

Saúde não pode ser mercadoria

Marcos Arruda¹

Crianças e mulheres são as menos protegidas pelo atual sistema de saúde. Por quê? São elas que têm poder aquisitivo reduzido ou nulo. O sistema do capital converteu os seres humanos em relógios, compostos de órgãos a serem mantidos em funcionamento. A saúde, como tudo o mais, virou 'indústria'. E a doença, mercadoria e fonte de lucro. Tal sistema é composto por oficinas (hospitais, clínicas, consultórios e planos de saúde privados), mecânicos (médicos e enfermeiros), produtores e vendedores de peças (medicamentos, órgãos, equipamentos) e consumidores (o universo de carentes de saúde). O ser humano perde sua humanidade e se torna 'corpo', 'objeto', 'paciente', 'consumidor'. A saúde pública complementa a privada para aliviar aqueles que têm pouco ou nenhum poder aquisitivo.

Illich, no seu livro antológico², chama este de "sistema heteronômico" e de "medicalização da vida". Heteronomia é o oposto de autonomia ou gestão da própria saúde. A constante medicalização

da vida desempoderou as pessoas-cidadãs do controle político do sistema de saúde. Ela as reduziu a consumidoras da medicina e de remédios industrializados. Destruiu o saber tradicional, ou o sujeitou à pirataria da grande indústria farmacêutica. Com a lógica neoliberal da privatização e da desnacionalização da saúde, desapareceram a pesquisa nacional, a democratização dos medicamentos e as farmácias tradicionais. No lugar, criou-se dependência, subserviência, alienação.

A saúde pública no sistema heteronômico brasileiro é precarizada e submissa à fome privada de lucros, não cumprindo seu papel educador e facilitador do empoderamento de pessoas e comunidades. A Economia Solidária tem propostas para um sistema de saúde radicalmente diferente do atual. Centrada no ser humano, e não no capital e no lucro, afirma a saúde como um direito humano inalienável. Saúde é quando as energias do corpo fluem em sintonia com as de seu entorno social e natural. Quando há um desequilíbrio na pessoa, ele influi no entorno,

e vice-versa. Não há doença só individual nem há cura que não envolva a vontade e a dedicação da pessoa em se curar. *Ninguém cura ninguém e ninguém se cura sozinho.*

Três princípios fundamentais da Economia Solidária se aplicam à saúde como direito: autonomia, autogestão e solidariedade. Existem dois espaços de autonomia e de autogestão: a pessoa e a comunidade em que ela vive. Como a pessoa é um ser social e precisa dos outros para existir, só uma *saúde conscientemente solidária* é capaz de alimentar a autonomia e empoderar para a prevenção e a cura.

Deve-se, portanto, substituir o paradigma da doença pelo da saúde. As relações produtivas, reprodutivas, distributivas promovidas pela Economia Solidária visam a riqueza maior, que não é a posse excessiva de bens materiais, mas sim o

bem-viver e a felicidade. Tudo mais é meio para este fim maior. A saúde deve vir acompanhada de *alimento* suficiente, de boa qualidade, produzido sem agrotóxicos, sem modificação genética e sem a

morte de animais. E do *consumo consciente e solidário* de alimentos e bebidas. Também vem acompanhada da *medicina preventiva*, que tem um forte componente educativo e empoderador.

A autogestão pessoal e comunitária da saúde necessita de médicos de família, que as acompanhem na proximidade ao longo de sua existência; postos de saúde e clínicas de bairro geridas pela comunidade; e agentes de saúde educados para as funções formativa e terapêutica. Esta dimensão da medicina pública seria complementada pela gestão estatal de unidades maiores e mais complexas de atendimento – hospitais, centros de exames e pesquisa - e da pesquisa e desenvolvimento de medicamentos e tratamentos que superem as doenças em todas as suas dimensões: física, mental, psíquica, espiritual, social e ecossistêmica.

¹Socioeconomista do Pacs.

²Ivan Illich, 1975, *A Expropriação da Saúde* – Nêmesis da Medicina, Nova Fronteira. RJ.



Informação: o melhor remédio contra a “gripe suína”

Alessandro Biazzi¹

A epidemia de “Gripe Suína” tem gerado grande apreensão na população mundial. Foram constatados vários casos no Brasil. Não só os governos ampliaram os mecanismos de controle e prevenção, como boa parte da população teve que mudar seus hábitos. Contudo, nem todas essas medidas são pensadas no bem-estar das pessoas.

Em algumas escolas brasileiras, por exemplo, as férias de meio de ano foram prolongadas, gerando polêmica e dificuldades para homens e mulheres trabalhadoras com filhos pequenos. O governo do Egito tomou a iniciativa de abater 300 mil porcos, mesmo sem nenhum caso comprovado no país. Os muçulmanos não comem carne de porco e, segundo os críticos, a ação foi pensada para prejudicar a minoria cristã egípcia, particularmente os *zabaleens*, que vivem da coleta de lixo. Já cidadãos e cidadãs argentinos passaram a ser rejeitados e discriminados em aeroportos, devido à incidência maior da doença em seu país.

O México, local onde a epidemia teria começado, já constatou prejuízos para a economia em 2009. Apesar dos verdadeiros impactos, a epidemia também ajuda o governo de direita do presidente mexicano, Felipe Calderón, a mascarar os efeitos da crise financeira mundial. O país é um dos mais compromissados com neoliberalismo e acordos de integração (leia-se, de “entrega”) aos EUA. Esses acordos levaram a transferência de muitas empresas norte-americanas para o México, devido às leis menos rígidas de trabalho e controle ambiental.

O que isso tem haver com a gripe? A transnacional Smithfields e sua granja Carroll, no estado mexicano de Vera Cruz, têm sido acusadas pelos impactos na saúde da vida da população local e de ser o possível foco inicial da “gripe suína” no México, e até no Mundo. A gripe aviária na Ásia, em 2007, também gerou questionamentos sobre a forma de produção de alimentos, que está na contramão da natureza de reprodução dos animais. Nesse sentido, o princípio ético de vegetarianos de não comer carne para não fomentar essa barbárie deveria ser levado em conta.

As previsões catastróficas de uma pandemia global da

nova gripe suína não se confirmaram. Os grandes meios de comunicação comerciais chamados, erroneamente, de “opinião pública”, mascaram, alienam e fomentam o medo com fins de controle e lucro. Isso caracteriza historicamente boa parte de suas atividades e não a informação crítica e de denúncia. Foram também sensíveis *à lobby* das empresas de alimentos preocupadas com a ligação “suína” da gripe, passando a chamá-la pelo termo técnico - *Influenza A H1N1*. Na correria do cotidiano, dificilmente nos questionamos sobre essas batalhas de conceitos, palavras e significados.

Às pessoas com sintomas de gripe, a recomendação é não tomar o remédio Tamiflu por conta própria. Além de a automedicação ser um problema à saúde, parte dos ganhos com esse remédio vai para o ex-secretário de defesa dos EUA

Donald Rumsfeld, grande acionista do laboratório Gilead Science, detentor da patente do medicamento. Rumsfeld foi um dos responsáveis pela invasão imperialista no Iraque. A relação entre as grandes indústrias farmacêuticas e esses ciclos de poder que lucram com monopólios e o “mercado” de doenças é estreita. Esses porcos estão soltos. Só a informação e a luta social são capazes de acabar com o mau cheiro que trazem à política.



Confira na Internet

O relato trágico da população que vive próxima às Granjas Carroll em Vera Cruz, no México, está no *Youtube*. O vídeo, apenas em espanhol, pode ser encontrado pelo nome “Los Pueblos Unidos del valle de Perote vs. Granjas Carroll”.

A empresa Smithfields desmente que suas atividades tenham relação com o surgimento da “gripe suína”, mas o odor e as fezes de uma alta população de porcos confinada em escala industrial é um foco potencial de doenças que vem sendo combatido por seus efeitos à saúde desde 2005.

¹Mestrando em Relações Internacionais. Integra a equipe do Pacs.

Receita de saúde pública: Auditoria da Dívida

Rodrigo Vieira de Ávila¹

O sistema de saúde pública no Brasil é marcado pelas longas filas de espera, equipamentos quebrados, médicos sem condições de trabalho, falta de remédios, estabelecimentos mal-conservados, dentre muitas outras deficiências, que representam grave desrespeito à população. O Conselho Nacional de Saúde considera que um dos principais problemas desta área social é a fragilidade de suas fontes de receita, decorrente da não-regulamentação da Emenda Constitucional nº 29.

Em 2008, o Senado cumpriu este papel, aprovando Projeto de Lei Complementar (PLP) 306/2008 prevendo a destinação de 10% das receitas

brutas federais para a saúde, o que garantiria um expressivo aumento dos recursos nesta área social. Porém, quando a matéria chegou à Câmara, a base do governo foi submetida à equipe econômica e recusou a proposta em nome do “ajuste fiscal”, ou seja, do pagamento da dívida pública. O governo elaborou substitutivo ao PLP 306/2008, prevendo que qualquer recurso adicional para a saúde teria de vir de um novo tributo, no caso, a nova CPMF, sob o nome de CSS (Contribuição Social da Saúde).

A CPMF, criada sob a justificativa de financiar a saúde pública, sempre serviu, na realidade, para garantir o pagamento da dívida. Como isso se deu? Apesar da criação da CPMF em 1997, o gasto federal com saúde caiu de 2,12% do PIB em 1995 para 1,72% do PIB em 2006, e em 2008 foi de somente 1,68%. Grande parte das demais receitas que vinham sendo destinadas à saúde foram redirecionadas para o cumprimento das metas de superávit primário. Atualmente, o Orçamento Geral da União destina à dívida pública uma quantia seis vezes maior que a reservada à saúde, e 25 vezes maior que a potencial arrecadação da CSS.

Muitos tentam convencer a população de que o Brasil já gasta demais com saúde e que os problemas seriam apenas de gestão. É claro que existem problemas neste ponto. Porém, uma carta elaborada por diversas entidades da área da saúde¹ em julho de 2006 esclarece que os gastos com saúde no Brasil

são bem menores que em diversos países, e que, apesar do SUS ter sido uma importante inovação em termos de gestão pactuada entre os entes federados, “o baixo financiamento do SUS é hoje o fator que mais impossibilita os gestores municipais e estaduais de organizarem a oferta de serviços com qualidade”.

Baseado na idéia errônea de que tudo não passa de falha de gestão, o governo atual propõe resolver o problema da saúde com as chamadas “Fundações Estatais”, ou seja, instituições de direito privado com autonomia de gestão. Tais instituições substituiriam o Estado em diversas áreas, o que abre espaço para a privatização, uma vez que tais instituições privadas não teriam a obrigação de garantir acesso universal à saúde, por exemplo.

Tal projeto (PLP 92/2007) possui, dentre suas justificativas, argumentos do Banco Mundial no sentido de que tudo se resume a problemas de gestão, e que os trabalhadores devem ser contratados pelo regime da CLT. Ou seja, extingue-se a estabilidade no serviço público. Os salários dos servidores seriam definidos de acordo com avaliações de desempenho, e cada Fundação teria seu

próprio Plano de Carreira, impedindo lutas conjuntas por aumento de salários.

Na realidade, a solução dos problemas da saúde no Brasil passa pelo aumento dos recursos. Para tanto, a questionável dívida pública brasileira deve passar por auditoria, conforme prevê a Constituição Federal. Um importante passo para isto é a CPI da Dívida, instalada na Câmara dos Deputados. O Equador estabeleceu importante precedente ao ter, recentemente, auditado sua dívida. Como resultado, anulou de modo unilateral grande parte da dívida externa com os bancos privados internacionais.



¹Economista da Campanha Auditoria Cidadã da Dívida / Rede Jubileu Sul www.divida-auditoriacidada.org.br

²Carta disponível na página

<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060712142141.pdf>

Por uma política de saúde da e para a mulher no Brasil

Sabrina Celestino¹

Para tecer considerações sobre a política de saúde para as mulheres no contexto de extrema desigualdade vivenciado em nosso país, é necessário ter como ponto de partida o caminho árduo que a construção desta política percorreu e ainda percorre ao longo dos anos. Este caminho, que se deu permeado por lutas e disputas encampadas por profissionais de saúde, dentre aqueles que possuem uma visão para além das questões saúde/doença, contou também com a contribuição especial de movimentos sociais, sobretudo, do movimento feminista.

Como elemento central para pensarmos a política de Saúde da/para a Mulher no Brasil, citamos o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), construído em 1983, mas divulgado pelo Ministério da Saúde em 1984. Na época, o Programa foi ao encontro dos princípios de integralidade, inovando e ampliando a atenção à saúde da mulher que, desde as primeiras décadas do século XX, limitava-se à preocupação com o período gravídico-puerperal. A mulher era percebida apenas como um “ser destinado à reprodução”.

A partir da construção deste Programa, feita por profissionais considerados progressistas, outros fatores, além do de saúde/doença, como habitação, trabalho e educação passaram a ser considerados. O PAISM, sendo uma “legislação” bastante avançada, não só abarcou o período gravídico-puerperal, mas também o planejamento familiar, a violência doméstica contra a mulher, o câncer no colo do útero e o aborto como fatores de risco para sua saúde. Considerou, portanto, já neste momento, a mulher como sujeito de direitos, dona do próprio corpo e que, por isso, poderia e deveria planejar sua vida sexual e reprodutiva.

Dando continuidade aos princípios presentes no PAISM, destacamos: o Programa de Saúde da Família, a política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (2004/2007), a promulgação da Lei Maria da Penha (2006) e a Secretaria Nacional destinada ao Combate à violência contra a mulher, que possui *status* de Ministério. É importante ressaltar que o PAISM é anterior, inclusive, à Constituição de 1988, que apresenta em seu artigo 226 o planejamento familiar; à lei nº 9.263/96, reguladora do Programa de Planejamento; e ainda ao Sistema Único de Saúde (SUS) que expressa os princípios de integralidade e equidade.

Foi a partir das bandeiras “nossos corpos nos pertencem”, de igualdade de condições e oportunidades, em especial no mercado de trabalho, que o movimento feminista ultrapassou



tabus, o que também possibilitou o avanço na atenção integral à saúde da mulher (em especial no que se refere à contracepção). Além disso, flexibilizou papéis sociais anteriormente muito rígidos devido às questões culturais historicamente presentes na sociedade. Abordar o tema saúde da/para mulher, implica verificar as conquistas até os dias atuais, mas igualmente compreender os desafios que se encontram presentes neste tema. Desafios estes que se devem, em especial, à dificuldade de efetivação das ações descritas nas leis e programas e às questões relativas ao machismo, ao preconceito e a forma desigual como a mulher é tratada na sociedade, destacando aqui a sociedade brasileira.

O debate acerca das políticas de saúde para a população feminina deve considerar, portanto, uma série de condicionantes que não apenas os aspectos biológicos. Atualmente pode parecer desnecessário pontuar este aspecto. No entanto, nós profissionais de saúde podemos perceber que muitos ainda se encontram distanciados dos aspectos sócio/psicológicos que trazem implicações para a vida e saúde das mulheres. Não podemos desconsiderar o sofrimento, a dor, a fome, muitas vezes a loucura, o desejo, o tédio; entre outros aspectos. E, sobretudo, é necessário acolher e respeitar o desejo destas mulheres, mesmo que estes contradigam a princípio nossa visão de mundo. Estas se apresentam como ações primordiais para de fato desenvolvermos um atendimento integral às mulheres, possibilitando posturas autônomas e reflexivas a estas usuárias em relação à prevenção de doenças, promoção e/ou proteção da saúde. ☺

¹Assistente Social; mestranda em “Trabalho e Política Social” pela Faculdade de Serviço Social (UERJ).



“Temos que defender uma saúde que seja pública, coletiva e universal”

Gilka Resende¹

Victor Vicent Valla. No último 7 de setembro, esse professor emérito da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) morreu de insuficiência cardíaca aguda, aos 72 anos. Desde 2001, ele já enfrentava seqüelas deixadas por um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Como pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), sempre colocou seu trabalho científico à disposição da classe mais pobre. Isso sem nunca deixar de valorizar o saber e participação popular na construção do conhecimento. Um mês antes de sua morte, Victor abriu as portas de casa para conceder esta entrevista ao Informativo PACS. Aqui fica nossa sincera homenagem a este estadunidense que tanto contribuiu com a saúde pública brasileira.

Sobre o seu trabalho na Escola Nacional de Saúde Pública? Pode falar um pouco?

A Escola fica numa área com grande número de favelas no Rio de Janeiro. Nós trabalhamos com um método de pesquisa chamado ouvidoria coletiva. Escolhemos três centros de saúde nessa região – Penha, Maguinhos e um na própria Ensp. Em cada pólo, trabalham dois agentes de saúde, dois religiosos, dois pesquisadores e mais dois profissionais de diferentes áreas, também ligadas à saúde. Eles visitam as casas, entrevistam e fazem reuniões com os moradores. Discutem como deve ser a relação dessa equipe com a população. E também quais são as condições de saúde enfrentadas na área.

E quais são as condições?

Uma das coisas que mais chamou atenção é a questão da fome. Boa parte da população pobre vive do que é chamado xepa, que é a sobra de comida da feira ou dos supermercados. Muitas pessoas saem à noite nas latas de lixo procurando a comida. Então, depois as pessoas são atendidas apresentando diarreia, principalmente as crianças. Elas não conseguem se alimentar de forma saudável. Não têm acesso aos alimentos. Neste caso, muitos médicos que não moram, ou trabalham, na região costumam indicar virose.

Não levam em conta a realidade das pessoas, não é?

Esses médicos não entendem dessa realidade. Outra questão importante é a da água. A distribuição irregular prejudica a saúde das pessoas. Em muitas casas não existe isso de abrir a torneira e ter água corrente sempre. São grandes reservatórios e a água é distribuída em determinada hora. Então, os moradores providenciam vasilhames e reservatórios para armazenar essa água. Como a quantidade é limitada, por vezes há corre-corre para garantir água para lavar roupas e louças, tomar banho e para uso da família, das crianças. Essa água é distribuída de madrugada, muitas vezes. Então, a faxina é a primeira coisa a se fazer, pois de manhã já começa o dia de trabalho dessa população. Isso gera um cansaço interminável, o que prejudica a saúde dessas pessoas. Isso deve ser levado em conta na hora de se pensar ações.

Isso tem a ver com o que o senhor chama de sofrimento difuso. Poderia explicar?

Esse é um termo criado por mim. São as reclamações que a população faz. Dores no corpo, insônia, dores da cabeça,

coisas que incomodam muito no cotidiano. Muitas vezes, a tendência do médico é receitar o remédio para esse tipo de sofrimento. Falamos, então, da medicalização do sofrimento difuso. Só que esses remédios resolvem o problema apenas de forma temporária.

O que resolveria de fato esses problemas?

Combater a medicalização da sociedade, que é usar o remédio para resolver tudo. Não é remédio que vai resolver tudo, mas o atendimento personalizado pelo Sistema de Saúde. É a mudança de como vemos a saúde, e não o remédio. Temos também que ter um apoio social. Quando as pessoas percebem que têm apoio material, apoio da informação, elas conseguem superar melhor seus problemas. A questão religiosa também é importante para essa superação.

Além da falta de atendimento mais personalizado, quais seriam os principais problemas da saúde pública no país?

O problema da saúde pública no país gira em torno de três questões principais: o volume de demandas da população em relação à saúde; a direção dos investimentos que os governos fazem em torno dessas demandas; e a falta de fiscalização de hospitais, centros e postos de saúde. Em 1988, veio a grande reforma do Sistema, surgindo o Sistema Único de Saúde (SUS), que estabeleceu a saúde como um direito da população e um dever do Estado. Agora, uma coisa é o que pretende ser o SUS, outra coisa é o que ele é de fato. Temos que defender uma saúde que seja pública, coletiva e universal.

Neste contexto, qual é a sua avaliação do governo Lula?

Com relação aos investimentos na área, minha avaliação é de que está muito aquém do que poderia ser. Lula não mudou a situação da saúde no país, o que não quer dizer que ele não tenha a intenção de mudar. Mas para fins práticos, não mudou não. Muita coisa não mudou no governo Lula. A sociedade propõe uma medicina voltada para pessoas que têm uma renda maior, que pagam pela saúde. E o governo Lula tem atendido a demanda dessa parte da sociedade, a mais rica. Agora, o presidente diz outra coisa. Existe uma diferença grande entre o discurso e a prática. ☹

¹Estagiária de Comunicação do PACS.

Gestão e Viabilidade para grupos de produção no RJ

Em parceria com a Cooperação e Apoio a Projetos de Inspiração Alternativa (Capina), o PACS conclui a quarta edição do *Gestão e Viabilidade* em outubro. O curso reúne desde abril, em Campo Grande, 40 representantes de grupos de produção advindos principalmente da zona oeste da cidade do Rio de Janeiro.

Entre as participantes, a maioria é formada por mulheres que enfrentaram dificuldades para entrar no mercado de trabalho formal. Elas aprendem a avaliar se os produtos elaborados são viáveis, se estão comprando a matéria-prima adequada e produzindo da melhor maneira. A partir dos conhecimentos do curso, conseguem melhorar a renda de suas famílias. Assim, constroem coletivamente estratégias que valorizam e tornam possível o comércio solidário de produtos feitos com muita dedicação e carinho.

O principal objetivo do curso *Gestão e Viabilidade* é a construção coletiva do conhecimento junto aos grupos de produção, a fim de avançar e fortalecer as iniciativas populares já existentes, ampliando o horizonte de suas escolhas. A proposta, além de questionar os parâmetros de produção do sistema capitalista, apresenta alternativas que levam em conta o equilíbrio do ser humano, o respeito e a sustentabilidade do planeta. ☺

“Mudar a vida das mulheres para mudar o mundo”

Outra frente de trabalho do PACS também colhe ótimos frutos. É o curso *Mulheres e Economia*. Em agosto último, 35 participantes de diferentes movimentos sociais formaram a 9ª turma e deram início aos estudos. No conteúdo, debates que mostram a economia e o feminismo em várias perspectivas: saúde, gênero, consumo, violência, segurança alimentar, preservação ambiental, etnia, educação, entre outras.

A palavra economia significa “o cuidado do lugar”: *oikos* (casa) mais *nomia* (regras). Mesmo as mulheres sendo historicamente as principais responsáveis pelo cuidado da família e do lar, esse trabalho se torna invisível no atual modelo econômico. Neste contexto, a idéia do curso *Mulheres e Economia* é apresentar a economia relacionada à reprodução da vida de forma solidária e sustentável. O curso apresenta, portanto, uma maneira de pensar a ciência econômica a partir da perspectiva das mulheres. As oficinas desta edição, realizadas na zona oeste do Rio de Janeiro, serão concluídas em outubro. ☺



Visões sobre a economia solidária no planeta

Os livretos produzidos pelo grupo de trabalho “Visões de uma Economia Responsável, Plural e Solidária” resumem o debate sobre os principais temas relacionados à economia solidária em todo o mundo.

A primeira edição, disponível em espanhol e inglês, aponta caminhos para a construção de um modelo econômico capaz de transcender a economia do capital. Com o título “*Intercambiando Visiones sobre una Economía Responsable, Plural y Solidária*”, o estudo serve como glossário, explicando de forma sucinta conceitos como finanças solidárias, comércio justo, consumo ético e justiça ambiental.

Já o segundo livreto, editado somente em inglês até o momento, apresenta quatro diferentes abordagens e realidades culturais da economia solidária no mundo: asiática, latino-americana, norte-americana e européia. Entre os autores estão: Benjamin R. Quinones Jr, Alfonso Cotera Fretel, Yvon Poirier, Emily Kawano, Pierre Johnson, Tara Delille, entre outros. Infelizmente, o continente africano não está representado em “*A Non-Patriarchal Economy is possible*”. Em português, “Uma Economia Não-Patriarcal é possível”.

As duas publicações foram organizadas pelo socioeconomista Marcos Arruda. Além do PACS, o trabalho também recebeu apoio da Aliança por uma Economia Responsável, Plural e Solidária (ALOE) e da Fundação para o Progresso Humano (FPH). Estes estudos demonstram que outras formas de se fazer economia são possíveis e que, inclusive, já existem em diversos cantos do mundo. Leia e dissemine essa idéia! Para adquirir os livretos escreva para secretaria@pacs.org.br ou ligue: (21) 22102124. ☺



Plantas medicinais e alimentos: melhorando a saúde a partir da agricultura urbana¹

Marcio Mattos de Mendonça²

*Mangueiras e jambeiros no quintal, meninos se lambuzam e contam caso
Coentro, pimentão e cebolinha na horta pra lembrar a tradição
Nordestina, por destino, não por acaso
Pra reforçar contra a gripe, banana e abacate sem veneno, acerola e limão
Mas se resfria não tem jeito
Guaco, cidreira, mel
Cama e carinho de vó para o cansaço
Vou guardar minhas sementes pra passar pros meus amigos
Produzir uma mudinha
Pra tudo ficar florido
Alegrando o quintal e a nossa vida, encontrando e trocando
Nesse dia-a-dia da cidade, apesar de tão corrido*

Denis Monteiro³

O Rio de Janeiro é o segundo maior município do Brasil em termos populacionais, é majoritariamente urbano, e apresenta graves problemas de insegurança alimentar e nutricional, afetando principalmente comunidades de baixa renda. É nesse contexto que grupos comunitários e pastorais sociais, há dez anos, vêm incentivando o aproveitamento de quintais das casas e outros espaços urbanos para a prática da agricultura, visando melhorar as condições de alimentação e saúde das populações.

Ao utilizar o quintal da casa para produzir alimentos, plantas medicinais e ornamentais, as famílias resgatam tradições e vão redesenhando o seu espaço de vida. Dessa forma, locais antes destinados ao descarte de entulhos ou sem utilização, transformam-se em ambientes agradáveis e produtivos: motivo de orgulho para famílias e bairros.

Os alimentos produzidos sem resíduos tóxicos, a partir de recursos existentes nas próprias comunidades, complementam a alimentação, principalmente com frutas e hortaliças que, muitas vezes, não seriam consumidas caso não fossem produzidas no próprio quintal. Para as famílias mais pobres, essa é a única maneira de acessarem esses tipos de alimentos, relegados ao segundo plano, devido ao alto preço ou à dificuldade de acesso via mercados locais. Em pequenas hortas agroecológicas, é possível produzir até 15 kg de verduras e legumes por m² ao ano, além de frutas em abundância. Um único abacate, por exemplo, pode suprir a metade das necessidades diárias de calorias de um adulto. Produzem-se alimentos de qualidade nos próprios quintais

das casas a um custo muito baixo. Práticas que envolvem crianças demonstram que é muito mais fácil incentivar uma alimentação saudável quando elas também plantam e colhem os alimentos.

A produção de plantas medicinais também é bastante significativa, estando presente em quase todos os quintais produtivos da cidade. Assim, são preparados remédios caseiros para problemas comuns de saúde, tais como dores de cabeça, resfriados e gripes, doenças de pele, diarreias, entre outras. Preparados de forma caseira ou em grupos de produção organizados, os remédios representam uma economia de mais de 50% em compras de medicamentos para algumas famílias. Muitas relatam a total eliminação do uso de medicação convencional. Além disso, o preparo de remédios caseiros é uma forma de resistência aos apelos e a exploração econômica da indústria farmacêutica.

Os grupos comunitários envolvidos passam a incorporar em seu cotidiano o incentivo à agricultura urbana de maneira participativa. Pouco a pouco, vão sendo tecidas redes locais que funcionam como pontos de suporte à prática. Essas redes incentivam os moradores a utilizarem criativamente os espaços urbanos para a produção, facilitando o acesso a informações, sementes e mudas, e promovendo trocas de experiências e um ambiente de interação social.

A valorização dos conhecimentos e práticas de agricultura urbana e o incentivo à experimentação fortalecem a auto-estima dos moradores da cidade. Os encontros entre agricultoras e agricultores urbanos estimulam o consumo consciente e diversificado, valorizando alimentos produzidos localmente e receitas caseiras tradicionais. Assim, a prática de agricultura urbana torna-se uma ferramenta de mobilização social e de melhoria da qualidade de vida, uma prática alternativa e crítica aos padrões correntes de consumo alimentar. ☺



¹ Reflexões a partir do Programa de Agricultura Urbana da AS-PTA: Agricultura Familiar e Agroecologia.

² Engenheiro agrônomo. Coordenador do programa de Agricultura Urbana da AS-PTA (www.aspta.org.br).

³ Ex-integrante da equipe da AS-PTA, atual agricultor urbano.

Aids: aspectos para a reflexão

Maria Fernanda Escurra¹

A epidemia de Aids completou 26 anos de existência oficial. Como resultado de seu aspecto multifacetário, da complexidade e do reconhecimento de impasses e dilemas, são muitos os aspectos necessários à reflexão. Em 2001, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu a Aids como o maior desafio dos últimos tempos enfrentado pela saúde pública. Nesse momento, a epidemia já deixava de ser um problema restrito ao campo da saúde, como era percebida nos anos 80. Ao longo da sua trajetória, a Aids ganhou novos enfoques. Nos anos 90, tornou-se uma questão de direitos humanos e na década seguinte, também uma importante discussão sobre desenvolvimento.

O fato de se acreditar, no início, que a Aids era um problema de grupos específicos fez com que a maioria das mulheres heterossexuais casadas ou com parceiros fixos se sentissem protegidas. Em 1980, dados epidemiológicos apontavam entre os infectados a existência de 25 homens para cada mulher. Relação que foi gradativamente diminuindo até que, atualmente, assistimos a um processo conhecido como de feminização da epidemia, sendo a relação heterossexual a principal via de transmissão. Essa também é a razão pela qual o Programa Nacional DST/Aids atribui a persistência da epidemia em patamares elevados. Hoje, os dados revelam uma razão que se aproxima de um homem para uma mulher infectada. A contaminação ocorre com mais frequência na juventude e em mulheres mais velhas.

Mulheres e organizações sociais mobilizadas na luta contra a epidemia acreditam que a história de enfrentamento da Aids entre as mulheres será outra quando as políticas públicas voltadas para justiça social e para a equidade forem prioridades dos governos em suas diversas instâncias; quando as ações educativas e assistenciais previstas no Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PAISM) forem implementadas; a visão integral da mulher como sujeito estiver prevalecida; a questão dos direitos sexuais e direitos reprodutivos compreendidos; e quando as mulheres estiverem ainda mais conscientes de sua cidadania.



Como mostram estatísticas, os jovens estão no centro da epidemia de HIV, mesmo havendo uma razoável disseminação das informações. Os contextos socioeconômicos em que estão inseridos, particularmente os jovens, muitas vezes dificultam a conversão dessas informações em estratégias ou práticas de proteção. As informações obtidas pelos meios de comunicação ou nas escolas, não se mostram suficientes, uma vez que não são acompanhadas de reflexão. As desigualdades de gênero presentes nas relações amorosas e sexuais, muitas vezes expressadas pelo amor possessivo e ciumento, desde as formas sutis até as mais violentas, passam despercebidas. Muitos têm a crença, principalmente os jovens, de que são formas de manifestação de amor. Diversos estudos demonstram que um dos principais fatores de vulnerabilidade das mulheres é a desigualdade de gênero, tanto em relação à violência quanto à infecção por HIV.

Neste contexto, a Aids no Brasil apresenta três fenômenos importantes para a reflexão: a pauperização, a feminização e a interiorização. As vulnerabilidades relacionadas à classe e à etnia se articulam com as desigualdades de gênero, tendo como expressão maior a violência sexista. Mas é importante destacar que estas vulnerabilidades das mulheres são históricas. E que com a epidemia da Aids, elas ganham novos contornos, ficando evidente a ausência de poder político e de autonomia das mulheres na efetivação de seus direitos.

Diante deste cenário, é urgente o desenvolvimento de ações que garantam o empoderamento, resgate e elevação da auto-estima e da consciência das mulheres. Mostra-se necessário, ainda, o desenvolvimento de ações por parte do Estado e da sociedade civil para contribuir com a prevenção da epidemia e a com a garantia de políticas públicas e serviços de qualidade.

¹Assistente social. Integra a Ser Mulher – Programa “Tranversalizando HIV/ Aids: uma construção coletiva entre as contrapartes de Pão para o Mundo na América Latina e Caribe”.



Publicação trimestral do Pacs – Instituto Políticas Alternativas para o Cone Sul

Equipe: Alessandro Biazzi, Ana Cândida, Eliane de Paula Macedo, Gilka Resende, Gustavo Vaccih, Jussara Mendonça, Karina Kato, Leila Salles, Leilane Brito Mosry, Marcos Arruda, Miriam Lemos, Peter Gerhard, Rita de Cássia Alves, Robson Patrocínio, Sandra Quintela e Tatiane dos Santos

Edição: Gilka Resende (estagiária de comunicação)

Projeto gráfico e diagramação: Rogério Nascimento

Impressão: Grafthaly

Tiragem: 2.500 exemplares

Distribuição: Gustavo Vaccih e Leilane Brito
Sugestões, críticas ou pedidos de exemplares?

Fale conosco, teremos muito prazer em responder:

Av. Rio Branco, 277 - 16º andar - sala 1609
Centro • Rio de Janeiro • RJ • CEP 20.040-009

Tel/Fax: (21) 2210-2124

www.pacs.org.br - pacs@pacs.org.br

Utilidade Pública Federal - Port. n.º 2.476, de 17/12/2003 - D.O.U. de 18/12/2003

Conselho Municipal de Assistência Social - inscrição n.º 620 - D.O.M. de 28/10/2003