: “Ciência para quem?”. Ao que os educandos respondiam, recitando o poema *Canção do não tempo*, de Mário Lago. “Homem vai fazer seu sonho porque a gente quer”. Para descontrair, nas horas vagas, o grupo providenciou bolas de vôlei e futebol, fez caminhadas, tocou violão, foi ao teatro.

Como bom mineiro, o enfermeiro Sérgio Vinícius de Miranda, que trabalha na equipe de Saúde da Família, em Montes Claros, prefere a praia, programa que quase não teve tempo fazer. “Toda a sistemática do curso é muito interessante. O tempo é todo tomado por leituras, debates, reflexões, trocas de ideias. Estou reaprendendo

a estudar”, diz ele, que pesquisa a saúde do trabalhador rural a partir do perfil do homem que procura atendimento na Estratégia Saúde da Família.

### PLURALIDADE DE SOTAQUES

Além da análise dos projetos, a seleção para o mestrado constou de provas de conhecimento e de língua estrangeira, análise de currículo e entrevista. O resultado é uma pluralidade de sotaques, experiências e pesquisas. Há ainda projetos sobre a saúde das catadeiras de caranguejo na costa da Amazônia; Agronegócio na zona da mata, em Pernambuco; e Tecnologias de convivência no semiárido nordestino, para citar mais alguns. Todos foram esmiuçados na disciplina Metodologia de Pesquisa I. O psicólogo pernambucano Rafael Gonçalves está há um ano no Ministério da Saúde, contribuindo com a implementação da Política Nacional de Educação Popular na Saúde. A pesquisa dele pretende discutir em que medida a educação popular em saúde contribui para a luta dos movimentos sociais.

Gramsci e Paulo Freire, discussões sobre dialética e pesquisa participante vão ajudando a pensar. Mas, para Rafael, o grande mérito do mestrado é outro. “É muito difícil, na sociedade capitalista e no modo como se organiza a ciência, um espaço como este. O meu desejo e o do grupo é que a gente possa construir cada vez mais processos nessa perspectiva. Porque eles não provocam apenas uma reflexão teórica, mas uma transformação pessoal e social”, afirma. Em junho, os 28 mestrandos retornaram para suas rotinas profissionais, mas o curso continua. Na bagagem, levaram uma carga de leituras, trabalhos e elaboração da pesquisa. Em outubro, reencontram-se no Rio para continuar o desafio, bem resumido no título de uma das disciplinas do próximo módulo: Agroecologia e promoção da Saúde. A previsão de defesa das dissertações é junho de 2016. 

Fran analisa os resíduos de agrotóxico na alimentação escolar de Mato Grosso; o mineiro Sérgio pesquisa a saúde do trabalhador rural: diversidade e diálogo

# Navegando e refletindo sobre o SUS

*Site reúne conteúdos multimídia para ampliar o debate e enfrentar coletivamente os impasses relativos ao sistema de saúde brasileiro*

Liseane Morosini

## SAIBA MAIS

### Site do PenseSUS

<http://pensesus.fiocruz.br/>

### Íntegra do debate de lançamento Internet e direito à saúde: experiências e perspectivas para o SUS

<http://youtu.be/wPFHvBXQ-NAs>

Marina Maria: site foi estruturado de forma não hierárquica, permitindo navegação a partir de palavras-chave

O debate e a reflexão sobre a política de saúde brasileira ganharam um espaço virtual especial, com o lançamento do site PenseSUS. Idealizado em função dos 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), celebrados em 2013, o novo site reúne, sob a forma de nuvem de palavras-chave, links para textos, vídeos e publicações, inéditos e já disponíveis na web, que versem sobre o SUS, seu histórico, conquistas e desafios. “Pretendemos que o site seja um instrumento coletivo para refletir e enfrentar os impasses que vêm dificultando a aplicação e o exercício dos princípios e das políticas de desenvolvimento do SUS”, diz Umberto Trigueiros, diretor do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz), que desenvolveu o site. O projeto é uma iniciativa do Icict e da Vice-presidência de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz, com apoio do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

O design do site foi pensado para estimular a participação nos rumos do sistema, como explica a jornalista Juliana Krapp, do Centro de Tecnologia da Informação e Comunicação (CTIC), da equipe que concebeu o site. “O PenseSUS lança luz sobre a forma como o SUS se organiza e sobre os entraves que dificultam seu aperfeiçoamento”, diz.

## NAVEGAÇÃO

A interface é de fácil navegação. Na página principal, os links são palavras e temas relacionados ao universo do SUS e da saúde como direito humano. “O PenseSUS foi estruturado de forma não hierárquica, permitindo que a navegação seja feita a partir da pesquisa por palavras-chave”, explica a editora do site, a jornalista Marina Maria. O usuário pode clicar em expressões como Atenção Básica, Conferências de Saúde, Educação e Trabalho, Humanização, Participação Social, Público x Privado, Saúde da Família, Vacinas. Novas palavras-chave serão adicionadas, a partir de consulta a pesquisadores e ativistas voltados à defesa do direito à saúde, entre outras fontes.

O site oferece duas possibilidades de pesquisa: clicando-se diretamente no verbete de interesse, ou pesquisando-se no glossário *Sus de A a Z*, situado no final da página principal e que organiza os verbetes em ordem alfabética. O clique em uma palavra-chave remete a uma página interna na qual um texto geral de apresentação e conteúdos auxiliares ajudam o internauta a mergulhar no assunto. Entre os links para aprofundamento estão artigos, entrevistas, notícias, publicações e vídeos, produzidos pela Fiocruz e por outras instituições.

## DIFERENTES MÍDIAS

A partir de seu acervo, a VideoSaúde, distribuidora da Fiocruz, vem criando vídeos para o PenseSUS. Estão lá audiovisuais inéditos e arquivos, como o pronunciamento do sanitarista Sergio Arouca feito na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Reportagens e edições inteiras da revista *Radis* também estão entre os conteúdos que o PenseSUS disponibiliza para aprofundar as temáticas sobre o sistema. Há, ainda, links para a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e para o IdeiaSUS — banco de práticas e soluções em saúde e ambiente.

O PenseSUS vai marcar presença também no Facebook e no Twitter e terá canal próprio no YouTube. “Será mais um espaço de participação e interatividade com os diferentes segmentos do SUS”, diz Marina. “A ideia é possibilitar que os internautas compartilhem suas vivências sobre o SUS, a partir de diferentes mídias”.



AMANDA SIMÕES / ICICT / FIOCRUZ



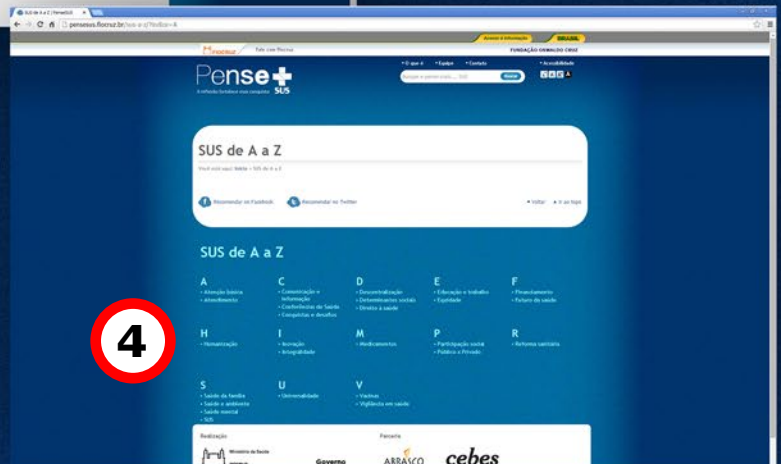
# Para acessar, conhecer e participar do debate



1. Na página principal, termos relacionados ao SUS, organizados sob a forma de **nuvem de palavras-chave**, dão acesso a conteúdos em diversas mídias sobre o tema.
2. **Notícias** sobre o SUS são atualizadas periodicamente na parte inferior da página principal.



3. Clicando no link **Integralidade**, por exemplo, o usuário é levado a uma página com texto geral sobre o tema e um vídeo, bem como a outros links para palestras, sites, livros online e publicações, como a revista *Radis*.
4. Ao final da página, os temas podem ser buscados por ordem alfabética, no **glossário SUS de A a Z**.



Documento indica que instituições do sistema de governança global não levam em conta o efeito de suas decisões sobre a saúde...

FOTO: OMC

# RAÍZES das INIQUIDADES em SAÚDE

*Comissão sobre Governança Global aponta em relatório que equidade pode ser atingida a partir de escolhas políticas*

Bruno Dominguez

As iniquidades em saúde têm origem política. Esta foi a conclusão da Comissão The Lancet — Universidade de Oslo sobre Governança Global em Saúde, cujo relatório final — *As origens políticas das iniquidades em saúde: perspectivas de mudança* — teve sua versão em português lançada em 30 de maio na Fundação Oswaldo Cruz, em uma Tenda da Ciência lotada. O texto havia sido publicado em inglês na edição de fevereiro da revista inglesa *The Lancet*, trazendo mais visibilidade no cenário internacional para a luta pela equidade e o direito à saúde (Radis 139). A apresentação do documento na Fiocruz coube ao reitor da Universidade de Oslo (Noruega), Ole Petter Ottersen, presidente da comissão. “As iniquidades não são acidentes. Grande parte delas pode ser resolvida a partir de escolhas políticas”, resumiu Ottersen. Para ele, “este é o momento de se discutir e entender as raízes das desigualdades”.

Criada em 2011, a Comissão The Lancet — Universidade de Oslo é formada por 18 pesquisadores (ver pág. 30) de 16 países dos cinco continentes — entre eles, o ex-presidente da Fiocruz e atual coordenador geral do Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz), Paulo Buss. “Busquei levar o olhar do Sul para a comissão”, diz Paulo (ver matéria na pág. 31). “Os membros foram recrutados em diferentes arenas políticas e em diferentes áreas do conhecimento para garantirmos a diversidade e analisarmos o tema sob várias perspectivas”, comentou Ottersen, frisando que Buss é “um membro central e uma voz forte”.

## DISPARIDADES

O grupo partiu do entendimento de que o sistema de governança global — as instituições, os mecanismos, as relações e os processos complexos formais ou informais entre Estados, mercados, cidadãos e organizações, através das quais interesses coletivos são articulados em nível global, leis e obrigações são estabelecidas, e diferenças são mediadas — não tem sido capaz de proteger a saúde pública adequadamente. E que essa incapacidade



vem afetando as pessoas de forma desigual: é especialmente desastrosa para as populações mais vulneráveis, marginalizadas e pobres do mundo.

“As disparidades nos indicadores de saúde são enormes”, apontou Ottersen, citando como exemplo a mortalidade infantil em seu país — de 3,4 por mil nascidos vivos — e em países em desenvolvimento — de 100 por mil nascidos vivos. “O público está cada vez mais insatisfeito com o que entende ser um sistema econômico global injusto que favorece uma elite muito pequena e que gera degradação ambiental e social que, por sua vez, afeta negativamente os níveis de equidade em saúde”, indica o relatório. “O fato de a situação das pessoas variar de forma muito ampla não é somente um problema da pobreza, mas da desigualdade socioeconômica”.

A comissão trabalha com o conceito de governança global para a saúde, que abrange todas as áreas que afetam a saúde. De forma implícita, a expressão demanda que, normativamente, a equidade em saúde seja um objetivo de todos os setores — econômico, político, social, cultural, ambiental. Esse conceito é distinto do de governança da saúde global, relativa aos agentes e instituições cujo propósito primordial é a saúde. Assim, o objetivo da comissão não é melhorar a governança dos agentes de saúde em nível global, mas avaliar como processos da governança global externos à arena da saúde podem funcionar melhor para a saúde e favorecer os agentes globais da saúde.

“Nossa motivação é demonstrar que o atual sistema de governança global falha na tarefa de proteger a saúde pública e indicar a urgência de um melhor entendimento de como a saúde pública deve ser protegida e promovida”, observou o reitor da Universidade de Oslo. Para isso, o grupo avaliou sete ações transnacionais e processos de governança global que afetaram a equidade em saúde — a crise financeira e a saúde na Grécia, padrões de violência armada e efeitos sobre a saúde, migração irregular e saúde, resíduos tóxicos na Costa do Marfim, alimentação e equidade em saúde, regulamentação de investimentos transfronteiriços e propriedade intelectual em saúde.

## CRISE FINANCEIRA

Face à crise financeira nacional que gerou incerteza sobre sua capacidade de honrar dívidas, a Grécia aceitou pacote de resgate financeiro do Fundo Monetário Internacional, do Banco Central Europeu e da Comissão Europeia, que incluía medidas de austeridade que produziram consequências desastrosas sobre a saúde e o bem-estar dos cidadãos gregos. Os gastos do governo em setores sociais (saúde, assistência social e educação) tiveram grandes cortes, e centenas de milhares de trabalhadores do setor público perderam o emprego ou viram seus salários serem congelados ou reduzidos. O país relatou aumento no número de desabrigados, nas taxas de criminalidade, na insegurança alimentar, e maior desagregação familiar.

O setor saúde sofreu muito com as medidas de austeridade, tendo seu orçamento cortado em 40%, resultando, por exemplo, na redução do acesso da população a medicamentos e a cuidados de saúde. A Grécia não é um caso isolado,



FOTO: CENTRO DE MÍDIA INDEPENDENTE

...o que afeta sobretudo as populações mais vulneráveis, pobres e marginalizadas em todo o mundo



FOTOS: PETER ILLICIEV/JCS/PHOCRUZ

Ottersen (E): “Saúde está subordinada a outros objetivos, como lucro e crescimento econômico”. Buss: “DNA do capitalismo é gerar iniquidades, exclusão”

ressalva o relatório. Irlanda, Portugal, Espanha e Chipre também receberam ajuda financeira externa condicionada à redução dos gastos sociais. “Esses casos mostram como a integração dos mercados financeiros globais põe grande pressão sobre os governos para que cedam, por vezes, às custas de suas populações”, diz o documento.

“A implementação de políticas de austeridade — condição para o resgate financeiro oferecido a vários países europeus por instituições financeiras internacionais — é exemplo de como os determinantes políticos da saúde podem se originar em processos de governança global. Formuladores de políticas internacionais poderosos não têm qualquer responsabilidade sobre os efeitos de suas decisões sobre a saúde. Além disso, não há espaço político adequado para garantir que a saúde seja levada em consideração durante a formulação de pacotes de ajuda financeira”, prossegue o texto. Em sua apresentação, Ottersen reforçou essas questões: “Quem deve ser responsabilizado pelos danos à saúde? Quem está protegendo a saúde quando cortes sociais são programados?”.

### DÉFICIT DEMOCRÁTICO

“A análise da situação da Grécia e dos outros seis casos mostrou que a saúde está subordinada a outros objetivos, como o lucro e o crescimento da economia. E isso gera iniquidades”, resumiu o reitor da Universidade de Oslo. Esse estudo levou à identificação de cinco disfunções sistêmicas que impedem que a governança global gere determinantes positivos para a saúde e combata os negativos: déficit democrático, deficiência na responsabilização, rigidez das instituições, ausência de instituições e espaço político insuficiente para a saúde. “O que tiramos desse exercício é que há denominadores comuns, que se repetem, e eles estão fora do domínio da saúde”.

Acordos de governança global muito frequentemente não refletem normas democráticas básicas, como a igualdade de direito à participação, a representação homogênea, a transparência e a responsabilização — problema chamado de “déficit democrático”. A comissão critica o fato de o processo decisório em nível internacional não operar dentro do princípio “uma pessoa, um voto”, e sim na forma de “um Estado, um voto”, ou, em algumas situações e no caso dos mais poderosos, “um Estado, muitos votos”. Também lamenta que agentes não governamentais, como as organizações da sociedade civil, grupos marginalizados e

especialistas do campo da saúde estejam incluídos de forma insuficiente nos processos decisórios internacionais.

“No FMI e no Banco Mundial, os países mais ricos têm muito mais influência do que os mais pobres e, conseqüentemente, maior capacidade de defender seus interesses e valores através das instituições financeiras internacionais do que os países menos poderosos, cujos cidadãos frequentemente estão mais sujeitos a ser diretamente afetados pelas políticas criadas. O déficit democrático é ainda maior fora das instituições multilaterais. Por exemplo, nas negociações regionais ou bilaterais sobre acordos de comércio ou de investimentos, não existem regras estabelecidas sobre a votação, a participação ou a transparência”, afirma o relatório.

### RESPONSABILIZAÇÃO LIMITADA

Outra questão apontada: na atual conjuntura de governança global, responsabilizar um único processo decisório ou agente específico é difícil. “No nível transnacional, são fracos os meios de responsabilização. Não existe uma autoridade política global central que possa responsabilizar Estados que violem ou deixem de cumprir regras e normas ou seguir padrões acordados internacionalmente. Também não existem mecanismos adequados de responsabilização para agentes não governamentais, como empresas transnacionais. Além disso, embora as políticas de instituições financeiras internacionais, como o Banco Central Europeu e o FMI, possam ter efeitos substanciais sobre a saúde, a responsabilidade dessas instituições sobre os cidadãos que afetam é, no mínimo, tênue”.

A comissão ainda alerta para a rigidez institucional, que dificulta a reforma das instituições, evitando que evoluam com o tempo. Muitas instituições de governança global — criadas com o mundo pós-Segunda Guerra Mundial em mente — estão sendo consideradas “ultrapassadas e anacrônicas”. O Conselho de Segurança da ONU, por exemplo, continua destinando assentos permanentes aos vencedores da Segunda Guerra Mundial. “As regras favorecem a manutenção do *status quo*, e os interesses se arraigam”.

### SAÚDE EM SEGUNDO PLANO

Faltam instituições transnacionais para lidar com temas importantes de saúde, identifica o grupo. “Algumas questões estão subordinadas a sistemas de regulamentação fragmentados que não possuem autoridade definida. Por exemplo, nenhuma autoridade tem como responsabilidade lidar com segurança alimentar, ou capacidade para tal. Assim, atualmente, a segurança alimentar conta com múltiplas normas e regras interligadas, e, às vezes, até conflitantes”. De forma geral, instituições transnacionais de proteção à saúde ainda em fase embrionária, como é o caso de padrões de cumprimento voluntário, devem ser fortalecidas, e novas



instituições e regulamentações podem ser necessárias quando as operações e interesses de alguns agentes venham a entrar em conflito sério com a saúde e o bem estar das pessoas, segundo o texto.

Finalmente, a comissão assinala como disfunção do sistema de governança global o espaço insuficiente para políticas de saúde. Ainda que o fato de a saúde ser afetada por decisões externas ao setor venha sendo cada vez mais reconhecido, ainda não há espaço adequado para políticas de saúde nos demais setores. “Uma grande deficiência do sistema é o fato de os interesses da saúde estarem frequentemente subordinados a outros objetivos, como o crescimento econômico e a segurança nacional. A existência de instituições fracas em relação à proteção da saúde em outros setores — especialmente naqueles politicamente poderosos como o comércio e a segurança — continua sendo, dessa forma, a maior fragilidade do sistema de governança global, e esta fragilidade deve ser enfrentada tanto global quanto nacionalmente”.

## PROPOSTAS

Diante dessas disfunções, a comissão oferece duas propostas para preencher as lacunas na estrutura institucional de governança global para a saúde: uma Plataforma das Nações Unidas de Parceiros Múltiplos sobre Governança Global para a Saúde e um Painel de Monitoramento Científico Independente sobre Determinantes Sociais e Políticos Globais da Saúde. A plataforma, explicou Ottersen, seria um fórum político abrangendo governos, organizações governamentais (nas áreas de finanças, comércio, trabalho, alimentação, meio ambiente, direitos humanos, migração e paz e segurança) e agentes não governamentais para

propor questões, determinar agendas, examinar e debater políticas que afetam a saúde e a equidade em saúde.

“A plataforma pode responder aos desafios da precariedade de instrumentos de responsabilização na esfera global através da criação de um fórum público onde se espera que os agentes mostrem-se responsáveis pelas consequências de suas ações sobre a saúde”, diz o relatório.

O Painel de Monitoramento Científico seria uma rede de instituições acadêmicas e centros de excelência de todas as regiões do mundo dedicada a investigar a complexa interação de forças que afeta a saúde, os fatores de risco para a saúde e a efetividade de diferentes acordos de governança global para promoção e proteção da saúde. Essas propostas podem também ser ampliadas, segundo a comissão, e incluir a obrigatoriedade da realização de análises de impacto sobre a equidade em saúde para todas as instituições globais e a aplicação de sanções mais firmes contra agentes não governamentais por violação de direitos.

Para Ottersen, as mensagens principais do documento são: Não alcançaremos equidade em saúde sem encarar as causas políticas das iniquidades; as iniquidades dentro e entre os países não podem ser resolvidas somente pelo setor saúde ou somente em nível nacional; e as decisões em todas as áreas devem considerar seus efeitos na saúde.

O relatório conclui que “as graves iniquidades à saúde são moralmente inaceitáveis, e a garantia de que a atividade transnacional não impeça as pessoas de atingirem seu pleno potencial de saúde é uma responsabilidade política global”. E prega que “a saúde é condição, consequência e indicador de uma sociedade sustentável e deve ser adotada como valor universal e objetivo social e político por todos”.

Processos decisórios internacionais excluem organizações da sociedade civil, para as quais resta protestar nas ruas, como em Barcelona



## ENTRAVES AOS DETERMINANTES POSITIVOS PARA A SAÚDE

O relatório definiu cinco disfunções sistêmicas que impedem que a governança global gere determinantes positivos para a saúde e combata os negativos:

**Déficit democrático** – Acordos de governança global muito frequentemente não refletem normas democráticas básicas, como a igualdade de direito à participação, a representação homogênea, a transparência e a responsabilização.

**Deficiência na responsabilização** – Não existe uma

autoridade política global central que possa responsabilizar Estados que violem ou deixem de cumprir regras e normas ou seguir padrões internacionais; não existem mecanismos adequados de responsabilização para outros agentes, como empresas transnacionais.

**Rigidez das instituições** – Muitas instituições de governança global são “ultrapassadas e anacrônicas”, favorecendo o status quo, como o Conselho de Segurança da ONU, que continua destinando assentos

permanentes aos vencedores da Segunda Guerra Mundial.

**Ausência de instituições** – Faltam instituições transnacionais para lidar com temas importantes de saúde, alguns deles subordinados a sistemas de regulamentação fragmentados que não possuem autoridade definida.

**Espaço político insuficiente para a saúde** – Os interesses da saúde estão frequentemente subordinados a outros objetivos, como crescimento econômico e segurança nacional.



WORLD  
ECONOMIC  
FORUM

## MENSAGENS-CHAVE DO RELATÓRIO

- É impossível combater as inaceitáveis iniquidades em saúde existentes (tanto dentro quanto entre os países) exclusivamente por meio do setor saúde, por medidas técnicas ou no nível nacional. Soluções políticas globais são necessárias.

- Normas, políticas e processos oriundos de interações transnacionais devem ser compreendidos como determinantes políticos da saúde que causam e mantêm as iniquidades.

- Assimetrias de poder e normas sociais globais limitam o leque de escolhas e restringem ações de combate às iniquidades em saúde. Essas limitações são reforçadas por disfunções sistêmicas na governança global e demandam vigilância em todas as arenas de formulação de políticas.

- Avanços no combate às iniquidades em saúde e às forças políticas globais prejudiciais à saúde devem ser monitorados de forma independente.

- Estados e outras partes interessadas não estatais participantes em arenas políticas globais devem estabelecer um diálogo mais transparente no que tange os processos decisórios que afetam a saúde.

- A governança global para a saúde deve estar ancorada em compromissos com a solidariedade global e a responsabilidade compartilhada; a ideia de um desenvolvimento sustentável e saudável para todos requer a existência de um sistema econômico e político global que sirva uma comunidade saudável num planeta saudável.



## A COMISSÃO

- Presidente: Ole Petter Ottersen (Noruega)
- Vice-presidente: Jashodhara Dasgupta (Índia)
- Chantal Blouin (Canadá)
- Paulo Marchiori Buss (Brasil)
- Virasakdi Chongsuvivatwong (Tailândia)
- Juilio Frenk (EUA/México)
- Sakiko Fukuda-Parr \*(Japão)
- Bience Philomina Gawanas (Namíbia)
- Rita Giacaman (Palestina)
- John Gyapong (Gana)
- Jennifer Leaning (EUA)
- Michael Marmot (Reino Unido)
- Desmond McNeill (Noruega)
- I. Gertrude Mongella (Tanzânia)
- Nkosana D. Moyo (Zimbábwe)
- Sigrun Møgedal (Noruega)
- Ayanda Ntsaluba (África do Sul)
- Gorik Ooms (Bélgica)

Saiba mais sobre a comissão no site do Programa Radis

## NÚMEROS DAS DESIGUALDADES

- Cerca de 842 milhões de pessoas sofrem de fome crônica, e mais de um terço das mortes de crianças com menos de cinco anos podem ser atribuídas à subnutrição.

- Um bilhão e meio de pessoas têm sua integridade física ameaçada. A saúde dessas pessoas pode ser prejudicada por lesões corporais e por níveis extremos de estresse psicológico causado por medo, perdas e desintegração do tecido social em áreas de insegurança crônica, regiões ocupadas ou em guerra.

- A expectativa de vida dos países com os melhores e piores índices de desenvolvimento humano varia em 21 anos.

- Mais de 80% da população mundial não está coberta por esquemas adequados de proteção social. O número de desempregados disparou: em 2012, o desemprego atingiu 197,3 milhões de pessoas, 28,4 milhões a mais que em 2007.

- Entre os que têm trabalho, 27% (854 milhões de pessoas) precisam sobreviver com menos de US\$ 2 por dia.

- Dos 300 milhões de pessoas que compõem os povos indígenas, muitos sofrem discriminação e não conseguem obter os meios necessários para suprir suas necessidades diárias, nem exprimir suas demandas.





# Investigando as possibilidades de mudança

À apresentação do relatório da Comissão The Lancet — Universidade de Oslo, se seguiu uma rodada de comentários por especialistas convidados. Paulo Buss, coordenador do Cris e um dos 18 integrantes da comissão, relatou as dificuldades de levar o ponto de vista da América Latina, o “olhar do Sul”, para o grupo. “Não temos na América Latina uma quantidade expressiva de artigos apontando as iniquidades em saúde, apesar de ser uma das regiões mais iniquitativas do mundo, composta por países extremamente iniquitativos”, indicou ele.

“Temos uma construção ideológica e política muito boa, mas faltam evidências científicas”, disse. Nesse sentido, conclamou instituições brasileiras, da América Latina e da África a gerar dados capazes de convencer o mundo político a agir sobre as desigualdades injustas.

Para Buss, vale questionar se as disfunções do sistema de governança global identificadas no documento são mesmo disfunções ou características inerentes a ele. “Existe a possibilidade de, no mundo globalizado dominado pelas nações mais desenvolvidas, haver um sistema mais funcional? As disfunções não seriam parte desse sistema, desse poder instalado? Há chance de mudar?”, perguntou o sanitarista.

## DNA DO CAPITALISMO

Sua hipótese é que os sete casos analisados pelo grupo representam “o DNA do capitalismo, que é gerar iniquidades, exclusão, em todos os campos”. Na análise sobre propriedade intelectual, por exemplo, ficou claro que a maior parte da produção técnico-científica que vai gerar medicamentos e kit diagnósticos surge de instituições públicas, financiadas com dinheiro público, mas que em certo momento são apropriadas pela indústria farmacêutica e de equipamentos. “A indústria passa a ter os direitos sobre essa produção e impõe preços oligopolizados”, avaliou.

“Existe reação enorme da Organização Mundial da Saúde ao plano que propusemos para melhor gerenciar a relação saúde pública e propriedade intelectual. Nunca se levou essa questão à Organização Mundial do Comércio ou a organizações de propriedade intelectual. A OMS está de joelhos diante dessas organizações, mesmo não havendo hierarquia entre elas. Estamos aceitando essa imposição do mercado”.

Assim, a questão colocada para a comissão foi: elaborar propostas mitigatórias ou de transformação radical do sistema? Buss contou que a pergunta que se fazia era: temos condições históricas para mudar, temos perspectivas de chegar a essas condições e o que fazer até se chegar a elas?. “A pergunta de quem vê gerações se perderem, gerações se destruírem”, como ele mesmo classificou.

## CONFLITO

Meditar ou agir? Estudar ou estudar e procurar influenciar espaços de decisão? Em outras palavras, trabalhar nas transformações radicais ou gerar condições histórico-sociais que permitam as transformações radicais que as análises políticas mostraram ser necessárias?

Segundo o coordenador do Cris, a comissão compreendeu esse conflito e estabeleceu propostas que dependem da sociedade para acontecerem. “A ninguém que detém o poder hoje no plano global interessa uma plataforma de múltiplos parceiros. Para eles está bem. Está ruim para nós que sofremos com as iniquidades”, justificou.

Na avaliação de Buss, a Plataforma das Nações Unidas de Parceiros Múltiplos sobre Governança Global para a Saúde e o Pannel de Monitoramento Científico Independente sobre Determinantes Sociais e Políticos Globais da Saúde são propostas importantes por provocarem o entendimento de como o poder se comporta: “São tentativas que colocam em questão nossa capacidade de mudar”.

## TRANSFORMAÇÃO RADICAL

O comentário da deputada federal Jandira Feghali (PCdoB-RJ) também tratava das possibilidades de mudança na governança global em um mundo capitalista — “sistema em que a iniquidade, a subtração de direitos e a instabilidade são inerentes”. Para ela, “é difícil imaginar que conseguiremos fazer uma transformação radical dentro dos atuais fóruns de negociação, como a ONU e a OMS, nos

Agricultura familiar, chave para a segurança alimentar: faltam instituições transnacionais para lidar com o tema

FOTO: TAMIREZ KOPPIBIDA







Áreas de insegurança crônica, regiões ocupadas ou em guerra: 1,5 bilhão de pessoas têm sua integridade física ameaçada



gabinetes e nas relações diplomáticas”.

Jandira alertou que a sociedade está subrepresentada no Congresso Nacional: há poucos negros, mulheres, trabalhadores, agricultores. “Há mais deputados proprietários de terra e do agronegócio do que deputados que produzem no campo”, disse, clamando pela acumulação de forças. “Precisamos de uma democracia direta com representação fortalecida no processo de intervenção. Não há democracia sem povo. Ou saúde só com saúde”.

O embaixador Samuel Pinheiro Guimarães, que foi secretário-geral do Ministério das Relações Exteriores, concordou que as iniquidades em saúde têm origem política e acrescentou que têm origem econômica. Assim como Jandira, ele lamentou que não haja no Congresso a possibilidade de se corrigirem as desigualdades.

“No sistema político, em que se poderiam resolver disfunções, não há condições objetivas para fazer mudanças radicais no sistema das propriedades, porque ali estão as pessoas que concentram a riqueza e o poder. Criam condições para manutenção do *status quo*”, disse.

### SAÚDE ALÉM DAS FRONTEIRAS

Em conferência, a diretora do Programa de Saúde Global do Graduate Institute of International and Development Studies, de Geneve, Ilona Kickbusch, mostrou estar alinhada às conclusões da Comissão The Lancet – Universidade de Oslo. “Por muitos anos ficamos animados com as possibilidades técnicas da saúde e nos esquecemos de que ela é escolha política em todos os níveis de governança”.

Para Ilona, quanto mais olhamos para os determinantes sociais da saúde, mais claro fica que na verdade os determinantes da saúde são políticos. “A



FOTO: STF



FOTO: PETER ILLICIEV/CCSKHORN

solidariedade, por exemplo, é uma escolha política, não se cria por meios técnicos”, argumentou.

A conferencista salientou seis determinantes cruciais para se abordar a saúde global com seriedade: político, meio ambiente, social, comercial, comportamental e econômico. E indicou que um dos maiores desafios é encontrar a interface entre os níveis local, nacional e global. “As questões de saúde transcendem fronteiras nacionais e governos, pedem ações sobre as forças e os fluxos internacionais que determinam o bem estar das pessoas”, disse.

Para ela, são necessárias ações coletivas para além das fronteiras — agir juntos como comunidade global para cuidar dos fluxos e determinantes globais da saúde. Cabe à governança global dar estrutura (por meio de regras e instituições) para que os atores globais tomem suas decisões. E à diplomacia em saúde a busca pela igualdade de saúde e de direitos humanos como objetivo coletivo. “Isso significa dar prioridade à saúde frente a outros interesses”.

Jandira (E): sociedade está subrepresentada no Congresso Nacional; Ilona: saúde é escolha política em todos os níveis de governança

## Cris/Fiocruz, novo centro colaborador da OMS

Na ocasião do lançamento da versão em português do relatório da Comissão The Lancet — Universidade de Oslo, o Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz) foi nomeado Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) em Saúde Global e Cooperação Sul-Sul. Coordenado pelo sanitário Paulo Buss, o centro assume a responsabilidade de conduzir atividades com foco nos determinantes sociais da saúde, na agenda do desenvolvimento pós-2015 e no fortalecimento dos sistemas de saúde nos próximos quatro anos.

“No Cris, apostamos em uma cooperação estruturante em saúde: sustentável politicamente, tecnicamente e financeiramente. Evitamos projetos isolados, entendendo que é perda de tempo trabalhar dessa maneira. Nossa atuação vai no sentido de auxiliar na estruturação de instituições permanentes, vitais, dentro dos sistemas de saúde”, comentou Buss.

O Centro de Relações Internacionais em Saúde foi criado em 2009, ampliando a Assessoria de Cooperação Internacional da Fiocruz, para apoiar e coordenar o intercâmbio internacional da fundação de modo a cumprir o compromisso estratégico de expandir conceitos e políticas de saúde em favor do acesso universal, do bem estar em saúde e de maior qualidade de vida em um mundo cada vez mais globalizado.

“A nomeação como centro colaborador da OMS representa o reconhecimento do acúmulo da Fiocruz na cooperação Sul Sul e em saúde global, ao mesmo tempo em que nos alça a voos e responsabilidades cada vez maiores”, disse o presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha, cujo primeiro ato no cargo foi a constituição do Cris. “Por seu caráter agregador das populações e dos países, a saúde pode propor uma nova forma de se pensar a cooperação internacional, baseada na solidariedade, que não oponha direitos e modelos de desenvolvimento”.

A representante da OMS, Regina Ungerer, contou que a nomeação do Cris começou a ser planejada em 2013, quando a organização procurava formas de fortalecer os países para por em prática as ações acordadas na *Declaração do Rio*, resultado da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Radis* 113). Coordenadora da rede ePORTUGUÊSe (plataforma para apoiar o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nos países de língua portuguesa), ela listou as três áreas principais de atuação do centro: apoiar países na implementação da *Declaração do Rio*, na participação no programa ePORTUGUÊSe e na vigilância, controle e prevenção de doenças a partir de escolas de saúde pública.

O representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) no Brasil, Joaquim Molina, e a representante do Ministério da Saúde, Thaís Lima, presentes à cerimônia, destacaram o protagonismo da Fiocruz na cooperação internacional, citando acordos nos quais esteve envolvida.



## EVENTOS

**6º Congresso de Economia da Saúde da América Latina e do Caribe e 11º Encontro Nacional de Economia da Saúde**

Promovidos pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), os dois eventos girarão em torno de seis eixos temáticos: Gestão em Saúde, abrangendo os âmbitos público e privado; Avaliação econômica em Saúde; Equidade e desigualdades em Saúde, envolvendo necessidades e condições de saúde, provisão de ações e serviços e distribuição de recursos; Estado, mercado e regulação; Financiamento e gasto em Saúde; e Aspectos gerais da Economia em Saúde. As inscrições para o evento abrem em 5 de agosto.

**Data** 24 a 26 de setembro

**Local** Novotel – Jaraguá, São Paulo

**Informações** contato@abresbrasil.org.br  
http://abresbrasil.org.br

**2º Simpósio Brasileiro de Saúde & Ambiente (2º SIBSA)**

Promovido pelo GT de Saúde & Ambiente da Abrasco, o evento tem por objetivo o diálogo entre comunidade acadêmica, gestores e profissionais de saúde e os movimentos sociais, em torno dos conflitos territoriais em curso no país. Estarão em debate desafios e alternativas para a garantia do direito à saúde e da justiça ambiental, e modelos de Estado e de desenvolvimento, na perspectiva da ciência, das políticas públicas e da ação política da sociedade. O tema central, *Desenvolvimento, Conflitos Territoriais e Saúde: Ciência e Movimentos Sociais para a Justiça Ambiental nas Políticas Públicas*, estará dividido em três eixos: desenvolvimento socioeconômico e conflitos territoriais; função social da ciência, ecologia de saberes, e outras experiências de produção compartilhada de conhecimento; e direitos, justiça ambiental e políticas públicas.

**Data** 19 a 22 de outubro

**Local** Minas Centro, Belo Horizonte, MG

**Informações** (31) 3273 5682 / 3241 5123  
sibsa@abrasco.org.br  
www.sibsa.com.br

## PERIÓDICOS

**Visa e alimentação**

A revista **Vigilância Sanitária em Debate** abriu chamada de trabalhos para o número temático *Vigilância sanitária e a promoção da alimentação adequada e saudável: impasses, desafios e perspectivas*, voltado à reflexão e ao debate sobre a interface das temáticas alimentar e da vigilância sanitária, tomando-se em conta a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, a promoção da saúde e as demais políticas públicas. Entre os temas para os artigos estão: agricultura familiar e produção artesanal; controle de qualidade, aspectos nutricionais e de rotulagem; organismos geneticamente modificados; comida de rua; alimentos e patógenos emergentes; e avaliação de políticas e programas. A data final para submissão dos trabalhos é 30/8. A edição será publicada em 28 de novembro, em [www.visaemdebate.inccq5.fiocruz.br](http://www.visaemdebate.inccq5.fiocruz.br).

**Governança e saúde**

A edição de abril (número 30, volume 4) dos **Cadernos de Saúde Pública** (Ensp/Fiocruz), que celebram seus 30 anos, traz editorial sobre governança global para a saúde (matéria na pág. 26), assinado pelo coordenador do Centro de Relações Internacionais da Fiocruz, Paulo Buss. O texto aborda informe preparado pela Comissão The Lancet — Universidade de Oslo (Noruega), que alerta para a distribuição desigual dos riscos em saúde em todo o mundo. Entre os artigos, a revista trata da autotestagem domiciliar para HIV entre homens que fazem sexo com homens e a investigação entomológica da doença de Chagas no Ceará. Na seção Fórum, cinco artigos tratam da saúde indígena no Brasil. A edição pode ser acessada na íntegra em [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

## LIVROS

**Conflitos ambientais**


**Injustiça ambiental e saúde no Brasil – o Mapa de conflitos** (editora Fiocruz), organizado por Marcelo Firpo Porto, Tânia Pacheco e Jean Pierre Leroy, resulta de metucioso trabalho dos autores, que revela aumento do número

e gravidade dos conflitos ambientais em todo o mundo, principalmente no Sul. Em oito textos, o livro traz uma análise Mapa das Injustiças Ambientais (*Radis 95*), metodologia e resultados; prevalência do racismo ambiental; povos indígenas e comunidades tradicionais; injustiça ambiental no campo e nas cidades; mineração e siderurgia; capitalismo e energia; o mapa como espaço de cidadania; e alternativas.

**Saúde e poder local****Democracia e inovação na gestão local da Saúde**, de Sonia Fleury (editora Fiocruz e Cebes), teve origem em um projeto que analisou, ao longo de

uma década, as mudanças no perfil dos gestores, gestão e padrões de difusão de inovação das secretarias municipais de Saúde. Dividido em duas partes, reúne tanto os marcos teóricos e metodológicos quanto os resultados da pesquisa, que teve como objetivo verificar o impacto do processo de descentralização da saúde e seus indicadores na democratização do poder local no Brasil. Segundo a autora, o livro tem como produto mais importante uma base metodológica inovadora para estudo do processo de descentralização.

**Desafios do SUS****25 anos do direito universal à Saúde**, organizado por Ana Maria Costa e Maria Lucia Rizzotto (Cebes), aborda conquistas, problemas e desafios que o SUS

enfrenta desde sua criação, reunindo diferentes olhares e apontando estratégias para a retomada de rumo. A coletânea apresenta análises e propostas do 3º *Simpósio Política e Saúde do Cebes* (novembro de 2013) e vem com DVD, com os principais momentos do debate. 

## ENDEREÇOS

**Editora Fiocruz**

(21) 3882-9039 e 3882-9006  
editora@fiocruz.br  
[www.fiocruz.br/editora](http://www.fiocruz.br/editora)

**Boitempo Editorial**

(11) 3875-7285/50  
editora@boitempoeditorial.com  
[www.boitempo.com](http://www.boitempo.com)

**Cebes**

(21) 38829140  
cebes@cebes.org.br



# Para calcular o futuro

*As grandes potências se protegem coletivamente, impedindo o surgimento de novos estados e economias líderes, através da monopolização das armas, da moeda e das finanças, da informação e da inovação tecnológica. Por isto, uma potência emergente é sempre um fator de desestabilização e mudança do sistema mundial, porque sua ascensão ameaça o monopólio das potências estabelecidas.* História, estratégia e desenvolvimento. FIORI, J. L. Para uma geopolítica do capitalismo, Boitempo, 2014 (no prelo)

José Luís Fiori \*

No século 20, o Brasil deu um passo enorme e sofreu uma transformação profunda e irreversível, do ponto de vista econômico, sociológico e político. No início do século, era um país agrário, com um estado fraco e fragmentado, e com um poder econômico e militar muito inferior ao da Argentina. Hoje, na segunda década do século 21, o Brasil é o país mais industrializado da América Latina, e a sétima maior economia do mundo; possui um estado centralizado e democrático, uma sociedade altamente urbanizada — ainda que desigual — e é o principal *player* internacional do continente sul-americano. Além disso, é um dos países do mundo com maior potencial de crescimento pela frente, se tomarmos em conta seu território, sua população e sua dotação de recursos estratégicos, sobretudo se for capaz de combinar seu potencial exportador de commodities com a expansão sustentada do seu próprio parque industrial e tecnológico. Tudo isto são fatos e conquistas inquestionáveis, mas estes fatos e conquistas colocaram o Brasil frente a um novo elenco de desafios internacionais, e hoje, em particular, o país está enfrentando uma disjuntiva extremamente complexa. As próprias dimensões que o Brasil adquiriu, e as decisões que tomou no passado recente, colocaram o país dentro do grupo dos estados e das economias nacionais que fazem parte do núcleo de poder do *caleidoscópio mundial*: um pequeno número de estados e economias nacionais que exercem — em maior ou menor grau — um efeito gravitacional sobre todo o sistema, e que são capazes, simultaneamente, de produzir um *rastro de crescimento* dentro de suas próprias regiões. Queiram ou não queiram, esses países criam em torno de si *zonas de influência*, onde têm uma responsabilidade política maior que a dos seus vizinhos, enquanto são chamados a se posicionar sobre acontecimentos e situações longe de suas regiões, o que não acontecia antes de sua ascensão. Mas ao mesmo tempo, os países que ingressam neste pequeno *clube* dos países mais ricos e poderosos têm que estar preparados, porque entram automaticamente num novo patamar de competição, cada vez mais feroz, entre os próprios membros desse *núcleo* que lutam entre si para impor a todo o sistema os seus objetivos e as suas estratégias nacionais de expansão e crescimento. Neste momento o Brasil já não tem como recuar sem pagar um preço muito alto. Mas por outro lado, para avançar, o Brasil terá que ter uma dose extra de coragem, persistência e inventividade. Além disto, terá que ter objetivos claros e uma coordenação estreita, entre as agências responsáveis pela política externa do país, envolvendo a sua diplomacia, a sua política de defesa, articuladas com sua política econômica e com sua política de difusão global

de sua cultura e dos seus valores. E o que é mais importante, o Brasil terá que sustentar uma *vontade estratégica* consistente e permanente, ou seja, uma capacidade social e estatal de construir consensos em torno de objetivos internacionais de longo prazo, junto com a capacidade de planejar e implementar ações de curto e médio prazos, mobilizando os atores sociais, políticos e econômicos relevantes, frente a cada situação e desafio em particular. Mais difícil do que tudo isto, entretanto, será o Brasil descobrir um novo caminho de afirmação da sua liderança e do seu poder internacional, dentro e fora de sua zona de influência imediata. Um caminho que não siga o mesmo roteiro das grandes potências do passado, e que não utilize a mesma arrogância e a mesma violência que utilizaram os europeus e os norte-americanos para conquistar, submeter e *civilizar* suas colônias e protetorados. Em segundo lugar, como todo país que ascende dentro do sistema internacional, o Brasil terá que questionar de forma cada vez mais incisiva, a ordem institucional estabelecida e os grandes acordos geopolíticos em que se sustenta. Mas o Brasil terá que fazê-lo sem o uso das armas, e através de sua capacidade de construir alianças com quem quer que seja desde que o Brasil mantenha seus objetivos e valores, e consiga expandir-se e conquistar novas posições dentro da hierarquia política e econômica internacional. Este objetivo já não obedece mais a nenhum tipo de ideologia nacionalista, nem muito menos a qualquer tipo de cartilha militar, obedece a um imperativo *funcional* do próprio *sistema interestatal capitalista*: neste sistema, *quem não sobe cai*. Mas ao mesmo tempo, *quem sobe*, tem que estar preparado, porque será atacado e desqualificado inevitavelmente e de forma cada vez mais intensa e coordenada, dentro e fora de suas próprias fronteiras, caso não se submeta à vontade estratégica dos antigos donos do poder global. Em qualquer momento da história é possível acovardar-se e submeter-se, mas atenção, porque o preço desta humilhação será cada vez maior e insuportável para a sociedade brasileira.

\* Cientista político, professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Artigo publicado na Carta Maior, em 29/5/2014 e republicado no site do Programa Radis, seção Radis na Rede. [1] Elias, N. O Processo Civilizador. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, vol 2.





# IdeiaSUS

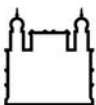
Banco de Práticas e Soluções  
em Saúde e Ambiente



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

Compartilhe práticas, ações, iniciativas, projetos e programas que tenham por finalidade o enfrentamento de problemas nos campos da saúde e ambiente, com foco no SUS.

**Acesse, divulgue a sua prática e conheça outras experiências!**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**CONASS**

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
**CONASEMS**  
1988