



1. SAÚDE NA LÓGICA DE MERCADO: UMA AMEAÇA REAL

GT Serviços

Em abril de 1996, um representante da Comissão Internacional de Comércio dos EUA (USITC, na sigla em inglês) fez consulta ao Brasil sobre a possibilidade de o país assumir mais compromissos de “abertura” na área da saúde. Por abertura entende-se a possibilidade de que investidores e companhias estrangeiras pudessem participar dos negócios ligados à saúde no mercado brasileiro. Um mês depois, em maio, o ingresso de capitais transnacionais no setor de seguros-saúde foi autorizado, com o argumento de que favoreceria os consumidores, abaixando preços e aumentando a qualidade do serviço. Na prática, não houve melhora nem nos níveis de concorrência. Continuou faltando investimento em infra-estrutura, houve impacto negativo na equidade de acesso e nas condições de emprego dos trabalhadores da área. A tentativa de tornar o acesso à saúde universal no Brasil tomava mais um golpe.

Essa história não é a primeira, nem única, nem é exclusiva do Brasil. Apenas ilustra uma situação bastante atual e assustadoramente similar em vários dos chamados países em desenvolvimento: fenômenos como a liberalização, a privatização e a assinatura de acordos comerciais e de investimentos ameaçam as políticas públicas de saúde, com efeitos sobre o conjunto da população. Em especial, sobre as mulheres e os grupos mais vulneráveis. Grupos que, diante da desigualdade social resultante do modelo econômico, não estão entre os consumidores da saúde privada. Como a maioria da população, utilizam os serviços públicos.

SUS: uma conquista ameaçada pela contra-corrente

Voltemos ao início dessa história. É impossível falar da política de saúde no Brasil sem ter como referência o SUS (Sistema Único de Saúde). Sua construção, nos anos 80, é resultado da mobilização dos sanitaristas e dos movimentos sociais pela democratização da política pública de saúde. A implantação do SUS rompe com a lógica até então predominante e institui um sistema de saúde seguindo os seguintes princípios:

- **Universalidade:** que seja um direito usufruído por todas e todos;
- **Integralidade:** que possibilite o acesso a todos os tipos de procedimentos, o que envolve promoção, proteção e recuperação;
- **Descentralização e regionalização:** que seja pensada a partir do território;
- **Hierarquização:** que seja organizada a partir das necessidades, não da oferta de mercado;
- **Participação social:** que abra espaços democráticos.

A Constituição Federal de 1988 apóia esse projeto, ao definir a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. O SUS propõe, portanto, que a política de saúde não se limite aos hospitais e à distribuição de remédios. Ressalta o papel da atenção básica, da prevenção e da promoção da saúde, entendendo-a não apenas como a “ausência de doenças”, mas como um atributo do bem-estar. Quando observamos nossos países vizinhos, vemos que esta foi uma conquista histórica que poucos conseguiram levar tão longe.

Mas esse sistema já nasce como uma política de resistência, navegando na contra-corrente em um contexto de reformas de ajuste estrutural que visavam desmontar o pouco que estava sendo construído no Brasil em termos de políticas de bem-estar social. Esse projeto de desmonte, que se tornou cada vez mais hegemônico ao longo dos anos 90, propunha a iniciativa privada e a estratégia focalizada (contrária à política universal) como soluções para os problemas de saúde.

Invariavelmente, o SUS acabou afetado por essa estrutura neoliberal. O Estado passou a priorizar a economia de recursos com vistas ao pagamen-

to de sua dívida. Com isso, a partir de 1992, houve queda no financiamento, que não conseguiu a independência necessária das marés econômicas. Ocorreram cortes nos “gastos” (mais adequado seria chamar de investimentos) e perdas de receita. Para ampliar e consolidar programas de saúde, restaram os empréstimos de instituições como o Banco Mundial. Mas, nesse caso, não é a população nem o governo, e sim o próprio Banco quem diz como o recurso deve ser investido.

O SUS e os planos privados

Por outro lado, o setor privado de saúde continuou a receber considerável financiamento do governo. Em primeiro lugar, por meio de empréstimos e repasse de verbas. Em segundo lugar, por meio da renúncia fiscal, que permite o desconto do imposto de renda dos valores que o contribuinte paga a planos privados. Justificar a queda de investimento em saúde pública a partir escassez de recursos, portanto, é mera retórica. Na prática, o que se coloca é uma questão de prioridade. Dar prioridade ao setor privado significa jogar por terra a idéia de acesso universal.

Via de regra, o setor privado interessa-se apenas pelas etapas do sistema que geram lucro. Os procedimentos e cuidados mais custosos, com relação custo-benefício desfavorável aos olhos das empresas, continuam sob a responsabilidade do serviço público. Não importa o quanto sejam importantes. É o que ocorre, por exemplo, com a tuberculose: poucos planos privados apóiam pacientes nesse tipo de tratamento, que lhes dariam prejuízo. Em espanhol, costuma-se falar então em *descreme*, que literalmente significa “tirar a nata”: o privado fica com a fatia que lhe interessa, a do lucro, e no público ficam as fatias mais caras e difíceis do serviço.

Ao longo dos anos, esses fatores mudaram a relação entre os serviços público e privado de saúde. Da maneira como têm funcionado, os recursos investidos na saúde geram uma renúncia tributária regressiva: os mais ricos deixam de contribuir para a implantação dos serviços públicos, que passam por dificuldades, em favor do crescimento do setor privado. Ao invés de combater a desigualdade, o modelo de saúde brasileiro passou a dar força à

sua reprodução.

E mesmo com todos esses problemas o SUS continua extremamente relevante para quem é nele atendido. Pesquisa feita pelo Ministério da Saúde em 2001 com 110 mil usuários internados pelo sistema indicou que 85% consideraram excelente ou bom o atendimento no hospital. Para manter isso, todos os programas de vacinação, prevenção e vigilância, e ainda a maior parte dos procedimentos de alta complexidade na saúde, o sistema público conta com menos de R\$ 20,00 por mês por brasileiro. O déficit de investimento nos serviços públicos viram superavit para pagar a dívida externa.

Diferentes processos, um mesmo caminho

Privatização, liberalização e acordos de comércio e investimento fazem parte deste projeto que é contrário à saúde como bem público, mas são coisas diferentes. Vejamos cada uma delas com um pouco mais de detalhe. Por privatização entende-se o processo pelo qual a posse ou a propriedade de bens públicos (como um hospital, uma empresa de mineração ou uma estrada) é passada (em tese, vendida, para gerar recursos ao Estado) à iniciativa privada.

Já a liberalização é o processo pelo qual o governo permite que empresas participem mais intensamente da economia de mercado nacional, independentemente de comprarem ou não bens públicos. Isso ocorre, muitas vezes, quando se rebaixam as limitações impostas à entrada de produtos e serviços importados. Os que estão interessados na liberalização costumam encará-la como uma mera “remoção de obstáculos”. Em outras palavras, o fim de “barreiras legais” que contrariam os interesses privados e que devem ser alvo de desregulamentação. Entre esses “obstáculos” podem estar, por exemplo, os programas que garantem acesso universal a certos medicamentos. Na lógica liberal, eles servem apenas para impedir o desenvolvimento do mercado privado de remédios.

Os acordos comerciais, por sua vez, envolvem negociações entre dois ou mais Estados. O objetivo final é o mesmo: facilitar a inserção do capital externo na economia nacional e, reciprocamente, do capital nacional em outros países.

A liberalização pode ser uma consequência dos

acordos, mas nem sempre esse foi o caso do Brasil. Em alguns momentos o governo decidiu sozinho, sem negociar com outros países, diminuir o grau de “proteção” de nossa economia. Houve liberalização sem que houvesse acordo comercial.

A saúde, o lucro, o papel do Estado

De qualquer forma, no que interessa para a saúde, tratam-se todos eles de processos que aprofundam no setor o domínio da lógica da acumulação capitalista, ou do lucro. A saúde não é vista como direito, mas como um conjunto de mercadorias. As empresas transnacionais interessadas na saúde, que têm forte poder de influência sobre governos, buscam a rentabilidade e a expansão de seus mercados. Nessa perspectiva, o acesso à saúde passa a depender do dinheiro: quem tem, paga. Quem não tem...

A longo prazo, o sucateamento do serviço dá força à idéia de que ele é necessariamente ineficiente, de baixa qualidade, e que por isso precisa ser conveniado com o privado. Nesses momentos, é preciso questionar: a quem interessa que o SUS seja um serviço que não atenda adequadamente? Precisava haver tantos convênios com o setor privado? Tantos empréstimos do Banco Mundial?

No limite, a ameaça que se coloca de forma clara para o Brasil é a de que a regra vire exceção. Ao invés de um direito social garantido pelo Estado, no qual a rede privada é que atua como complementar ao serviço público, passa-se a ter um sistema de saúde que funciona a partir da lógica privada. A luta pelo SUS quer provar que é possível construir um serviço de saúde público, gratuito e de qualidade.

TECNOLOGIA NÃO FAZ MILAGRE

Além da idéia de que a competição pode reduzir preços (um contra-senso quando se luta por um serviço público, de qualidade), os que apóiam o projeto neoliberal costumam apresentar o acesso à tecnologia de ponta como uma das vantagens do modelo que defendem. O aparato tecnológico para a saúde também é promovido pela mí-

dia e por muitos profissionais da área. Sabe-se, no entanto, que boa parte das soluções para a saúde não dependem de milagres tecnológicos, mas de investimentos em áreas básicas, como a qualificação profissional, o saneamento básico e a prevenção. Exigem também uma qualificada rede de referência para a recuperação da saúde.

2. ACORDOS COMERCIAIS E A SAÚDE

Atualmente, são três as principais frentes de negociação comercial nas quais o Brasil está envolvido: a rodada multilateral (isto é, entre um grande número de países) da Organização Mundial do Comércio (OMC), o projeto da Área de Livre Comércio das Américas (Alca) e o Acordo União Européia-Mercosul. O próprio Mercosul não deixa de ser um acordo de livre comércio, apesar de ter também outras ambições.

Dentro desses acordos, são os capítulos ligados ao comércio internacional de serviços que costumam envolver mais diretamente a saúde. O Acordo Geral sobre o Comércio de Serviços (GATS, na sigla em inglês), que é negociado no âmbito da OMC, trata especificamente da saúde no seu capítulo oitavo. Aí se enquadram pedidos de abertura comercial em setores ligados a hospitais e exames laboratoriais, ameaças potenciais à lógica de funcionamento do SUS.

Por enquanto, na atual rodada, o governo brasileiro não apresentou ofertas no capítulo oitavo. Não se pode esquecer, contudo, que há outros compromissos relacionados à saúde no acordo. E em alguns deles o Brasil tem aceitado negociações. É o caso dos seguros-saúde, que às vezes passam despercebidos por serem classificados “serviços financeiros”.

Discussões sobre o movimento de pessoas pelo mundo (conhecidas no jargão da OMC

como negociações do Modo 4 de prestação de serviços) também devem ser consideradas seriamente, pois causam problemas como a precarização e a “fuga de cérebros”. Voltaremos a esse ponto a seguir.

Muito além dos serviços

Possíveis impactos sobre a saúde não param por aí. Ao abordar a questão da água como algo meramente mercantil, alguns acordos dificultam o acesso de certas populações a esse bem essencial e, indiretamente, geram conseqüências para a saúde. Obrigadas a viver sem água ou a recorrer a fontes de pior qualidade, essas populações ficam mais ameaçadas à diarreia e à desidratação, entre outros problemas.

Negociações sobre propriedade intelectual, por sua vez, mantém uma relação direta com o acesso a medicamentos: quanto mais o interesse dos grandes laboratórios é atendido pelos acordos, mais caros ficam os remédios. E mais difícil fica a sustentação de programas públicos de garantia de tratamento, como o programa nacional para o tratamento do vírus HIV. Estima-se que três milhões de pessoas morram de aids por ano em todo o mundo por falta de acesso a tratamentos que já existem. Percebendo essa influência, diversos grupos ligados à luta pelo acesso universal às políticas de aids têm participado de mobilizações que visam alterar a dinâmica com que os governos trabalham a questão da propriedade intelectual.

Barreiras sanitárias, regras para o comércio agrícola e políticas industriais, entre outros assuntos, também interferem na saúde.

Isso ressalta a importância de que as/os envolvidas/os na luta em defesa da saúde atuem de forma conjunta com outros setores, entre os quais aqueles que trabalham em defesa da água, do acesso aos medicamentos e da soberania alimentar. Apenas a partir dessa articulação é possível disputar um outro projeto de desenvolvimento para o Brasil e para os demais países pobres

SAÚDE E ÁGUA: ALGUNS DADOS

Atualmente, estima-se que dois milhões de crianças morram por ano no mundo de doenças relacionadas à água contaminada. No Brasil, dados apontam que 65% das internações em hospitais têm em sua origem alguma relação com a falta de acesso à água de qualidade. Um quinto da população do país não tem acesso à água de qualidade, número que sobe para 70% entre os que recebem até dois salários mínimos. Metade dos brasileiros ainda não conta com rede de esgoto.

Assim como na saúde, a universalização dos serviços de saneamento depende sobretudo de dinheiro público. Mas por vezes caminhamos no sentido contrário, dando força a modelos e parcerias que fortalecem apenas o setor privado. Seu interesse não é casual. A água é um mercado lucrativo, que rende por ano uma receita aproximada de U\$ 400 milhões. Talvez por isso haja tanto interesse de bancos de investimento e tantos empréstimos voltados para o setor.

MEDICAMENTOS E PROPRIEDADE INTELECTUAL: UMA CRONOLOGIA

1980 - Os casos de aids no Brasil ganham relevância

1991 - Começa a distribuição de AZT, um dos primeiros remédios usados com alguma eficiência no tratamento

1993 - O Brasil passa a produzir AZT, o que o coloca como país de ponta no setor

1996 - É promulgada quase sem nenhuma discussão a Lei de Patentes, que transforma em monopólio invenções que entrarem de uso depois de sua publicação

1999 - O Brasil aprova a Lei de Gené-

ricos, e a OMS propõe a revisão dos acordos que tratam de propriedade intelectual para salvaguardar o acesso a medicamentos

2001 - Contenciosos internacionais iniciam uma verdadeira guerra jurídica entre defensores das patentes e do acesso universal

2004 - Começa crise no abastecimento de remédios para a aids nos postos de saúde. O alto valor pago a transnacionais por medicamentos exclusivos ameaça a sustentabilidade do Programa Nacional de aids.

2005 - O governo ameaça os laboratórios, mas evita modificar o quadro a partir de negociações.

OMC: cenário atual

As negociações no GATS estão avançando, e é urgente o reforço às iniciativas da sociedade civil de todo o mundo que tentam tirar dos trilhos o acordo. O capítulo específico da saúde não está entre as prioridades dos negociadores neste momento, entre outros motivos porque a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou-se extremamente preocupada com suas conseqüências. Mas, como já indicado, outros setores com significativo impacto sobre a saúde têm avançado, e não se deve subestimar a possibilidade de que mesmo o debate sobre o capítulo oitavo seja retomado em algum momento.

Importante ressaltar ainda que, nesse jogo internacional, predomina a lógica da barganha. Interessado em ampliar as exportações dos produtos do agronegócio para as economias ricas, o Brasil oferece em troca abertura em setores de bens industriais e de serviços.

Deter a OMC não é suficiente

Quando não há “avanço” nas negociações multilaterais, a abertura pode concretizar-se a partir de acordos regionais. Os Tratados de Livre Comércio (TLCs) com os EUA já são uma triste realidade em países andinos e no Caribe. O agravante, nesses casos, é que há um descompasso ainda maior entre

o poder do capital e a defesa dos direitos dos povos. Há diferenças importantes entre os países que fecharam acordos desse tipo. Uma característica, porém, tende a prevalecer: quem mais perde são os mais pobres.

Outro ponto importante envolve a regulação nacional das atividades de saúde privada. Há casos de países que alteram sua legislação antes mesmo de negociar acordos, para não incomodar os investidores. Assim, os “obstáculos” já estarão removidos quando chegar a hora de apresentar ofertas. Outros aceitaram compromissos de abertura em saúde antes mesmo de construírem qualquer sistema nacional de regulação. Ao tentarem criar posteriormente algum tipo de controle sobre os serviços, vêm-se amarrados por acordos já assinados. Por incrível que possa parecer, há exemplos de governos, como o do Uruguai, que negociaram acordos sem saber exatamente quais seriam suas conseqüências.

Por apostar suas fichas na negociação multilateral, o governo brasileiro ainda aguarda algum avanço na OMC para possivelmente retomar seus acertos regionais. Entre eles, está o Acordo UE-Mercosul e a Alca, esta já bastante enfraquecida por conta da forte mobilização que se impôs contra sua efetivação.

Também não podem ser ignorados os acordos de investimentos. Eles não lidam com a abertura comercial em si, mas procuram criar garantias para que o capital transnacional possa operar “com segurança” em nossos mercados. Foram acordos desse tipo que permitiram o ingresso de seguradoras e companhias de água estrangeiras na Argentina, por exemplo. Essas empresas também têm se valido desses acordos para questionar as limitações que o governo argentino quer impor à sua atuação, depois de empresas terem desrespeitado por anos o público e as metas estabelecidas.

Nessa lógica atuam também o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial. Nesse caso, por meio dos empréstimos para programas de saúde. Como vimos na primeira parte, esses empréstimos incluem condições que em geral incentivam o desenvolvimento da saúde na lógica contrária à do SUS.

Em conclusão, a política brasileira voltada para saúde pública está sendo ameaçada, assim como ocorre em outros países na América Latina. Programas fracionados e focalizados desmontam a noção de saúde como direito universal, e levam trabalhadoras/es a perderem direitos e boas condições de trabalho. As necessidades da população ficam submetidas às “necessidades” das instituições financeiras multilaterais. Perdem-se direitos diante da ganância de acordos de propriedade intelectual e dos riscos de abertura de mercados por acordos de serviços.

3. OS IMPACTOS

NÃO SÃO

UNIFORMES:

MULHERES, NEGROS, MULHERES NEGRAS

Entre as “recomendações” para a área da saúde, os pacotes de financiamento internacional (entre os quais, os do Banco Mundial) utilizados pelo Brasil e por muitos outros países incluíam as seguintes idéias: que os lares passassem a fazer parte do cuidado com a saúde, que a eficiência fosse melhorada, e que se ampliassem a concorrência e a diversidade dos serviços.

O que essas propostas querem dizer? A primeira recomendação privatiza uma responsabilidade do Estado, ao pretender que as famílias arquem com a recuperação dos enfermos. Na maioria das vezes, é uma mulher quem “herda” esse dever do Estado. É o que ocorre quando o período de internação no hospital é diminuído para poupar recursos, e alguém na família tem que cuidar daquela/e que vai mais cedo para casa. A segunda pode ser traduzida em duas palavras: cortar gastos. Afinal, esse acaba sendo o efeito principal das medidas de “eficiên-

cia”, induzidas por empréstimos que são mais adequados à iniciativa privada que aos serviços públicos. A terceira tem por base a idéia de privatizar e liberalizar os próprios serviços. E é aqui que se encontra a sintonia entre órgãos como o FMI e o Banco Mundial, e os acordos comerciais.

Essas propostas (já em vigor, em muitos casos) desestruturam as políticas públicas e transferem a responsabilidade que lhes cabia para o privado, quase sempre para as mulheres. Isso resulta em multiplicação de suas jornadas, no aprisionamento das mulheres no papel de cuidadoras, e não permite que elas cuidem adequadamente de sua própria saúde.

O aprofundamento das políticas neoliberais agravam as desigualdades, afetando fortemente as mulheres, em particular as mulheres negras, gerando um sentimento em muitas delas de um lugar de derrota. Se há 20 anos a saúde era percebida como uma necessidade de paz e bem-estar, hoje a maioria das mulheres a identifica com a mera cura de doenças, com a possibilidade de encontrar remédio no posto. A saúde, portanto, passou a ser encarada como uma questão individual. Junto com outros fatores, isso faz com que muitas mulheres sintam-se responsáveis e culpadas individualmente por um problema que tem natureza mais ampla. Entre os papéis das ativistas está o de lembrar que o problema de saúde em um lugar pode não ser em outro, dadas as condições do ambiente e de vida.

Não é à toa que os movimentos feministas passaram a figurar entre os principais portadores das bandeiras por justiça social. São as mulheres as mais prejudicadas pelo desmonte das políticas públicas de bem-estar que deveriam ter caráter universal. Mas isso não ocorre por igual, afinal as mulheres não são um grupo homogêneo. Perdem mais as que mais utilizam os serviços públicos. E dados indicam que 80% das usuárias do SUS são negras. A desigualdade racial continua presente no país, e só pode ser minorada por políticas de Estado.

Divisão do trabalho e diferenças salariais

Outro impacto nas mulheres está relacionado à divisão sexual do trabalho. Na base dos serviços de assistência à saúde encontram-se muito mais tra-

balhadoras que trabalhadores. Quando há precarização nesses setores, são as mulheres as principais prejudicadas. Ficam, portanto, duplamente mais expostas aos impactos da liberalização. Perdem como usuárias, e perdem como trabalhadoras.

É fundamental levar àquelas/es que estão mais diretamente afetados pelos problemas essas conexões, nem sempre perceptíveis, da realidade local com a internacional. Compreender que há modelos em disputa e que é preciso ir à luta para garantir direitos é tarefa urgente e necessária. A OMC tem ocupado estrategicamente o debate na agenda global, o que ressalta a importância de as mulheres trabalharem nessas questões, enfrentando o livre comércio.

4. OS TRABALHADORES EM SAÚDE

Se o desafio que se apresenta é o embate entre o modelo do qual fazem parte os acordos de livre comércio, a privatização e a focalização dos serviços e o modelo de defesa da saúde como um direito público universal, as/os trabalhadoras/es dos serviços de saúde são peça fundamental desta luta. A defesa de seus direitos confunde-se com a própria defesa da qualidade do serviço público.

Um tal Modo 4

Um exemplo vindo da Jamaica ilustra as contradições que vivemos no mundo globalizado: o ensino de enfermagem é público e financiado pelo Estado, mas está mais voltado às necessidades dos pacientes dos Estados Unidos que à realidade jamaicana. Depois de formadas/formados, boa parte das/dos profissionais vai trabalhar nos EUA, deixando para a Jamaica um déficit de enfermeiras e enfermeiros que já chega a 50%.

Na OMC, é a negociação sobre o chamado Modo

4 de prestação de serviços, que envolve a circulação de profissionais pelo mundo, a mais diretamente associada às questões do trabalho em saúde. O Brasil tem uma condição peculiar nesse jogo: é um país ao mesmo tempo doador e receptor de trabalhadores. Sofre com a “fuga de cérebros”, ao ver profissionais que se qualificaram com recursos do Estado mudarem-se para lugares em que têm mais oportunidades, e também sofre com a recepção, nem sempre legal, de brasileiras/os e estrangeiras/os que cursam carreiras da área da saúde em outros países. As negociações, via de regra, ignoram essa ambigüidade. Além disso, tratam de um tema delicado demais para ser negociado como mera questão comercial, em instâncias antidemocráticas como a OMC e os TLCs regionais.

Precarização e a luta por um SUS que não veio

Mas o Modo 4 e a migração não são as únicas relações entre esse amplo quadro econômico e as/os trabalhadoras/es em saúde. Ao priorizar o privado e drenar os recursos do serviço público, esse modelo econômico também gera o agravamento das condições inadequadas de trabalho e a redução dos direitos sociais, além de instabilidades no vínculo empregatício.

Apesar de seus resultados históricos do ponto de vista do acesso da população à saúde, o SUS não conseguiu introduzir as mudanças desejadas no que diz respeito à gestão do trabalho na área. Ao longo da década de 90, na tensão surgida entre o SUS e as teses neoliberais, cresceu a precarização do trabalho na saúde. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) adotaram todo o tipo de fórmula de contratação para fugir dos concursos

públicos, única maneira legal de ingresso de trabalhadoras/es no serviço público.

O que está em jogo, portanto, é uma escolha de modelo. Qual saúde queremos? Ela deve priorizar o lucro financeiro ou o bem-estar social? E, dentro dessa saúde, como deve funcionar o trabalho?

5. AMPLIAR A AÇÃO NA DISPUTA DE UM PROJETO

O conceito de desenvolvimento está aí para ser disputado. Ele pode ser alcançado dentro da lógica do mercado? Os desafios que se colocam são amplos e internacionalizados, o que deixa clara a necessidade de pensar e organizar em conjunto o campo de luta dos movimentos sociais. Defensoras/es da saúde em geral, feministas, negras/os, homossexuais, sindicalistas, entre outros, estão provocados a ampliar suas fronteiras e incorporar questões que tornam mais complexa suas atuações. Ao mesmo tempo, é preciso construir pontes para essa nova esfera de poder e reforçar as pontes com aqueles que, em cada comunidade, sofrem com problemas, às vezes, sem saber o quanto eles são comuns a vários povos e países.

Se encaramos a saúde como propôs o SUS, de forma integral e universal, é urgente reforçar as conexões também com aquelas/es que lutam por outras políticas sociais essenciais, como o saneamento, a segurança alimentar, e o direito à água. O que se quer, ao fim, é a ampliação das responsabilidades do Estado na busca por justiça social, por uma vida mais saudável e pela consolidação da democracia.

As atividades da REBRIP são possíveis graças ao apoio de seus membros, de ActionAid Brasil, da Fundação Ford e de OXFAM.

Apoio a esta publicação: Fundação Ford e Fundação Heirinch Böll.

Abril de 2006



REBRIP
Rede Brasileira pela Integração dos Povos
Rua das Palmeiras, 90 – Botafogo
Cep 22270-070 – Rio de Janeiro – RJ

www.rebrip.org.br