

NESTA EDIÇÃO

Entrevista:
Júlio Muller

'O SUS não é um
mero plano de saúde'

Cenário da
tuberculose

Trajetória é positiva
no controle, mas
concentração de
casos ainda é alta

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982

Nº 106 • Junho de 2011

Av. Brasil, 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ • 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP



Mala Direta
Postal

9912233515/2009-DR/RJ
FIOCRUZ

...CORREIOS...



Beco do crack com vias

Morador vive em área de risco

Morador vive em área de risco

Enchentes preocupam

RISCO

*Conceito fundamental para a Saúde normatiza
comportamentos e aponta para o controle*

Imagens pioneiras da saúde reunidas em documentário

Katia Machado

Dois dos mais antigos filmes sobre saúde do Brasil, realizados de forma cuidadosa e inovadora para a época — o início do século 20 — são tema do documentário *Cinematógrafo Brasileiro em Dresden*, dirigido por Eduardo Thielen, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), e Stella Oswaldo Cruz Penido, da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), e lançado em abril, durante evento de comemoração dos 25 anos do Icict. Os dois filmes foram produzidos por Oswaldo Cruz e apresentados pelo cientista na exposição Internacional de Higiene e Demografia de Dresden, Alemanha, em 1911 — o Brasil foi o único país das Américas a ter um estande próprio nesse evento e os filmes tiveram grande repercussão.

mani Heffener ressaltou o cuidado que se teve no filme sobre o combate à febre amarela. “Se olharmos para a maior parte dos filmes brasileiros silenciosos que sobreviveram, praticamente nenhum tem esse tipo de investimento, é muito raro um plano do alto”, exemplificou. “O filme alterna cenas internas e externas, dentro de um padrão que talvez tenha existido na época, mas que infelizmente não conhecemos”, acrescentou, observando que nenhum filme de ficção anterior a 1913 sobreviveu no país.

A constatação de Heffener vem ao encontro das observações feitas pelo pesquisador em cinema Fabián Nuñez, professor da Universidade Federal Fluminense, no seminário *Cinema, memória e imagens da saúde*, que antecedeu o lançamento do documentário. Segundo Nuñez, houve perda de 90% dos filmes silenciosos produzidos em 1909. “O que se vê hoje é uma pequena

dos dispositivos, rotinas e estratégias empreendidas para dar conta daquele vasto cenário”, observa Benchimol, para quem este filme se diferencia de *Chagas em Lassance*, cujo propósito foi filmar o doente e a doença.

A mesma análise faz Heffener. De acordo com o pesquisador, Carlos Chagas em seu filme se preocupou em deixar a câmera sobre seu objeto e em deixá-lo se apresentar. “Há um tempo de plano maior que o comum para um filme cine-jornalístico”. O pesquisador supõe que o filme tenha sido feito com uma câmera de madeira, a manivela, rodando cerca de 16 quadros por segundo, com objetiva focal fixa e filme monocromático, de pouca sensibilidade, o que levava a optar por filmar no exterior. “Não sei se o filme está completo, mas o que ficou mostra basicamente crianças e jovens acometidos por o que Chagas chamou de forma nervosa da tripanossomíase

REPRODUÇÃO




Mesclando imagens de época e entrevistas com pesquisadores de história da saúde e do cinema, o documentário traz cenas do filme sobre a campanha contra a febre amarela empreendida no Rio de Janeiro por Oswaldo Cruz, e as ações preventivas adotadas, e do filme *Chagas em Lassance*, com imagens de Carlos Chagas e pacientes, na cidade mineira em que o cientista descobriu a doença que leva seu nome, em 1907. “São cenas dos primeiros filmes científicos brasileiros conhecidos, marcando o pioneirismo do Brasil e do então Instituto Oswaldo Cruz — como era chamada a Fiocruz em 1911 — na utilização de imagens em movimento para a comunicação e a informação em saúde”, comentou Thielen no lançamento da obra.

Em entrevista para o documentário, o pesquisador da Cinemateca do Museu de Arte Moderna do Rio de Janeiro Her-

parcela”, disse. Por este motivo, acredita que ter acesso ao que restou já é grande mérito. Nuñez explicou que, em 1909, no Rio de Janeiro, os filmes sobre cirurgia médica eram os que atraíam o público. “Veremos também temas sobre o atraso e a modernidade ao longo de todo o processo de produção do cinema silencioso brasileiro”.

Para o pesquisador da COC Jaime Benchimol, as imagens reproduzidas no documentário são impressionantes. No caso do filme sobre a campanha de combate à febre amarela, apontou, são reveladas estratégias inovadoras para a época, inventadas e desenvolvidas por Oswaldo Cruz. “São milhares de pessoas envolvidas nessa campanha. Se ela mostra alguma coisa, é a cidade. É o corpo de saúde pública na relação com o contexto urbano na sua totalidade. O doente entra nesse filme como figurante

americana, ou da doença de Chagas. Ou seja, pessoas com distúrbios neurológicos, que se expressavam em dificuldades motoras, paralisias, distúrbios da fala e da inteligência”, apontou a pesquisadora da COC Simone Kropf, outra entrevistada no documentário. Ela lembra que cenas de crianças e jovens degenerados — termo usado na época — foram imagens recorrentes do filme, cuja exibição na exposição de Dresden foi um marco. 



O documentário *Cinematógrafo brasileiro em Dresden* está disponível para consulta e aquisição no site da VideoSaúde-Distribuidora da Fiocruz (www.fiocruz.br/videosaude).

O risco nosso de cada dia

Viver é correr risco, diz um ditado. Outro, lembra que é melhor prevenir... Nossa capa trabalha com a ideia de risco na saúde, uma categoria válida e tradicionalmente utilizada em Epidemiologia, assim como nas ações e políticas de prevenção. Mas vai além - e este é o aspecto mais interessante da matéria - quando coloca em discussão as consequências das diferentes acepções e usos inerentes a esse conceito complexo e instável, que é uma construção social do nosso tempo.

As relações humanas contemporâneas, o desenvolvimento econômico e social não sustentável e o uso intenso de tecnologias sobre as quais não se tem suficiente conhecimento reforçam a ideia de perigo contida no espectro do que é risco. As possibilidades de acontecimentos ou consequências não implicam necessariamente grande probabilidade de aquilo se tornar realidade. E nesse espaço aberto pela incerteza prosperam as disputas sobre grau de incidência, critérios de verdade, chances reais de concretização. Estão em jogo sentidos e poder.

Na epidemiologia do século 20, o risco se tornou cada vez mais quantificável e calculável. Com a contribuição das estatísticas e da noção de probabilidade, normas foram criadas e comportamentos reforçados em nome da saúde. No limiar deste primeiro século de milênio, a percepção das incertezas e imponderabilidades,

somada ao avanço civilizacional dos direitos individuais e coletivos e da possibilidade de escolhas enfraqueceram a ideia de que o conhecimento das ciências da saúde ou o poder do Estado possa ditar o modo de vida. Por outro lado, as ideologias de redução do poder do Estado e hipertrofia do papel do mercado na vida pública e privada reforçaram a tendência ao descompromisso da esfera pública e das instituições sociais com a proteção da vida e estimularam saídas em que cada indivíduo passa a se responsabilizar por seu "estilo de vida" e, em última instância, sua saúde.

Enquanto indivíduos e coletividades contam menos com a proteção do Estado e de certo consenso no conjunto de saberes acumulados, o direito à saúde e à vida é cada vez mais transformado em mercadorias. Inevitáveis sensações de perda, falta de proteção e medo são midiaticamente ampliadas e seus antídotos, comercializados.

Ora o discurso do risco prescreve a contenção e o controle sobre o indivíduo, ora a possibilidade do risco é usada para estimular o arrependimento por tudo o que não se tenha feito. O resultado dessa ambivalência, segundo um dos especialistas entrevistados é uma ansiedade sem precedentes na sociedade.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

- ♦ Imagens pioneiras da saúde reunidas em documentário 2

Editorial

- ♦ O risco nosso de cada dia 3

Cartum

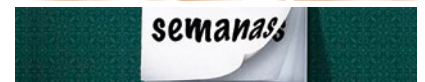
3

Cartas

4

Súmula

5



Radis adverte

6

Toques da Redação

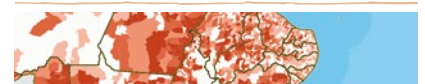
6

Entrevista

- ♦ Júlio Müller Neto: 'O SUS implica uma nova relação entre Estado e sociedade' 9

Debate

- ♦ Risco, conceito fundamental em permanente discussão 12
- ♦ Direitos individuais ou bem comum? 16
- ♦ Entrevista — José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres: 'Um poderoso intérprete de nós mesmos' 17



'Atlas ÁguaBrasil'

- ♦ Informações confiáveis sobre a qualidade dos recursos hídricos 18
- ♦ Observatórios em debate 19

Tuberculose

- ♦ Antigo e atual problema de saúde pública 20

Serviço

22

Pós-Tudo

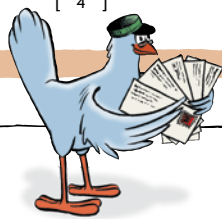
- ♦ 'A América-Latina deu um salto extraordinário' 23

CARTUM



SÉRGIO EDUARDO DE OLIVEIRA

* VERSO DA MÚSICA PAULA E BEBETO, DE MILTON NASCIMENTO E CAETANO VELOSO (1975).



CARTAS

MÍDIA E SAÚDE

Acompanho o trabalho de vocês desde a graduação e procuro sempre recomendar a leitura do que produzem. O pró-SUS tão presente nas discussões e nos temas das matérias é essencial para o fortalecimento do sistema como um todo. Quero sugerir um tema de reportagem: o papel da mídia na divulgação de informações sobre saúde. Temos visto que a Rede Globo, as revistas *Veja* e *Época* e outros canais da mídia têm como característica a produção de matérias sensacionalistas, que não ajudam a melhorar o SUS, matérias com fundo degradante e ignorante a respeito do SUS, com reportagens baseadas em *falação reclamante*. Isso só ajuda a deflagrar um processo de mal estar na população e fortalece aquela sensação tão comum de que realmente vivemos num país de ignorantes. O SUS tem muito a melhorar, temos muitos furos, mas a construção está acontecendo, é coletiva e precisa da participação positiva e responsável de todos. Esse tipo de mídia tem que ter algum tipo de fiscalização. Não sou a favor da censura, mas é importante haver um

controle de qualidade desse tipo de material que chega todos os dias a milhões de brasileiros. Que vocês continuem perseverantes nessa nossa caminhada na construção de um Estado nacional mais equânime, colaborando sempre com a reflexão crítica dos leitores da revista.

♦ Jimeny P. B. Santos, Florianópolis, SC.

☑ *Cara Jimeny, a temática do papel da mídia na saúde está sempre nas páginas da Radis. Como exemplos mais recentes, apontamos as edições 100 e 104, e a seção Toques das edições 102, 104 e 105. Ficamos gratos pelo contato!*

O SUS QUE NÃO SE VÊ



Quero deixar registrada minha satisfação em receber a revista de abril (104), capa *O SUS que não*

se vê, e quero, do fundo do meu coração, elogiar essa maravilhosa redação por sua competência em cada edição, que nos surpreende e encanta, com o enfoque jornalístico direcionado à saúde pública no Brasil de forma brilhante. Continuem assim, fazendo esse trabalho extraordinário e maravilhoso. Um forte abraço a todos.

♦ Fábio S. Christo, Duque de caxias, RJ

VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Muito boa a matéria *Cartilha orienta direitos da mulher vítima da violência*, da *Radis* 103, pois é inadmissível qualquer tipo de violência contra a mulher, crianças (parabéns pela campanha da Xuxa *Não bata, eduque*), índios ou qualquer ser humano, e até mesmo os animais. Também acontece, e nem sempre é divulgada e menos ainda apurada, a violência contra o homem. Existem mulheres que praticam este ato execrável. Nestes casos, a lei Maria da Penha é válida também?

♦ Henrique Souza Miranda

☑ *Caro Henrique, muitos especialistas e juizes entendem que sim. Leia sobre a Lei Maria da Penha nas edições 49, 92 e 104 da Radis. Ver, ainda, a seção Súmula das revistas 72, 79 e 82.*

EXPEDIENTE



Ministério
da Saúde



RADIS® é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 72.200 exemplares
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

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

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Eliane Bardanachvili (Milênio)
Reportagem Katia Machado (subedição/Milênio), Adriano De Lavor, Bruno Dominguez (Milênio), Claudia Lopes (Milênio/interina) e Patrícia Pimentel (estágio supervisionado)

Arte Dayane Martins (subedição/Milênio), Natalia Calzavara e Sérgio Eduardo de Oliveira (estágio supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Benigno
Secretaria e Administração Fábio Lucas e Onésimo Gouvêa
Informática José Filho

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas)

Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119
E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (confira também a resenha semanal *Radis* na Rede e o *Exclusivo para web*, que complementam a edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762

Site www.fiocruz.br/ouvidoria

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente reproduzido, desde que acompanhado dos créditos. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.

ASSINATURA

Gostaria muito de receber em breve a revista, pois preciso muito dela para estudar. Faço Nutrição e Dietética e sei que as informações que a *Radis* transmite são de fundamental importância para ampliar meus conhecimentos. Desde já agradeço a compreensão e espero ansiosa a minha fiel companheira, a revista *Radis*.

♦ Débora Moraes, Boa Nova, BA

☑ *Cara Débora, sua solicitação foi registrada. É preciso aguardar, pois a assinatura da Radis, gratuita, é sujeita a ampliação de cadastro. Nesse meio tempo, acesse as edições da revista em www.ensp.fiocruz.br/radis. Abraços!*

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha nome, endereço e telefone. Por questão de espaço, o texto pode ser resumido.

SÚMULA

RETRATO DO BRASIL
NO CENSO 2010

O retrato mais recente do povo brasileiro foi apresentado na última semana de abril, com a divulgação do Censo 2010 do IBGE, que contabilizou 190 milhões de habitantes no país. Foram destacados pelos jornais aspectos como crescimento populacional, acesso a saneamento, informações sobre a renda e sobre o perfil étnico dos habitantes. *O Estado de São Paulo* (30/4) destacou que as regiões Norte e Centro-Oeste lideram o crescimento populacional, observando-se forte migração para o interior. O jornal alertou que a migração para essas regiões pode ser responsável pela pressão sofrida pela Amazônia e pelo Cerrado. Entre outros números, o Censo 2010 revelou que há 3,9 milhões a mais de mulheres no país e que se constatou crescimento da população com 65 anos ou mais. Sudeste e Sul lideram os índices de envelhecimento no país. Foi destacado, ainda, pelo jornal o número de brasileiros que informaram viver em uma união homossexual – 60 mil.

Os números relacionados ao acesso à água, saneamento e coleta de lixo foram destacados por *O Globo* (30/4): apenas 55% dos lares estão ligados à rede de esgoto. Na última estimativa, em 2000, 47,3% tinham acesso; em 1991, 35,3%. No Sudeste, a rede de esgoto atinge 81% dos lares; no Nordeste, chega a 33,9%, enquanto, no Norte, não alcança os 13,9%. Em relação à água o cenário é melhor: 82,8% da população têm acesso à água encanada. Em 2000, eram 77,8%; em 1991, 70,7%. Mesmo assim, ainda é grande o número de casas sem banheiro (cerca de 3,5 milhões de domicílios), com a pior situação registrada na região Nordeste – com 63,3% do total. Também são melhores os números de acesso à energia elétrica. Hoje, 98,7% dos habitantes têm luz elétrica, contra 94,5%, em 2000.

Sobre a divisão da renda, a extrema pobreza diminuiu, embora 60,7% dos domicílios se mantenham com apenas um salário mínimo (em 2000

eram 66,6%). Em contrapartida, os que ganham mais de cinco salários mínimos se mantiveram em torno dos 5%, enquanto 4,3 dos domicílios vivem sem rendimento algum, destacou *O Estado de São Paulo*. Os jornais chamaram atenção para o fato de que o Censo demonstra que havia, em 2010, 132 mil domicílios no país sustentados por crianças de 10 a 14 anos. *O Globo* destacou, ainda, que, pela primeira vez na história do Censo, os brancos ficaram abaixo de 50% da população (47,73%). A soma de habitantes pretos, pardos, índios e amarelos é maior na contagem feita em 2010.

DIREITOS IGUAIS AOS
EMPREGADOS DOMÉSTICOS

Grupo de trabalho do governo federal divulgou relatório com propostas voltadas a garantir aos empregados domésticos todos os direitos trabalhistas previstos na Constituição. O texto defende a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional 478/10, que acaba com as restrições de direitos previstas para esses profissionais, informou o site de notícias Congresso em Foco. A existência do relatório, no entanto, não significa que os direitos das domésticas serão ampliados, como observa a ministra da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), Iriny Lopes. Para ela, permanece no país uma ideia de que negras e negros são seres inferiores, feitos para servir a uma elite branca. E é isso o que reflete a relação existente entre patrões e empregados domésticos. O IBGE aponta que são mulheres negras 61% dos empregados domésticos (diaristas, cozinheiras, motoristas particulares, caseiros e governantas). As domésticas representam 15,8% do total da mão de obra feminina.

No Brasil, as mulheres negras e pardas representam 51,5% da população. Hoje, a doméstica com carteira assinada tem direito a salário mínimo, férias e 13º, mas não a seguro-desemprego e salário-família – o FGTS é opcional para o empregador. Já as domésticas sem carteira assinada, que representam 74% do total dessas profissionais, além de não terem direitos trabalhistas garantidos, ganham, em média, R\$ 303 por mês. No caso de mulheres negras ou pardas, sem carteira de trabalho, o valor é ainda menor – R\$ 280.

A PEC 478 foi protocolada em abril de 2010 pelo deputado Carlos Bezerra (PMDB-MT). “A principal dificuldade encontrada pelos técnicos para a conclusão dos trabalhos é o aumento dos encargos financeiros para os empregadores domésticos”, disse Bezerra na justificativa da PEC. A necessidade de melhorar as condições de trabalho das domésticas no país é reconhecida como prioritária pela SPM e outros órgãos do governo, cujos representantes participaram da elaboração do relatório, como a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, o Ministério do Trabalho e o Ministério da Previdência.

DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS,
PRINCIPAL CAUSA DE MORTES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou (27/4) o primeiro *Relatório Global sobre Doenças Não Transmissíveis*, durante fórum que reuniu especialistas da área da saúde em Moscou, Rússia, informou o site do Centro de Informações das Nações Unidas (Unic). De acordo com o relatório, cerca de 36 milhões de pessoas morreram em 2008 devido a doenças do coração, derrames, câncer e diabetes – em países de baixa ou média renda, em 80% dos casos. Isso representou mais da metade (63%) de todas as mortes ocorridas em 2008, fazendo dessas doenças uma ameaça maior do que as infecciosas, como malária, aids e tuberculose – mesmo em países pobres. A diretora geral da OMS, Margaret Chan, observou, em comunicado, que as doenças crônicas não transmissíveis representam grande desafio. “Em alguns países, não é exagero descrever a situação como uma catástrofe iminente, para a saúde, para a sociedade, e, sobretudo, para as economias nacionais”.

As doenças cardiovasculares lideram a lista em número de mortes (17 milhões, anualmente), seguidas pelo câncer (7,6 milhões), doenças respiratórias (4,2 milhões) e diabetes (1,3 milhão). Esses quatro grupos correspondem a cerca de 80% das doenças não transmissíveis e têm fatores de risco comuns: uso do tabaco, atividade física inadequada, uso nocivo do álcool e dietas pobres.

Cerca de 30% das pessoas que morrem por doenças não transmissíveis

veis em países de baixa e média renda têm menos de 60 anos. São mortes prematuras que poderiam ser evitadas, como observou o diretor-geral adjunto para Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental da OMS, Ala Alwan.

O Fórum Global forneceu contribuições para a *Primeira Conferência Ministerial Global sobre Estilos de Vida Saudáveis e Controle de Doenças Não Transmissíveis*, realizada nos dias 28 e 29/4, também em Moscou. Os dois eventos antecedem o primeiro encontro da Assembleia Geral Sobre a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis, marcado para setembro, em Nova York, Estados Unidos.

PANORAMA DA HIPERTENSÃO

Dados que integram pesquisa feita pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), vinculada ao Ministério da Saúde, revelam que a hipertensão arterial atinge 23,3% dos brasileiros, sendo mais frequente em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%), informou o *Globo Online* (26/4). Uma das conclusões do estudo foi a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico: enquanto 34,8% das mulheres com até oito anos de escolaridade têm diagnóstico de hipertensão arterial, a mesma condição é observada em apenas 13,5% das mulheres com doze ou mais anos de escolaridade.

Metade dos brasileiros com mais de 55 anos sofrem da doença, relacionada também ao envelhecimento. A pressão alta contribui significativamente para o surgimento de doenças cardíacas. Nos jovens, o número de vítimas é bem menor. Entre 18 e 24 anos, somente 8% foram diagnosticados com hipertensão, registrou a Agência Brasil (26/4). Foram ouvidas

54.339 pessoas, com mais de 18 anos de idade, nas 26 capitais e no Distrito Federal, em 2010.

MAIS INFORMAÇÃO PARA PREVENIR A OSTEOPOROSE

Mulheres em tratamento de osteoporose e osteopenia têm pouca informação sobre essas doenças e sua evolução, revelou pesquisa do Hospital da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). A pesquisa baseou-se em metodologia usada pela comunidade científica internacional (*Osteoporosis Questionary e MedTake*) e envolveu mulheres com idade em torno de 62 anos, e com 16, de menopausa. Foram ouvidas 232 mulheres, que apresentaram média 3,78 pontos no questionário, de um total de 20 pontos (que representaria excelente conhecimento sobre as doenças e o tratamento), informou a Agência Brasil (9/4). A osteopenia é o início da perda da massa óssea, que sem a adoção de medidas preventivas pode evoluir para a osteoporose, caracterizada por ossos extremamente frágeis, com risco de fraturas graves. Conhecer a doença seria fundamental para um tratamento bem sucedido, segundo os médicos.

ÔMEGA-3 E DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Estudo realizado por pesquisadores da Universidade de Connecticut, nos Estados Unidos, e apresentado em congresso de Biologia Experimental, mostrou que consumir o ácido graxo ômega-3, encontrado em peixes como o salmão, reduz o risco de depressão pós-parto, informou o site da revista *Veja* (13/4). Depois de realizar pesquisa que demonstrara que o consumo do ácido docosahexaenoico (DHA) — da série ômega-3 — durante a gravidez auxilia o desenvolvimento do bebê, a médica Michelle Price Judge resolveu colocar à prova seu efeito na depressão pós-parto. A experiência analisou os hábitos alimentares de 52 mulheres grávidas, divididas em dois grupos, um que tomou placebo e o outro que consumiu 300 miligramas de DHA (quantidade similar à de meia porção de salmão), cinco dias por semana, entre a 24ª e a 40ª semanas da gravidez. A partir de então, foram acompanhadas, tendo sua condição emocional medida por meio de uma escala de depressão pós-parto realizada pela coautora do estudo, Cheryl Beck, também da Universidade de Connecticut. O resultado mostrou



JORNALISMO CONSERVADOR

— A Globo News quase nos fez acreditar que sairia do lugar comum e do discurso conservador a respeito das drogas, ao dar voz à coordenadora do Núcleo de Estudos de Drogas, Aids e Direitos Humanos da Uerj, Gilberta Acselrad, entrevistada pela jornalista Leilane Neubarth, em 11/4. A propósito de pesquisa com 18 mil universitários que mostrou que quase metade (49%) já havia usado alguma substância ilícita, a jornalista perguntou se o resultado havia surpreendido. Ao que Gilberta respondeu que não, emendando com uma análise arrojada, que abre caminhos diferentes para a reflexão sobre as drogas (ver *Radis* 101), talvez nunca antes veiculados pela TV (mesmo por assinatura). Gilberta explicou que o uso de drogas faz parte da história da humanidade e que o problema não é o uso, mas a perseguição a elas. "A política antidrogas que vigora no Brasil e no mundo a partir do início do século 20 tornou algumas drogas ilícitas e tem como ideal o mundo livre das drogas. Esse mundo nunca existiu

que as mulheres que fizeram parte do grupo que consumiu o peixe foram menos propensas a manifestar sintomas relacionados a ansiedade. Michelle e sua equipe ressaltaram, durante o Congresso de Biologia Experimental, que seriam necessários mais estudos para entender as razões e o alcance dos benefícios do ômega-3 para a saúde mental da mãe. Ainda assim, foi recomendado o consumo de peixes ricos neste tipo de ácidos graxos entre dois e três dias por semana, já que são ricos em proteínas e minerais.

SUPERBACTÉRIAS: INCIDÊNCIA SEM PRECEDENTES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou (7/4) que a incidência de infecções resistentes a drogas atingiu níveis sem precedentes e supera a capacidade de combatê-las com as drogas existentes, informou O

Radis Adverte

**EM CASO DE
TOSSE POR MAIS DE**

CALENDÁRIO

**3
semanas**

**PROCURE UM POSTO DE
SAÚDE, POIS PODE SER
TUBERCULOSE**

IMAGEM DA CAMPANHA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

nem nunca existirá”. Ao ser indagada sobre ser, então, a favor da legalização das drogas, a pesquisadora confirmou, já apresentando qual seria o papel do Estado nesse contexto: controlar a elaboração e a qualidade de todas as drogas e ajudar as pessoas que se sentirem prejudicadas ou que vierem a sofrer. Levando para a televisão a polêmica perspectiva da redução de danos, por meio da análise de Gilberta, a Globo News parecia ter tomado o caminho da originalidade, da desconstrução, da busca pelo enriquecimento do debate. Mas durou pouco. A jornalista não conseguiu embarcar nas reflexões da entrevistada. Ao contrário, deu início a uma série de reações irritadas ao que era exposto. “Esta é uma discussão polêmica para uma outra oportunidade”, cortou. “Qual a melhor maneira de lidar com os jovens para evitar que se tornem viciados?”, logo quis saber. Gilberta prosseguiu. “Prevenção significa evitar que algo aconteça – como a tuberculose, com a vacina. Mas as drogas não são uma doença infecciosa. Não adianta divulgar como objetivo a abstinência, porque quem não pode, não quer ou não consegue ficar abstinente está fora desse projeto”, observou. “O caminho é a educação para autonomia, desenvolver nas pessoas a capacidade de reflexão e ação protetora de si e do seu entorno”, apontou. A jornalista retrucou: “Parece um pouco assustador”. E, ao ouvir que “risco maior é a

interdição de certas drogas e o consumo de maconha misturada com outras substâncias”, alterou-se, saiu de seu lugar de entrevistadora, assumindo o de “mãe de dois filhos adolescentes”, e a entrevista se encerrou. “Muito obrigada por suas informações”. Concorde-se ou não com Gilberta, grande oportunidade de se mudar o rumo dos debates sobre tema tão relevante e tão desgastado se perdeu. A íntegra da entrevista está no site do RADIS (www.ensp.fiocruz.br/radis)

FOTOS DA 'RADIS' EM MOSTRA –



FOTO: ROGÉRIO LANNES

Os ensaios fotográficos *Crianças Baré no Alto Rio Negro e Perto do modo Xavante de viver*, respectivamente, dos jornalistas Rogério Lannes, coordenador do RADIS, e Adriano De Lavor, repórter da *Radis*, foram selecionados para exibição no 1º Festival *Théo Brandão de Fotografias e Filmes Etnográficos*, realizado em abril, em Maceió (AL). O evento, resultado de parceria entre o Museu Théo Brandão de Antropologia e Folclore-MTB e o laboratório Antropologia Visual em

Alagoas-AVAL, vinculados à Universidade Federal de Alagoas, destina-se a divulgar produções relacionadas a pesquisas etnográficas e registros de imagens de manifestações étnicas e culturais. Os dois ensaios destacaram-se, com outros quatro, entre os 28 inscritos. Rogério Lannes recebeu também o prêmio de Melhor Fotografia Individual (reprodução ao lado), uma vez que, de acordo com os organizadores, seu ensaio “reúne imagens as quais, individualmente, apresentam uma forte carga simbólica”. Veja as fotos dos dois ensaios em www.ensp.fiocruz.br/radis e em http://1theobrandaofestival.blogspot.com/2011_03_01_archive.html.

SITE DA 14ª – O site da 14ª Conferência Nacional de Saúde, que se realizará em Brasília, de 30/11 a 4/12, está no ar, com as principais informações sobre o evento. É possível conferir as datas das etapas municipais e estaduais, acessar a história de todas as edições, baixar a logomarca de 2011 (acima) e tirar dúvidas sobre o processo de realização da conferência. O tema da 14ª é *Todos usam o SUS! SUS na Segurança Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro*, sob o eixo *Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS*. Acesse <http://conselho.saude.gov.br/14cns>



Estado de São Paulo. De acordo com pesquisadores europeus, a cada ano, mais de 25 mil pessoas morrem na União Europeia em decorrência de infecções por bactérias que driblam até mesmo antibióticos recém-lançados. Para a OMS, a situação chegou a um ponto crítico e é necessário um esforço conjunto urgente para produzir novos medicamentos.

Um exemplo é a superbactéria NDM-1, que chegou à Grã-Bretanha vinda de Nova Deli, em meados de 2010, trazida por britânicos que fizeram tratamentos médicos na Índia ou no Paquistão. Em outubro de 2010, no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) reforçou o controle sobre receitas médicas de antibióticos, na tentativa de conter o avanço da superbactéria KPC, que atacou principalmente em hospitais.

A diretora regional da OMS para a Europa, Zsuzsanna Jakab, observou que “os antibióticos são uma descoberta preciosa, mas não lhes

damos valor, os usamos em excesso e os usamos mal”. Por isso, haveria as superbactérias que não respondem a qualquer droga. Segundo ela, ante o crescimento no número de viagens internacionais e de trocas comerciais no mundo, é preciso estar ciente de que, até que todos os países enfrentem o problema das superbactérias, nenhum estará seguro.

ASSASSINATOS DE ADOLESCENTES NO NE

O número de assassinatos de adolescentes no Nordeste aumentou 33,7%, em dois anos, entre 2005 e 2007, a maior expansão registrada entre as cinco regiões do país. Os dados são da pesquisa *Homicídios na adolescência no Brasil*, divulgada pelo Laboratório de Análise da Violência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). De acordo com o levantamento, se a situação persistir, serão 8.210 jovens com

idades entre 12 e 18 anos mortos em seis anos – levando-se em conta apenas os municípios nordestinos com população superior a 100 mil habitantes. Os números equivalem a quase 25% do total de homicídios contra adolescentes previstos para o país entre 2007 e 2013, quando se calcula que 33 mil sejam assassinados, a partir de projeções feitas com base na realidade observada nas 269 maiores cidades brasileiras. A investigação indicou que, para cada grupo de mil adolescentes de 12 anos, 2,67 perderão a vida antes de completar 19. No Nordeste, o crescimento do Índice de Homicídios na Adolescência (IHA) é superior ao dobro do verificado no Norte, segunda região nesse ranking, com expansão de 12,1% no período. Em seguida, vêm Sul (aumento de 15,5%) e Centro-Oeste (7,5%). O Sudeste foi a única região com redução (2,42%), devida a quedas sistemáticas em São Paulo e Rio de Janeiro, segundo a análise.

UNIÃO CIVIL ESTÁVEL PARA OS HOMOSSEXUAIS

O Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu, por unanimidade, (5/5) a união estável entre casais do mesmo sexo, tornando as regras que valem para relações estáveis entre homens e mulheres aplicáveis aos casais gays, informou o portal G1. Com a mudança, o Supremo cria um precedente que pode ser seguido pelas outras instâncias da Justiça e pela administração pública. O presidente do Supremo, ministro Cezar Peluso, pediu ao Congresso Nacional que regulamente a decisão por meio de uma lei. Em mais de dez horas de sessão, os ministros se revezaram na defesa do direito dos homossexuais à igualdade no tratamento dado pelo Estado aos seus relacionamentos afetivos. O julgamento, iniciado em 4/4, analisou duas ações sobre o tema propostas pela Procuradoria-Geral da República e pelo governo do Estado do Rio de Janeiro. A decisão do Supremo pode viabilizar inclusive o casamento civil entre gays, que é direito garantido a casais em união estável. Enquanto a união estável acontece sem formalidades, a partir da convivência do casal, o casamento civil é um contrato jurídico formal estabelecido entre duas pessoas.

"Esse julgamento marcará a vida deste país e imprimirá novos rumos à causa da homossexualidade", afirmou o ministro Celso de Mello. O repúdio ao preconceito e os argumentos de direito à igualdade, do princípio da dignidade humana e da garantia de liberdade fizeram parte das falas de todos os ministros do STF, ressaltou o portal G1. "O reconhecimento hoje pelo tribunal desses direitos responde a um grupo de pessoas que durante longo tempo foram humilhadas, cujos direitos foram ignorados, cuja dignidade foi ofendida, cuja identidade foi denegada e cuja liberdade foi oprimida. As sociedades se aperfeiçoam através de inúmeros mecanismos e um deles é a atuação do Poder Judiciário", disse a ministra Ellen Gracie. "Estamos aqui diante de uma situação de descompasso em que o Direito não foi capaz de acompanhar as profundas mudanças sociais. Essas uniões sempre existiram e sempre existirão. O que muda é a forma como as sociedades as enxergam e vão enxergar em cada parte do mundo", ponderou Joaquim Barbosa.

De acordo com o Censo Demográfico 2010, o país tem mais de 60 mil casais homossexuais, que podem ter assegurados direitos como herança, comunhão parcial de bens, pensão alimentícia e previdenciária, licença médica e inclusão

do companheiro como dependente em planos de saúde, entre outros benefícios.

TRANSPORTE PÚBLICO ALVO DE CRÍTICA



O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) divulgou que, nas capitais brasileiras, 65% da população usam transporte público para se deslocar e 2,85% se locomovem a pé. Fora das capitais, o percentual é de 36% e 16,63%, respectivamente, informou a *Agência Brasil* (4/5). A bicicleta é o meio de transporte de 3,22% dos que vivem nas capitais. Nas outras cidades, o número é de 8,45%. A moto é usada por 5,5% da população das capitais e por 15%, da população das demais cidades. Em todos os municípios brasileiros, 23% da adotam o carro como meio de transporte.

A pesquisa também apontou que cerca de 55% dos usuários de transporte coletivo estão insatisfeitos e consideram o serviço "ruim", "muito ruim" ou "regular". Os mais satisfeitos são os que usam veículos motorizados individuais (87%), seguidos dos não motorizados (a pé ou por bicicleta), com 75%. Os resultados foram obtidos a partir de entrevistas domiciliares feitas entre 4 e 20 de agosto de 2010, em 146 municípios e 2.786 questionários válidos, com 30 questões. Participaram apenas pessoas maiores de 18 anos. O estudo sobre mobilidade urbana faz parte da série *Sistema de Indicadores de Percepção Social* (Sips). A partir deste e de outros estudos, o Ipea poderá propor medidas mais adequadas para cada região. A tendência é alcançar melhores resultados com os investimentos em corredores de ônibus e metrô, e políticas tarifárias que permitam ampliar o número de usuários de transporte público.

QUEIMA DE GÁS

Dados da Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP) apontaram que o Brasil, apesar dos avanços, ainda queima cerca de 7% do gás que produz, enquanto o índice aceito é de 3%. Só em fevereiro deste ano, foram queimados 4,8 milhões de metros cúbicos por dia, com produção em torno de 62 milhões de metros cúbicos diários, segundo a Agência Brasil (26/4). A Associação Brasileira das Em-

presas Distribuidoras de Gás Canalizado (Abegás) detectou que a quantidade queimada é suficiente para gerar cerca de mil megawatts de energia termelétrica e propiciar o abastecimento diário de uma cidade com 4 milhões de habitantes. Os números ainda equivalem a mais de 10% do consumo médio do mercado verificado nos três primeiros meses do ano (44,8 milhões de metros cúbicos por dia). O superintendente adjunto de produção da ANP, André Luiz Barbosa, admitiu que o percentual de 3% do total produzido ainda é difícil de ser alcançado. A perspectiva é atingir 5%, em 2012.

Os dados do Boletim da Produção de Petróleo e Gás Natural de fevereiro deste ano indicam que houve redução de 42,1% na queima do gás, na comparação com fevereiro de 2010, e de 20,4% em relação a janeiro deste ano. A agência informou também que há dois anos, o Brasil chegava a queimar mais de 20% do gás produzido, ou 13,3 milhões de metros cúbicos de gás natural queimados diariamente. "Foi o pico de queima a que chegamos. A partir daí, concluímos que não era mais possível manter esse patamar", disse Barbosa.

BANDA LARGA: NOVO ADIAMENTO

A Telebras anunciou novo adiamento do Plano Nacional de Banda Larga, que levará internet em alta velocidade a 1.163 municípios do país, informou *O Globo* (28/4). O Plano deverá ser posto em prática apenas em 2012, de acordo com o secretário executivo do Ministério das Comunicações, Cezar Alvarez, que participava da *Rio Wireless 2011*, no Rio de Janeiro. O título da reportagem de *O Globo* dando conta do novo adiamento, repetiu o que havia saído em 2010 em jornais como *O Estado de São Paulo* (9/4/2010). "Não vamos conseguir. Mas no início de 2012 será possível. O principal já foi feito, como os leilões e o acordo com Petrobras e Eletrobras", disse Alvarez, acrescentando que, com o anúncio da presidenta Dilma Rousseff de que a Telebras terá orçamento anual de R\$ 1 bilhão, o processo se acelerará. O adiamento acontece mesmo depois de a Telebras já ter tido a homologação de cinco dos seis leilões para compra de equipamentos e fechado acordo para usar a rede de fibras de Petrobras e Eletrobras, de acordo com *O Globo*. □

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

ENTREVISTA

Júlio Müller Neto

'O SUS implica uma nova relação entre Estado e sociedade'

Bruno Dominguez

Avasta experiência como gestor da Saúde permite ao ex-presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), hoje professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Júlio Müller Neto, olhar para trás e rever com cuidado o processo de construção do SUS — do qual participou ativamente. Secretário municipal de Cuiabá no início da década de 1990 e, logo depois, secretário estadual de Mato Grosso, Júlio avalia que o sistema ainda não se curou dos males que o atingem desde sua criação: subfinanciamento e má gestão. Mas, para o professor, é “um jogo perverso” achar que a crise da assistência médico-hospitalar — equivocadamente chamada de crise do SUS — é da ineficiência do poder público. Hoje dedicado a docência e pesquisa, principalmente sobre a relação entre descentralização e democratização das políticas públicas de Saúde, Júlio diz que o SUS é pai, mãe, filho e irmão da democracia. “O SUS não é um mero plano de saúde, é um sistema que em última análise prevê a garantia do direto à saúde da população brasileira e implica uma nova modalidade de relação entre Estado e sociedade”.

O senhor teve atuação marcante como gestor em Saúde, destacando-se o período à frente do Conass. De que forma essas experiências se relacionam com seu interesse inicial pela saúde?

Sou médico e, antes de me envolver com a gestão, trabalhava como psiquiatra no cuidado direto com as pessoas. A possibilidade de ajudar o outro me gratificou muito — e essa, acho, é uma das razões pelas quais se escolhe uma carreira na área da Saúde, uma profissão para cuidar das pessoas. Quando fui para a gestão, perdi um pouco dessa relação, então, passei a racionalizar a



FOTO: ARQUIVO PESSOAL

mutação. Entendi que ajudar o coletivo é tão importante quanto ajudar uma pessoa em particular. Por exemplo, era muito gratificante avaliar um programa da secretaria e perceber a quantidade de gente beneficiada, pessoas que estavam vivendo com melhor qualidade ou até mesmo que estavam vivas graças a alguma ação da gestão pública.

Quais as diferenças do SUS do final da década de 1980, quando foi criado, e o SUS de hoje?

O SUS, à época, era um projeto em construção — ainda é, mas era muito mais aberto, as possibilidades eram múltiplas, assim como as resistências. Uma diferença significativa era a noção muito nova para a sociedade brasileira, de saúde como direito da população. Não estávamos acostumados a isso, a saúde ainda era vista como um favor prestado pelos governantes. Eu me lembro que na década de 1980 — e mesmo na de 1990 — quase todos os comitês eleitorais, sobretudo aqueles ligados aos partidos clientelistas, tinham um setor de assistência médica que garantia consultas, remédios e internação aos eleitores. E

as pessoas achavam muito natural voltar em quem lhes desse uma consulta médica. Hoje, isso ainda existe, mas já não é mais algo natural, corriqueiro, até porque o SUS entrou nesse vácuo e garante um sem número de atividades e serviços à população. Ser gestor nessa época foi uma experiência muito rica, intensa e gratificante — evidentemente, também muito cansativa, como todo trabalho na gestão.

Que desafios foi necessário enfrentar para a implementação do SUS?

Nós tínhamos um problema muito mais sério de financiamento: além de insuficiente, como ainda é hoje, direcionava-se quase todo ao setor privado. O setor público se relacionava apenas por meio de convênios: qualquer recurso público passava do governo federal para estados e municípios via convênios. Imagine o SUS funcionando hoje sem os repasses fundo a fundo, a tragédia que seria. A luta pelo financiamento e pela agilidade da transferência foi dura. O Brasil estava saindo de uma ditadura que havia centralizado a decisão política, os recursos e tudo mais. Ainda

estávamos construindo um novo Brasil, democrático, com uma nova forma de relação entre Estado e sociedade. Nesse cenário, era problemático um sistema de saúde descentralizado com base na federação. Não havia um arranjo, uma engenharia institucional que favorecesse. Essa foi uma conquista maravilhosa da Saúde. Esses arranjos institucionais da Saúde, hoje, são modelo para outras políticas públicas, como assistência social e segurança. Outra questão complicada com que tivemos de lidar foi a gestão de pessoas, sobretudo nos entes descentralizados. A grande maioria dos municípios na década de 1980 estava fora do sistema de Saúde e veio a participar de forma efetiva a partir de 1988. Então, não havia um contingente expressivo de trabalhadores da Saúde. Tínhamos que criar o sistema nos municípios e contratar pessoas — muitas sem formação adequada. Na formação, ainda não se discutia o sistema público, ou a discussão era muito teórica e abstrata.

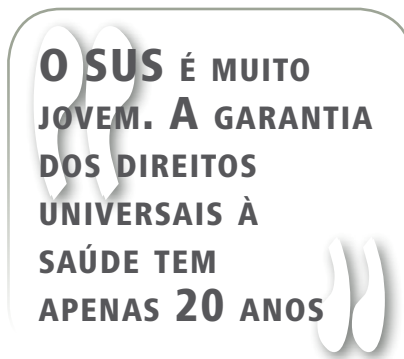
E quanto ao modelo de atenção, do Inamps para o SUS?

O Inamps [Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social] prestava assistência médica e hospitalar a quem era previdenciário; postos e centros de saúde, predominantemente ligados às secretarias estaduais de Saúde, faziam o trabalho da saúde pública. A maior parte desses postos e centros funcionava na virtualidade, com honrosas exceções: o médico chegava às 7h, saía às 7h30; os consultórios não tinham cadeira para que o paciente não se sentasse e não prolongasse a consulta. Durante a transição, não se achava possível fazer funcionar um sistema público de saúde com base nesse modelo. É uma característica que mudou radicalmente. Ainda temos esse tipo de problema, mas não do mesmo jeito, sobretudo depois da implantação da Estratégia Saúde da Família — que, na minha opinião, é uma verdadeira revolução silenciosa. A partir da ESF, vimos que era possível ter equipes em atendimento a pessoas nas comunidades em tempo integral, com melhor remuneração.

De que maneira se dá essa 'revolução silenciosa' da ESF?

O Saúde da Família começou como programa de extensão de cobertura da atenção primária, mas transformou-se na grande estratégia brasileira para mudança do modelo de atenção herdado pelo SUS, hospitalocêntrico e privatista, consolidado durante a ditadura militar. As equipes de saúde da família garantem atenção à saúde de metade da população brasileira e são responsáveis — não

exclusivamente, bem entendido — por alguns dos melhores resultados alcançados pelo SUS como redução da mortalidade infantil, aumento da cobertura vacinal, diminuição de internações desnecessárias e cuidado humanizado nas patologias crônicas. A Estratégia Saúde da Família é uma política reconhecida internacionalmente, como evidencia o editorial do *British Medical Journal*, de novembro de 2010 [http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4945.full]. E é o serviço de saúde com melhor avaliação da população nas diferentes pesquisas de opinião pública sobre o sistema de saúde. Entretanto, apesar de tudo isso, o trabalho cotidiano das equipes é silencioso, não se vê, porque nós, militantes do SUS, não temos capacidade de mostrar para a



mídia e a população o SUS que dá certo. O Saúde da Família é um bom exemplo de nossa incapacidade comunicativa. Temos 20 anos de SUS e ainda não temos uma política integrada de comunicação social do sistema público que articule as três esferas de governo e o conjunto de atores que participam do sistema.

Como resgatar o SUS em sua totalidade, conforme foi pensado pela Reforma Sanitária?

Entendo o SUS sobretudo como direito à saúde. O SUS não é um mero plano de saúde, um prestador de serviços de saúde. Não gosto de ouvir frases como “o SUS é o seu melhor plano de saúde”, porque o SUS não é isso. O SUS é um sistema que em última análise prevê a garantia do direito à saúde da população brasileira. Isso implica uma nova modalidade de relação entre Estado e sociedade, no conceito da seguridade social, na ideia de cidadania. O SUS é essa dimensão maior do que um mero plano de saúde. Discuto isso na aula com meus alunos: eles dizem que o SUS é muito bonito no papel, mas na prática não funciona. Eu lembro a eles que o direito universal à educação — que inclui apenas a educação básica, e não a educação superior, por exemplo, uma questão a ser debatida — foi assegura-

do antes do direito universal à saúde, na Constituição de 1946. Entretanto, nós só alcançamos a universalização do ensino básico, ou seja, colocamos todas as crianças em sala de aula, em 1998. Foram 52 anos de construção, de luta, para transformarmos o direito em prática. O SUS é muito jovem. A garantia dos direitos universais à saúde é de 1990, tem apenas 20 anos. E não inclui somente direitos básicos: não é apenas para atenção primária ou vacina, é tudo, é de uma enormidade que temos de considerar. Também digo que o SUS é pai, mãe, filho e irmão da democracia. SUS e democracia são inseparáveis e isso não pode ser perdido de vista. O famoso documento do Cebes [Centro Brasileiro de Estudos de Saúde], de 1978 [A *Questão Democrática na Saúde*, que lançou as diretrizes da Reforma Sanitária e os princípios organizacionais do SUS], já chamava atenção para isso, quando iniciamos a discussão da Reforma Sanitária. Não podemos reduzir o SUS a meros mecanismos eficientistas de gestão, de gerência, mesmo sabendo que esses mecanismos são importantes para se garantir o direito à saúde.

O que pensa quando ouve falar em crise do SUS?

A crise do SUS está na moda. Toda semana a imprensa de maneira geral mostra um aspecto da famosa crise. Mas, se prestarmos atenção, vamos ver que a *crise do SUS* não é a crise da saúde como um todo ou do sistema, é mais do que tudo a crise da assistência médico-hospitalar — crônica e antiga. E por quê? Porque nosso modelo de atenção ainda é hospitalocêntrico e privado. Ou seja, a crise é o contrário do que nos dizem: não é a crise do setor público, é a crise do modelo que ainda se baseia na compra de serviços privados. Cerca de 70% dos leitos do SUS no Brasil são leitos contratados, do setor privado ou filantrópico. Então, a discussão está mal colocada. E nós estamos entrando nesse jogo perverso de achar que a responsabilidade pela crise de assistência médico-hospitalar é da ineficiência do poder público. A *Radis* fez uma edição muito boa sobre a invisibilidade do SUS (*Radis* 104). A revista abordou o nervo do problema: o que funciona não aparece. A mídia trabalha muito a partir do que não funciona, do escândalo, do mal feito, sobretudo a mídia brasileira — em outros países já se tem o entendimento do papel cidadão da mídia. Nós somos responsáveis por isso, porque não sabemos divulgar as ações, não nos articulamos com a mídia. No Brasil, nós acabamos com o sarampo e com a pólio, controlamos

a malária e a aids, distribuímos medicamentos genéricos. Só sabemos disso quando algum organismo internacional nos elogia. Porque aqui dentro mesmo achamos que não temos nada.

O que pode ser feito para mudar a comunicação do SUS?

Os governos não se comunicam, cada um puxa a sardinha para o seu lado. Se a ação é do município, o gestor anuncia como ação municipal; se é da União, anuncia como federal; se é do Estado, como estadual. Ninguém fala do SUS. Por que nós não fazemos uma propaganda estruturada e organizada do SUS? Nós não sabemos pautar a saúde pública na mídia. Por exemplo, em abril, foi tomada uma medida importantíssima para a saúde pública no país: a redução da quantidade de sal nos alimentos. Isso tem um impacto muito maior do que dezenas de operações ou procedimentos cirúrgicos — vai até evitar muitos desses procedimentos. Entretanto, com poucas exceções, quase não se falou sobre isso. O próprio governo não destaca esse fato, nós mesmos não valorizamos. A sociedade se interessa muito por saúde, basta ver a quantidade de temas ligados à saúde na televisão ou em revistas, mas achamos que isso não tem a ver conosco. O que se chama de *fitness*, por exemplo, está em todas as revistas, as pessoas pagam para ler sobre esse tema, mas não o trabalhamos como questão de saúde. Uma dica para a *Radis* é trabalhar esses temas na perspectiva que a população está demandando. A Fiocruz ou o ministério, que tem poder para isso, poderiam lançar uma revista de circulação nacional que trate desses temas de forma popular.

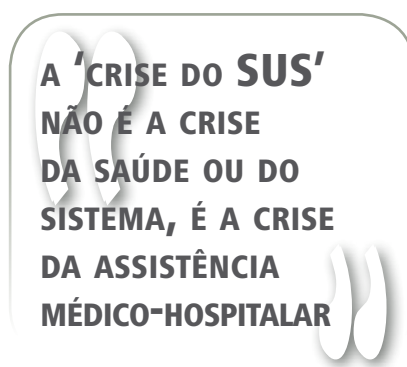
Há os que indicam como principal problema do SUS o subfinanciamento, outros apontam a má gestão. A partir de sua experiência como gestor, quais são as barreiras para fazer o sistema funcionar localmente?

Concordo com as duas visões: não com uma nem com outra, mas com as duas juntas e mais algumas. O SUS é subfinanciado e o SUS é mal gerido. Eu até me atrevo a dizer que o que fazemos com o pouco dinheiro que temos no SUS está na esfera dos milagres. Acabem com o SUS no Brasil e nós vamos ver o Brasil se transformando num Afeganistão. Está subfinanciado, muito subfinanciado. Os projetos de lei para se regulamentar a Emenda Constitucional 29, que teve vigência até 2004, não conseguimos aprovar. O projeto de lei encaminhado pelo governo Lula não foi aprovado: é o único projeto de lei nos últimos 20 anos encaminhado pelo Executivo que foi rejeitado pelo

Legislativo. Tem alguma coisa aí que precisa ser investigada a fundo. Qual é a questão, qual é a resistência, quem são esses sujeitos poderosos por trás — ou pela frente — tentando impedir que a população brasileira tenha um sistema melhor financiado?

E quanto à gestão?

A gestão no SUS — me desculpem os colegas e amigos gestores, muitos deles esforçados, a maioria querendo fazer o melhor, mas alguns querendo fazer a gestão do próprio bolso ou a gestão da sua carreira política — é horrível. Aqueles que estão querendo fazer a gestão do SUS de verdade trabalham de forma completamente amadorística. Nós tratamos alguns as-




pectos da gestão pública com descaço. Este é um defeito de fábrica nosso, dos sanitaristas, da saúde coletiva: a tendência a discutir os grandes temas, mas desprezar a elaboração de um bom orçamento, uma boa licitação, um bom concurso público. Achamos que isso é menor ou acontece espontaneamente. Uma questão fundamental na má gestão do SUS — e estou convencido de que este é o maior nó, mais do que o financiamento — é a má gestão do trabalho. Não conseguimos ainda fazer um grande pacto em relação à gestão do trabalho. O gestor público tem um tempo curto de atuação, quatro anos ou menos, e quer aparecer, quer deixar seu nome marcado. O tempo do gestor é diferente do tempo da gestão, da política de Estado, que é onde está inserida a gestão do trabalho. Em vez de se enfrentar esse problema, se improvisa, se fazem puxadinhos, ajustinhos, criando cooperativinhas, *OSszinhas*, *Oscipinhas*. Esse é o nó. Nos próximos cinco ou dez anos, se não conseguirmos solucionar essa questão, dificilmente vamos consolidar o SUS. Os salários são baixos comparados com os padrões internacionais — Inglaterra, Espanha, Canadá, Portugal. Não é válida essa desculpa de que o Brasil é pobre e atrasado. Somos a 8ª ou 7ª economia

do mundo. Se temos uma economia assim, temos dinheiro para pagar um salário melhor aos nossos trabalhadores da Saúde. Falta informação e planejamento na gestão de recursos humanos. A gestão é autoritária, se fundamenta no velho modelo da administração pública. Não se faz a gestão com as pessoas, eu diria até que se faz contra as pessoas. E, associada a isso, tem a questão da formação dos novos profissionais e da educação permanente. Houve um esforço grande nos últimos anos para se reformular a política de recursos humanos, mas ainda é insuficiente para as necessidades do sistema público de hoje.

Novos modelos de gestão estão em debate e em embate, com as fundações, OSs, Oscips... Como os avalia e que modelo defende?

Para mim, esses não são modelos de gestão, são ferramentas, que podem agilizar alguns aspectos da gestão. Há diferenças muito grandes entre OSs [organizações sociais], Oscips [organizações da sociedade civil de interesse público], ONGs e fundações, mas de maneira geral a origem delas está no conflito entre administração pública — e a crítica que se faz a sua burocracia — e formas mais ágeis de administração. Não vejo esses instrumentos como a encarnação do diabo na Terra, que vêm para acabar com o público. Podem servir para determinadas situações de gestão. Entretanto, na Saúde, sobretudo no SUS, têm utilidade muito restrita. Quando foram criados, destinavam-se a áreas não essenciais do Estado que pudessem ser executadas por terceiros, logo, não se aplicariam à Saúde — mas foram implantados e continuam sendo. Quando se fez a lei das OSs, o SUS era ainda mais privatizado: a assistência médico-hospitalar e a alta complexidade sempre foram majoritariamente contratadas. O argumento de que a OS funciona porque o setor público é inoperante é no mínimo uma falsidade. É o contrário. Temos de fazer um debate com seriedade.

Qual deve ser o tom do debate?

A questão fundamental é: não dá para se construir um sistema público universal e solidário apoiado em terceirização, em redes privadas ou trabalho precário. Um sistema público universal e solidário de saúde só pode ser construído tendo como base o Estado. Não precisa ser inteiramente estatal, mas a base central, o esqueleto, o eixo tem que ser estatal. O verdadeiro terceiro setor pode e deve ser um parceiro importante, mas não pode substituir o Estado. Essa é a questão de fundo. 

DEBATE



Noção estruturante do modo de vida contemporâneo requer olhar crítico, sobretudo na Saúde

Claudia Lopes

Para os dicionários, a palavra risco traduz-se como possibilidade de perigo capaz de ameaçar alguém ou alguma coisa. Em várias áreas da ciência, como a Economia, a Engenharia e a Epidemiologia, risco é um conceito complexo, com múltiplos desdobramentos. Na Saúde, ele veio se tornando, desde a primeira metade do século 20, uma ferramenta valiosa em pesquisas, práticas e políticas públicas. Muitos conhecimentos produzidos a partir de análises e cálculos de risco epidemiológico contribuem para prevenir doenças e proteger vidas. No entanto, estudiosos do tema apontam que, apesar de toda a sua formalização matemática, que lhe dá ares de objetividade, o conceito de risco é uma construção social do nosso tempo. E que

seu uso acrítico e excessivo pode originar distorções, equívocos e, em última análise, sofrimento. Exemplo emblemático disso foi a classificação, e consequente estigmatização, de pessoas nos chamados “grupos de risco” para HIV/aids há pouco mais de duas décadas.

Reflexões críticas sobre o risco em âmbito mais geral começaram a tomar forma na década de 1980 e se intensificaram nos anos 90 em várias áreas do conhecimento, destacadamente nas Ciências Sociais (ver box na pág.14) e na própria Epidemiologia. Na Saúde, a discussão está longe de se esgotar, e ganhou novo reforço com o lançamento do livro *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde* (Editora Fiocruz, 2010), de Luis David Castiel, Maria Cristina Rodrigues Guilam e Marcos Santos Ferreira. Organizado em forma de perguntas e respostas, o livro discute, entre outras coisas, o papel do risco no discurso da promoção da saúde e sua



relação com a noção de estilo de vida. Mas talvez o principal questionamento subjacente à obra possa ser colocado da seguinte forma: será que estamos vivendo bem com todo o conhecimento produzido a partir desse conceito?

“Com tanta ciência, tanta ansiedade”, comenta Luis Castiel, dando o tom de sua entrevista à *Radis*. Pesquisador titular do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde e professor dos programas de pós-graduação em Saúde Pública e de Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), Castiel tem trabalhos que abordam o risco publicados desde a década de 1990. Para ele, o conceito de risco carrega excessos e pretensões nada modestas associadas à ciência, principalmente, a de tornar possível prever e controlar todas ou quase todas as situações que ameaçam nossas vidas e nossa saúde.

ABORDAGEM QUANTITATIVA E NORMATIZADORA

Seja na Epidemiologia, nas Ciências Econômicas ou na Engenharia — a exceção fica para as Ciências Sociais —, detecta-se uma abordagem quantitativa do risco. “Nessa concepção, trata-se de um risco mensurável, calculável, baseado na probabilidade estatística de um evento, quase sempre indesejável, acontecer”, explica Castiel. Assim, qualquer estudante de Epidemiologia precisa se familiarizar com a tríade de indicadores formada por: risco absoluto ou incidência (intensidade com que um fenômeno mórbido acontece em uma população em determinada unidade de tempo), risco relativo (medida de associação entre a intensidade da exposição a determinado fator de risco e a doença em estudo) e risco atribuível (diferença entre riscos para indivíduos expostos e não expostos). Mas, como o livro de Castiel, Guilam e Ferreira deixa claro, o conceito pode gerar confusões e distorções. A matemática, os cálculos probabilísticos e as estatísticas epidemiológicas estão quase sempre longe de dar respostas suficientes e definitivas quando se trata de saúde e, em última análise, da vida humana.

Um dos principais problemas, para os autores, é que a ciência não se restringe a quantificar, tornando-se também normatizadora da conduta dos indivíduos. Isso acabaria levando a uma moralização das questões relacionadas com o risco mesmo quando essa não é a intenção. Com frequência, situações de risco estão relacionadas à obtenção de prazer. Pode não ser fácil deixar de

lado os próprios valores morais quando se está numa posição de prescrever ou determinar o que seriam comportamentos *certos* ou *errados* em questões de risco que envolvem, por exemplo, a sexualidade. “É preciso lembrar que a ciência é feita por pessoas, não se trata de um campo neutro”, diz Castiel, frisando que, no contexto do capitalismo, o risco também é uma mercadoria. “Vendem-se e consomem-se objetos e serviços para nos proteger do risco. Tendo o cuidado de não resvalar para o exagero das teorias da conspiração, podemos dizer que o risco é de grande interesse para a indústria”.

A normatização aparece nas estratégias dominantes de prevenção e, principalmente, de promoção da saúde. No capítulo *Risco e Estilo de Vida*, os

REFLEXÕES CRÍTICAS SOBRE O RISCO COMEÇARAM A TOMAR FORMA NAS DÉCADAS DE 1980/90, EM ÁREAS COMO EPIDEMIOLOGIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

autores mostram como a promoção da saúde emerge no cenário em que o neoliberalismo tomava impulso nos países anglo-saxões, o que significava restrição à intervenção do Estado na economia e consequente redução de custos na área social. Com o objetivo de reduzir gastos com o sistema de saúde, os indivíduos foram incentivados a assumir a responsabilidade pela própria saúde. “A população foi convocada a *fazer sua parte*, não na definição das verbas e políticas públicas, mas no cuidado de si, por meio da adoção de comportamentos considerados saudáveis epidemiologicamente”, aponta o texto.

SEM ESCOLHAS

Essas estratégias conservadoras de prevenção e promoção da saúde partem da premissa de que disponibilizar informação seria suficiente para dar aos indivíduos o poder de mudar seus hábitos ou práticas cotidianas, enfim seu estilo de vida, como se as decisões nesse campo se baseassem somente no uso da razão. Castiel ressalta que não é assim: “Estilo de vida ativa e

saudável é uma ideia extremamente normatizadora, relacionada à crença de que você tem escolhas como cidadão consumidor, presumidamente autônomo. A realidade, porém, é que a maioria da população do mundo não tem escolhas”.

A ilusão de poder “cuidar da própria vida” trazida por esse tipo de discurso acarreta, ainda, a responsabilização e culpabilização da vítima. Se alguém sofre de obesidade, por exemplo, é porque não faz uma “alimentação saudável” e não se exercita o suficiente. Condicionantes sociais, econômicos e culturais não são considerados.

Há ainda a questão de como as informações são passadas ao público. “A Epidemiologia não diz que fumar causa câncer, e sim que fumar é um fator de risco importante para o câncer. Quando a promoção da saúde começa a dizer que fumar causa câncer, cria-se uma significação menos baseada em evidências, com finalidade pedagógica, e cai-se numa retórica de convencimento em nome da saúde”, critica o pesquisador.

INTERESSES DA MÍDIA

O discurso normatizador é amplificado quando apropriado pela mídia. O pesquisador Paulo Vaz, professor da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tem se dedicado a investigar a retórica do risco nos meios de comunicação. Ele entende a proeminência do conceito de risco na sociedade contemporânea como uma nova forma de viver o tempo. “Há algumas décadas, o futuro era visto como o tempo da realização, como utopia — acreditava-se que o futuro seria de um mundo melhor. Agora é como se o conceito de risco viesse substituir os de progresso, liberação, revolução, mudando a relação do presente com o futuro. Hoje, o que funciona como limite das nossas ações e orienta as decisões do presente é a *catástrofe antecipada*, aquilo que o presente pode fazer ao futuro”, diz.

Assim, o risco se tornou relevante na cultura, tendo o papel de articular o presente e o futuro em várias áreas. Na saúde, passou-se a relacionar as práticas do cotidiano e as possíveis doenças futuras, por meio de uma relação causal probabilística.

Os meios de comunicação, por sua vez, sofreram o que o pesquisador chama de uma “virada individualista”, para a qual a ideia de fator de risco serve bem: trata-se de



uma tendência a sobrevalorizar notícias sobre doenças que estejam, presumivelmente, ao alcance da interferência do indivíduo, centrando em hábitos e genética, em detrimento, por exemplo, de fatores ambientais. Essa percepção é confirmada por dados apresentados pelo psicólogo Martin Bauer, da London School of Economics, em recente palestra na Fiocruz. Ele mostrou que, desde a década de 1970, ocorre no mundo uma tendência de medicalização das notícias de ciência, e grande parte delas é de informação sobre estilo de vida.

“A mídia não cobre o saber médico de forma integral ou global, e sim aquilo que gera sensação de empoderamento ao indivíduo sobre sua saúde. Tudo o que está fora disso é desprivilegiado. Mas trata-se de um empoderamento ilusório e paranoico, porque deixa o indivíduo em constante preocupação com saúde e com doença”, alerta Vaz. Ele também vê a apropriação da ideia de fator de risco pela mídia como uma espécie de volta à relação simbólica entre doença e pecado. Você sofre porque *errou*. Ou, se agir bem (de acordo com as prescrições), vai para o paraíso. Vaz percebe certas similaridades entre o médico e o padre. “Hoje se ameaça não com o inferno, mas com a morte prematura”.

ESTRATÉGIA DE MERCADO

O viés individualizante da mídia e, em muitos casos, a superficialidade das coberturas não se devem, no entanto, a uma falha dos jornalistas. Para Paulo

Vaz, trata-se de estratégia de mercado, pois existe forte demanda por esse tipo de notícia. “As pessoas querem acreditar que podem controlar a situação se fizerem tudo *certo*. Existe uma atração pela sensação de controle do acaso. E os editores escolhem as matérias que vão interessar a seus leitores desse ponto de vista”, revela. São raríssimos os veículos que abordam de forma problematizadora as pesquisas científicas, frisando que se trata de um saber em construção. Uma das exceções é, na opinião do pesquisador, o jornalismo de ciência do jornal *The New York Times*.

DIMENSÕES ESTRUTURAIS

Ele menciona o exemplo da cobertura que o jornal fez sobre pesquisa publicada em 2006 pelo *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, a qual, surpreendentemente, não encontrara relação entre a redução do teor de gordura das dietas e a redução dos riscos de contrair cânceres e distúrbios cardiovasculares (*Radis* 98). O NYT apresentou o estudo, acompanhado de argumentos que relativizavam esses resultados inesperados, mas respeitou-os, optando pela defesa do método científico empregado. Exemplo de mau jornalismo, na opinião de Vaz, foi dado pela revista *Veja*, que fez reportagem sobre o assunto para desqualificar a pesquisa.

A mídia de modo geral, observa Vaz, também não mostra a dimensão coletiva da Saúde. Ele cita como exemplo as coberturas sobre a dengue. “Em seus estudos, os epidemiologistas ressaltam

também dimensões estruturais, mas isso não aparece nos meios de comunicação, que, no máximo, colocam a responsabilidade na gestão de certos indivíduos, mesmo que públicos. Não se discute que ações devem ser tomadas em termos de políticas públicas. O enfoque é sempre que o indivíduo deve saber cuidar de si e se o Estado é competente ou não”.

LONGEVIDADE E ANGÚSTIA

A importância da noção de risco nas sociedades ocidentais anda de braços dados com outra ideia que lhe dá sentido e potência: a de longevidade com vitalidade, que seria garantida pelos avanços da ciência. “Antes, se acreditava em entidades divinas e se aceitava a fatalidade. Hoje o homem se outorgou uma função muito árdua, de prever e prevenir tudo, controlar tudo, em nome do adiamento de um desfecho que é inevitável”, afirma Luis Castiel.

O exagero na tentativa de controlar tudo inspirou o livro *Overdiagnosed: Making people sick in the pursuit of health* (2011), que pode ser traduzido como *Superdiagnosticado: adoecendo as pessoas na busca pela saúde*, de Gilbert Welch, Lisa Schwartz e Steve Woloshin. O livro discute como o excesso de exames diagnósticos e testes, inclusive em indivíduos que não apresentam sintomas de anormalidade, pode provocar danos à saúde, além de expor as pessoas a um grau de preocupação desnecessário. No entanto, como indica Paulo Vaz, esse tema é pouco abordado nas matérias

No início do século 20, imprecisão e polissemia

O conceito epidemiológico de risco começou a se configurar nos primeiros anos do século 20, embora fosse usado, então, de modo ainda muito impreciso e polissêmico, como analisa o pesquisador José Ricardo Ayres, autor do livro *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. Foi somente a partir dos anos 1920-30 que o risco assumiu feições conceituais mais claras, ainda no âmbito do que Ayres chamou de *Epidemiologia da exposição*, em seu livro, referindo-se a um momento em que a Epidemiologia ocupava-se predominantemente das doenças infecciosas em escala coletiva. Medidas de probabilidade começaram a ser utilizadas para estimar o potencial epidêmico das diversas doenças

infecciosas em determinadas populações e também, na mesma direção, mas no sentido inverso, para especular retrospectivamente sobre fatores que explicariam o comportamento epidêmico de uma doença, aponta. “A formalização matemática do conceito de risco, com base nesse raciocínio pragmático e probabilístico, não cessaria de se aprofundar nos anos seguintes até que, em meados do século 20, já se falava em risco epidemiológico em termos estritamente matemáticos — e abstratos o suficiente para serem aplicáveis ao raciocínio causal de qualquer tipo de doença, ou nem de doença apenas”, analisa.

O risco epidemiológico passaria a ser definido, genericamente, como a comparação entre a probabilidade

de um indivíduo que pertença a um grupo com certa identidade ou condição pertencer também ao grupo atingido por determinado agravo ou situação de saúde e a probabilidade de um indivíduo que não pertença a esse grupo (não exposto) também fazer parte do grupo atingido. “Quando atinge esse grau de universalidade e abstração, o risco epidemiológico passa a ser amplamente utilizado em estratégias de prevenção, eleição de métodos diagnósticos e terapêuticos de modo geral”, afirma Ayres, observando que foi notável, no campo da saúde pública, a partir dos anos 1970, o recurso aos fatores de risco como meio de identificar grupos, comportamentos e situações, tomando-os como base para as ações de prevenção e controle.





FOTO: SÉRGIO EDUARDO DE OLIVEIRA

Castiel: conceito de risco carrega excessos

jornalísticas, nas quais, pelo contrário, o que predomina são prescrições para fazer determinado exame a partir de determinada idade, mesmo que seja inútil, invasivo ou até violento.

Tanto Vaz quanto Castiel concordam em que esse mundo imerso na normatividade e no desejo por controle é também, ao mesmo tempo, banhado pela oferta de sensações de prazer que, igualmente, têm sua fonte no risco. A ideia de fator de risco participa do futuro controlado, mas faz par com outro “tempo”, principalmente na publicidade: o tempo das oportunidades únicas que não se repetem.

PRAZER IMEDIATO

A análise dos pesquisadores pode ser exemplificada por dois comerciais veiculados pela televisão. Em um deles, de automóveis, um homem jovem repete todas as manhãs a frase “hoje é o último dia da minha vida”. Em outro, um anúncio de cartão de crédito, afirma-se: “porque a vida é agora”. Enquanto o discurso do risco prescreve o controle, o comedido para que se possa viver mais tempo e assim, supostamente, ter mais prazeres, a publicidade clama pelo prazer imediato: goze agora e pague depois. “Esses são os dois discursos que orientam a prática do prazer dos indivíduos hoje”, diz Vaz. Ele aponta que, se a noção de risco propõe a ideia de um arrependimento prévio — subjacente, por exemplo, à imagem no maço de cigarro —, por outro lado, todo um ramo da publicidade estimula o arrependimento de não se ter feito algo.

O resultado dessa ambivalência social, aliada à responsabilização do indivíduo, é uma ansiedade sem precedentes. Mais ainda, se levarmos em



FOTO: PETER ILICIEY

Vaz: relação simbólica entre doença e pecado

conta que, ao se agregar um número imenso de causas e riscos — alimentares, de comportamento, da idade, genéticos, ambientais e outros —, torna-se impossível qualquer movimento racional de controle. Para Vaz, a lógica do risco levada às últimas consequências é apocalíptica.

Castiel observa que, nesse cenário angustiante, para lidar com o que chama de “rolo compressor tirânico”, as pessoas constroem as próprias noções de risco, com base no que chega a elas a partir da ciência e da mídia e também em suas experiências, vivências e crenças. “Cada um vai encontrar seu modo de lidar com isso, que nem sempre é bom, pois pode ser acompanhado por medo e sofrimento”, diz o pesquisador.

INIMIGO DENTRO DE SI

Mesmo no caso do risco relacionado a fatores genéticos, que retiraria do sujeito a responsabilidade sobre determinadas doenças, o discurso não é menos angustiante, analisa Castiel, pois continua a se dar no sentido da necessidade de detectar o inimigo dentro de si. O livro *Correndo o risco*, no capítulo *Risco e Genética*, analisa ainda como a oferta cada vez maior de tecnologias diagnósticas calcadas na análise do DNA coloca mulheres e homens, mais uma vez, na premência de fazer escolhas. Eles se veem agora responsabilizados pela “normalidade” ou anormalidade genética de seus descendentes.

O discurso de muitos cientistas alimenta essa situação, embora se saiba que apenas em casos muito raros o DNA efetivamente define se alguém vai adoecer ou não. “Hoje, o risco faz parte das nossas subjetividades. Cada um de nós tem um lugar de si que dedica a ele.



FOTO: MARIA JOSÉ FILMES900.COM

Volnei: consulta a comitês de Bioética

Viramos gestores, administradores, trabalhando enlouquecidamente por causa do risco”, diz Castiel. E complementa: “Quando o risco passa a ser essencial, você é obrigado a incorporá-lo no seu dia a dia. Você o traz para dentro de si”. Em outras palavras, no afã de viver por mais tempo, introjetamos a constante preocupação com o risco, ou seja, com a morte.

VIVER MAIS, VIVER PARA QUÊ

Apesar de tudo, Luis Castiel defende que o conceito de risco continua a ser fundamental para a ciência, podendo realmente ajudar as pessoas a viver mais e melhor. Mas faz-se necessário “desnaturalizá-lo”, isto é, utilizá-lo de forma crítica. Depois, puxar o freio em relação à apropriação em excesso do discurso do risco. Além disso, Castiel acredita que o pensamento e a prática na área da Saúde precisam incorporar nossos aspectos não racionais. “Tem-se que apostar na razão, mas não apenas nela”.

O pesquisador chama a atenção ainda para o tipo de ordenação operada pelo discurso do risco em nosso cotidiano: ocupados em viver mais, nos afastamos da reflexão sobre viver para quê. Essa análise é compartilhada por Paulo Vaz, para quem o risco tornou-se uma forma simplificada, quase moral, de as pessoas darem sentido à vida. “Simplificada, porque desvia o indivíduo de questionar o que é a vida e o que ele quer da vida. É a aposta no controle de, ainda uma vez, evitar a morte, enquanto o fato de ser mortal talvez seja justamente o que possa nos levar a construir um sentido positivo para a vida”, reflete.



Direitos individuais ou o bem comum?

No debate em torno do conceito de risco e seus limites, têm sido enfatizadas formas de controle sobre os indivíduos e coletividades que ações e políticas públicas nele baseadas podem carregar. Lidar com essa questão é um constante desafio para os formuladores de políticas, gestores e profissionais de saúde, como mostrou a polêmica sobre os medicamentos para emagrecer: de um lado, o alerta para os danos à saúde por eles provocados, o que justificaria sua proibição; de outro, como enfatizaram médicos e a indústria farmacêutica, tira-se do indivíduo o direito de utilizar um recurso para tornar-se mais magro. Deve-se suprimir, com a proibição, o direito individual de correr o risco em nome da prevenção? Deve ser respeitada a livre escolha e se investir mais na redução de danos? Os custos para cuidar dos doentes justifica a proibição ou o controle restrito de produtos e condutas que tragam riscos à saúde, em detrimento da liberdade individual?

DIVERSIDADE DE SITUAÇÕES

Para José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, professor titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ver entrevista na pág.17) e autor do livro *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia* (São Paulo, Hucitec, 1997), em algumas situações, o Estado pode e deve se utilizar da prerrogativa que, ao menos em tese, lhe é conferida, de agir em prol do bem comum e interferir sobre as liberdades individuais. Ele observa, no entanto, que por trás de uma problemática aparentemente comum, há uma diversidade muito grande de situações práticas, que requerem um exame contextualizado, em busca da decisão mais prudente.

"Lembro-me da situação de quarentena a que foram submetidos alguns grupos de pessoas na China quando da emergência de surtos da gripe aviária, algum tempo atrás, julgada uma medida justificável. Por outro lado, a condenação foi geral quando circularam, logo no início da

epidemia de aids, rumores de que Cuba estaria adotando como política o isolamento dos soropositivos. O que há de diferente entre uma situação e outra? Muita coisa: o tipo de doença, as medidas de controle disponíveis, o tipo de medida proposta, o tempo de adoção de medidas restritivas, o impacto dessas medidas etc".

Para Ayres, em casos de conflitos entre interesses privados e públicos em saúde não haveria outra saída, senão a de "assumir o caráter radicalmente político do assunto, isto é, entender a questão como algo que diz respeito a

**DEVE-SE SUPRIMIR,
COM A PROIBIÇÃO, O
DIREITO INDIVIDUAL
DE CORRER RISCO
EM NOME DA
PREVENÇÃO?**

decisões prudentes sobre a vida e cada um e nós na polis de todos nós".

Ele observa que nenhum cálculo científico poderá resolver, por si só, questões dessa natureza. Nesse sentido, uma boa ajuda pode vir do cotejamento das evidências científicas com a referência dos direitos humanos. "Há, nas medidas de saúde pública propostas, a violação de algum direito individual ou social? Há outras medidas de saúde possíveis que não violem esses direitos, ainda que não as melhores ou mais baratas? O que pode ser feito para superar o conflito entre estes interesses da saúde e os direitos dos cidadãos?", indaga, considerando um bom caminho debater sob esta ótica, nos diversos espaços públicos e privados, institucionais e interpessoais, envolvidos nas decisões a serem tomadas.

Coordenador do Programa de Mestrado e Doutorado em Bioética da UnB e membro do International Bioethics Committee da Unesco/Paris, Volnei Garrafa defende a consulta a comitês plurais de Bioética, que já existem na maioria dos países da Comunidade Europeia, para que se possa lidar melhor com as questões

que envolvem o papel do Estado frente aos riscos em saúde.

"É impossível generalizar o assunto, pois as situações de risco são as mais variáveis, de acordo com local físico, agente, cultura, repercussões sanitárias e sociais... o mais correto é analisar as situações caso a caso". Neste sentido, a Bioética sugere que sejam sempre consultados comitês pluralistas (do ponto de vista da orientação moral de seus integrantes) e multidisciplinares (sob o prisma da formação desses integrantes). "A decisão coletiva, argumentada, dialogada e, se possível, de consenso, é melhor que qualquer decisão unilateral ou vinda de imposição autoritária", avalia.

LIMITES

Um referencial bastante usado pela Bioética nessas situações é aquele que diz que a ação desenvolvida por um indivíduo ou coletividade pode ser livre e exercida até a medida em que não invada ou prejudique outro indivíduo ou comunidade ("o meu limite de autonomia é o limite da autonomia do outro", resume Volnei). Ele explica que, por outro lado, a Bioética se alimenta de diferentes fontes filosóficas. Em determinada situação pode ser utilizada, por exemplo, uma decisão sustentada no "utilitarismo consequencialista", para quem a melhor decisão é aquela que beneficia o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo, resultando nas melhores consequências coletivas (ou nas menores consequências negativas).

Esta argumentação, contudo, pode ser refutada por teorias como a da ética normativa, definida por normas ditadas pelo Poder Legislativo ou mesmo pelo Executivo, em instâncias decisórias, como um setor de vigilância de organismos do controle sanitário público.

Duas referências nas reflexões sobre risco são os trabalhos dos sociólogos Anthony Giddens, britânico (*As consequências da modernidade*, 1990, e *Modernidade e Identidade*, 1991) e Ulrich Beck, alemão (*Sociedade de risco*, 1986). Veja outras referências e indicações de textos com acesso pela internet no site do RADIS (www.ensp.fiocruz.br/radis)



Entrevista: **José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres**

'Um poderoso intérprete de nós mesmos'

FOTO: ARQUIVO PESSOAL



Professor titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres se debruçou sobre a problemática do risco em sua tese de doutorado, defendida em 1995. Essa pesquisa deu origem, dois anos depois, ao livro *Sobre o risco: para compreender a Epidemiologia* (Hucitec). Com estudos voltados à temática do cuidado em saúde e da atenção primária, e autor de importantes trabalhos sobre as estratégias de cuidado e prevenção de HIV/aids, Ayres tem como uma de suas linhas de pesquisa a investigação das bases filosóficas e epistemológicas das ciências da Saúde. Nesta entrevista à *Radis*, ele fala sobre as possibilidades de utilização crítica do conceito de risco pela Epidemiologia.

De que maneira devemos lidar com o conceito de risco?

O conceito de risco é um *constructo* de uma inteligência coletiva com potente história de efeitos, e, como tal, é um poderoso intérprete de nós mesmos, de nossas sociedades, nossa cultura, nossos valores. É, portanto, uma base segura de onde partir para não nos descolarmos da concretude de nossas práticas sociais e de saúde. Mas, se não partirmos dele de forma crítica, inquietada, estaremos nos condenando a

repetir as mesmas práticas e relações que, convenhamos, não podem, na situação atual, nos deixar satisfeitos do ponto de vista ético, moral e político.

Como essa reflexão se relaciona com a Epidemiologia?

Em meu entender, o que os movimentos conceituais e práticos como vulnerabilidade, determinantes sociais da saúde, nova promoção da saúde, entre outros nos apontam é, de um lado, que a Epidemiologia como ciência não pode se aferrar dogmaticamente ao formalismo das análises de risco para balizar sua identidade e procedimentos como área de conhecimento científico, e, de outro, que não podemos transpor mecanicamente para a prática os *constructos* da Epidemiologia (ou de qualquer outra disciplina científica), na orientação das ações de saúde. Aliás, não é interessante restringir às ciências, quaisquer que sejam, o tipo de autoridade a que devemos recorrer na contínua reconstrução dos horizontes normativos das práticas de saúde.

O que se propõe, então?

Utilizemos farta e democraticamente os estudos de risco, mas submetendo-os a processos de compreensão e diálogo sobre como foram produzidos e o que significam concretamente seus *constructos* do ponto de vista prático, técnico, político, ético. Busquemos sempre novas variáveis para associar, baseados em quadros teóricos consistentes. Desenvolvamos outras estratégias, matemáticas ou não, para conhecer o que se produz nas relações entre nossos modos de viver, adoecer e cuidar da saúde. Veja-se, por exemplo, como as aproximações na perspectiva da vulnerabilidade já têm apresentado resultados práticos positivos no campo da saúde coletiva, ao denunciar o efeito perverso e estéril da estigmatização provocada por certos usos do conceito de grupos de risco ou da responsabilização individual (e, portanto, irresponsabilidade pública) na aplicação do conceito de comportamento e risco; como essas aproximações estabeleceram pontes entre estudos e categorias sociológicas e antropológicas e o campo e saberes e práticas da Saúde, como

as categorias gênero, raça/etnia, exclusão social, pobreza; como vêm favorecendo o enriquecimento dos horizontes normativos das práticas de saúde a partir da aproximação que promovem entre as lógicas da saúde e dos direitos humanos.

O professor Paulo Vaz (ECO/UFRJ) aponta que a introjeção do risco tem gerado cada vez mais demandas sobre a Medicina e o campo da Saúde de forma geral, com a busca por técnicas custosas de diagnóstico precoce, ações judiciais etc. Em vista disso, prevenir está se tornando mais caro do que curar?

Não acho que a questão se refira apenas ao custo da prevenção. Curar também fica mais caro sob a égide dos cálculos de risco. Vê-se o mesmo processo na incessante busca das evidências do melhor medicamento, do melhor protocolo de procedimento, do melhor hospital, e em torno deles o mesmo grande aparato jurídico e midiático. Parece-me que o problema central, seja na prevenção ou no tratamento, não é o preço a pagar, mas "para quê", "para quem", "por quem" e "como" está sendo pago. Para alguns desafios os investimentos deverão mesmo ser grandes. Ou alguém tem dúvida de que morar, comer, trabalhar e repousar com dignidade e justiça social seja fundamental para promover a saúde? E isto não é caro? Disponibilizar antirretrovirais para pessoas infectadas pelo HIV é caro. E não devemos fazê-lo? Definitivamente, não acho que o problema da colonização do mundo da saúde por um cálculo infinito e acrítico do controle dos riscos seja o encarecimento das ações, mas o potencial embotamento de nossa capacidade de lidar com a nossa própria saúde de um jeito mais autêntico, vivido e pensado. Estou completamente de acordo com Vaz e colaboradores quando eles afirmam que "talvez a dívida que tenhamos contraído ao nascer seja a de habitar o mistério de estar vivo; talvez a redução da vida ao esforço de evitar a morte seja um modo de impedir que habitemos o mistério" [citado de *Interface – Comunic, Saúde, Educação* V. 11, Nº. 21, 2007, p.153].



Informações confiáveis sobre a qualidade dos recursos hídricos

Sistema reúne e cruza dados já disponíveis, para nortear diagnósticos e políticas públicas

Bruno Dominguez

A informação de que 68% das internações hospitalares no Brasil devem-se à falta de saneamento, encontrada em jornais, publicações científicas e textos legais, em uma busca na internet, seria preocupante se não fosse uma "lenda urbana". A definição é do pesquisador do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) Christovam Barcellos, registrada em editorial sobre o tema, publicado nos *Cadernos de Saúde Pública* (Ensp/Fiocruz), em uma edição (nº 22) de 2005. Na verdade, as doenças de veiculação hídrica eram, na época, responsáveis por índice bem menor de internações — 4,8%. A lenda urbana alerta, assim, para a necessidade de se contar com informações confiáveis sobre saneamento.

Com o *Atlas ÁguaBrasil* (<http://www.aguabrasil.icict.fiocruz.br>), projeto coordenado pelo próprio Christovam, é possível chegar a diagnósticos locais e nacionais precisos dos problemas relacionados à qualidade da água, saneamento e saúde. O objetivo do observatório, explica, é produzir e disseminar conhecimento, subsidiando decisões. "Transformamos dado em informação", ressalta. O usuário que acessa os sites de IBGE e DataSUS, exemplifica o pesquisador, nem sempre consegue o mesmo. "No *ÁguaBrasil*, até o usuário não especialista entende os indicadores, que já estão interpretados a partir de uma base técnica e teórica".

O atlas reúne e cruza dados do Censo Demográfico e da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, ambos do IBGE; dos sistemas de informações sobre Internações Hospitalares (SIH/SUS), Mortalidade, Agravos de Notificação, Vigilância da Qualidade da Água para

Consumo Humano, bem como do SUS e do Sistema de Informações Hidrológicas, da Agência Nacional de Águas. Como informa o texto de apresentação do *Atlas ÁguaBrasil*, é a primeira vez no país que dados, mapas e gráficos relevantes sobre a água podem ser acessados sem restrições.

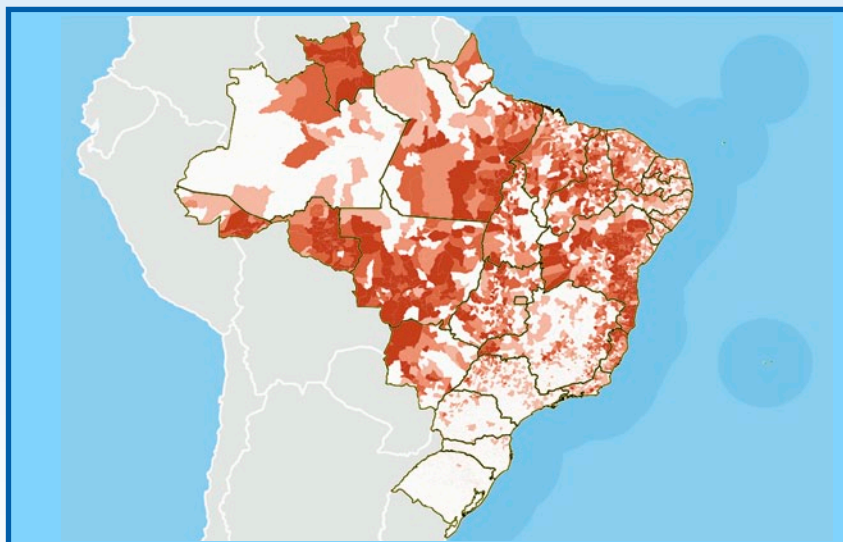
"Mesmo sendo informação pública, parte desses dados não estava acessível à sociedade", observa a pesquisadora Renata Gracie, uma das responsáveis pelo projeto. "Nossa função é levar essas informações à sociedade civil, técnicos de vigilância em saúde e gestores, especialmente os secretários de Saúde". A divulgação desses indicadores, esperam os pesquisadores, pode resultar na elaboração de políticas públicas para o saneamento e os recursos hídricos, minimizando os riscos à saúde da população.

Os indicadores estão organizados em três categorias: qualidade da água; estrutura e funcionamento dos sistemas de saneamento; e incidência de

agravos (doenças) relacionados. Como marcadores dos riscos relacionados à qualidade da água foram selecionados os seguintes agravos: cólera, salmonelose, amebíase, helmintose, giardíase, hepatite A, leptospirose, dengue, esquistossomose e mortalidade por diarreia em menores de 5 anos.

Grande parte está associada à má qualidade ou ausência de serviços de saneamento, contaminação e falta de tratamento da água utilizada, contaminação dos rios e lagoas usados para trabalho ou lazer, coleta e disposição final do lixo inadequados ou alimentos mal preparados para consumo.

O Atlas permite que os usuários produzam mapas temáticos a partir de uma busca simples, proporcionando informações geográficas da qualidade da água consumida e dos riscos relacionados às condições gerais de saneamento, na seção *Mapa dos indicadores*. "Os dados chegam em formato de tabela, mas usamos ferramentas que permitem ao usuá-

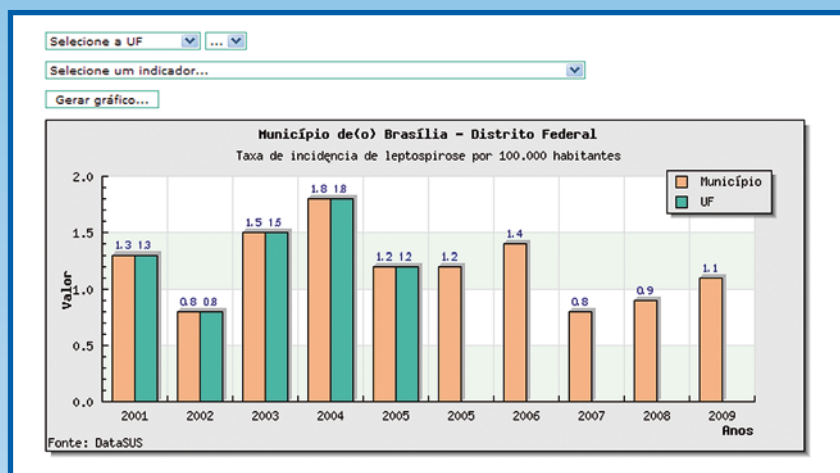


Mapas como o que localiza o índice de internação por dengue no país podem ser acessados

rio visualizá-los no mapa”, explica Heuglácio Barros, desenvolvedor de aplicações web do projeto. É possível ter uma visão do país como um todo, e também de estados, microrregiões e municípios.

A seção *Glossário* tira dúvidas sobre doenças relacionadas à água (como amebíase, cólera, dengue, doenças diarreicas agudas, esquistossomose, giardíase e hepatite A) – o que são, como se transmite e características epidemiológicas. Também estão explicados termos relacionados a saneamento e indicadas as leis federais que regulam a questão no Brasil.

De acordo com o texto de apresentação do atlas, não existe solução ideal para as condições de saneamento. Os sistemas devem ser permanentemente aperfeiçoados, procurando-se soluções que minimizem os riscos à saúde e ao ambiente. Alguns pequenos sistemas de abastecimento de água, como os poços domiciliares, podem ser seguros e de boa qualidade



Taxa de incidência de leptospirose em Brasília (DF): sistema gera gráficos sobre todos os municípios

se garantidas as condições de higiene e a preservação do lençol freático.

A combinação de fatores como cobertura da rede de coleta de esgoto, qualidade da água na rede de abastecimento, irregularidade do abastecimento e interação entre

água e esgoto pode revelar contextos particulares em que os problemas de saúde ocorrem e fornecer pistas para o estabelecimento de políticas específicas e focadas para cada grupo social e região, apontam a equipe do *Atlas ÁguaBrasil*.

Observatórios em debate

O detalhamento e a importância de iniciativas como o projeto Atlas Água Brasil foram tema do seminário *Observando observatórios: informação, saúde e ambiente para a sociedade*, realizado em 7 de abril, como parte da programação comemorativa dos 25 anos do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz).

O evento reuniu representantes de cinco experiências – além do Atlas, o Observatório de Clima e Saúde (*Radis 93*), que gera e analisa dados relacionando doenças ao meio ambiente e ao clima; o Mapa da Injustiça Ambiental e Saúde (*Radis 95*), que localiza conflitos decorrentes do desenvolvimento não sustentável; o Observatório Saúde na Mídia (*Radis 99*), dedicado à análise crítica da produção de sentidos acerca do SUS e da saúde pelos meios de comunicação; e o Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (Otics), da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro em parceria com o Icict, voltado a qualificar o monitoramento de indicadores de saúde.

Pesquisadora do Observatório Saúde na Mídia, Kátia Lerner ressaltou a proliferação de experiências designadas como *observatórios*, como



FOTO: VINÍCIUS MARINHO/ICICT/FIOCRUZ

Mesa com representantes de 5 experiências não esgotou a discussão: o que é um observatório, afinal?

movimento próprio das sociedades democráticas e apontou a própria mesa como exemplo dessa diversidade. Ao mesmo tempo, indicou que falta a essas práticas um “conceito mais nítido”. Para Kátia, não há, ainda, conceitualmente, o que justifique que uma experiência é um observatório. “Não há muito material disponível”.

Alcindo Ferla, do Otics, definiu seu projeto como um “conjunto de tecnologias capazes de captar, tratar e disseminar informações e conhecimentos para suporte à tomada de decisão”. Parte da plateia, percebeu na proposta, no entanto, ênfase maior na implementação de soluções tecnológicas do que na observação – o que o descaracterizaria como observatório.

Também na mesa, Rogério Lannes, coordenador do Programa RADIS,

ressaltou que os observatórios não necessariamente fortalecem a democracia, citando como exemplo os sistemas de informação e inteligência do Estado, a serviço do controle da sociedade – e que funcionaram no período da ditadura militar – e o Observatório Romano, que interpreta o mundo a partir do Vaticano.

“Os observatórios são uma interpretação da realidade. Sempre se fala de um determinado lugar. O uso do observatório a serviço da democracia é opção política”, analisou, citando, nesse sentido, o Mapa da Injustiça Ambiental e Saúde, que inclui interação com a sociedade em sua metodologia. “Contar com especialistas não confere necessariamente caráter democrático a um observatório”, concluiu.

TUBERCULOSE

Antigo e atual problema de saúde pública

Trajatória é positiva no controle da doença, mas Brasil ainda está entre os 22 países que concentram 80% dos casos

O Brasil reduziu de 73.673 para 70.601 o número de casos novos de tuberculose entre 2009 e 2010, cerca de 3 mil a menos, ou 4% de queda no período. Com a redução, a taxa de incidência (número de pacientes por 100 mil habitantes) baixou de 38,82 para 37,99. São números positivos, mas não suficientes para tirar a tuberculose do rol dos problemas de saúde pública do Brasil. Afinal, o país ainda está entre os 22 que concentram 80% dos casos em todo o mundo, ocupando a 19ª posição, o único das Américas a figurar nesse ranking, liderado por Índia, China, Indonésia, África do Sul e Nigéria. Em 2008, era o 16º colocado, o que mostra movimento de saída desse grupo.

Em relação à incidência, o Brasil ocupa o 108º lugar mundial, apresentando taxas que configuram uma “situação calamitosa” na avaliação de entidades como o Fórum Estadual das ONGs na Luta contra a Tuberculose do Rio, o Grupo de Apoio aos Pacientes e Ex-Pacientes de Tuberculose e o Fórum Estadual das ONGs/Aids do Rio.

Alguns estados brasileiros apresentam elevadas taxas de incidência, a começar pelo Rio de Janeiro (71,8 por 100 mil habitantes) — praticamente o dobro da nacional —, seguido de Amazonas (69,2/100 mil), Pernambuco (47,5/100 mil), Pará (46,2/100 mil) e Rio Grande do Sul (45,3/100 mil). Entre as capitais, as maiores taxas de incidência são registradas em Porto Alegre (111,3/100 mil), Recife (97,2/100 mil), Belém (95,1/100 mil), Rio de Janeiro (93,4/100 mil) e Manaus (93,2/100 mil). No outro extremo, com as menores taxas, estão Distrito Federal (11,7/100 mil), Tocantins (13,6/100 mil) e Goiás (14,6/100 mil).

“O Brasil é um país continental, com a quinta maior população do planeta, o que provoca diferenças entre

estados”, observa o coordenador do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde (PNCT/MS), Dráurio Barreira. “São números inaceitáveis para uma doença que tem cura”, contrapõe o *Manifesto pelo Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose* que as entidades lançaram em 24/3.

De acordo com o PNCT, a tuberculose é a terceira maior responsável pelos óbitos por doenças infecciosas e a primeira entre pacientes com aids no país, devido ao enfraquecimento do sistema imunológico. Chefe do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), no Rio de Janeiro, a pneumologista Margareth Dalcolmo diz que há uma associação entre a doença e as condições de vida dos pacientes. “Trata-se de uma doença marcada pela exclusão e pelas desigualdades sociais, pelas condições de moradia, e com pouco acesso a diagnóstico e tratamento. Além disso, há as condições imunológicas individuais, a exemplo da coinfeção nos casos do vírus da aids”.

RECURSOS

A doença está entre as prioridades do governo brasileiro há mais de dez anos. Entre 2002 e 2010, segundo o PNCT, o volume de recursos investidos pelo Ministério da Saúde e estados cresceu 14 vezes, passando de US\$ 5,2 milhões para US\$ 74 milhões. Parceria estabelecida em 2010, entre o PNCT e o Programa de Saúde Global financiado pela Fundação Bill & Melinda Gates, em colaboração com a Fundação Ataulpho de Paiva (FAP), do Rio de Janeiro, validará um teste rápido de detecção da doença, cujo resultado sai em uma hora e meia — pela técnica tradicional, o diagnóstico demora 30 dias, em média. “O total

de recursos investidos pela Fundação Gates, ao longo de três anos, será de US\$ 3 milhões”, diz Dráurio Barreira, para quem a política de controle da tuberculose está no caminho certo.

TENDÊNCIA DE QUEDA

O investimento financeiro bem como a descentralização das ações de controle da tuberculose para as unidades de atenção básica e equipes de Saúde da Família, a partir de 2002, ampliando o escopo de profissionais envolvidos no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos doentes, contribuíram para a melhoria dos índices da tuberculose no país, avalia Dráurio. O Brasil registra tendência de queda de novos casos desde 1996, com média anual de decréscimo de 2,4% — em 2010, a redução foi maior, de 4%. O mesmo acontece com as taxas de mortalidade. Há duas décadas a incidência da doença era de 56 casos por 100 mil habitantes e a mortalidade, de 3,6 por 100 mil. Em 2009 e 2010, a taxa foi de 38,82 e 37,99 por 100 mil, respectivamente, e a de mortalidade, de 2,5 por 100 mil, em 2009, o que leva a crer que os indicadores da doença deverão ser reduzidos pela metade até 2015, em cumprimento ao Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 6, da ONU.

“Em relação à taxa de mortalidade, deveremos atingir a meta até 2013, dois anos antes”, calcula Dráurio ao informar que a meta brasileira é atingir em 2015 taxa de incidência de 28 por 100 mil e de mortalidade de 1,8 por 100 mil. Ainda em resposta à Meta do Milênio, o PNCT tem como objetivo chegar ao índice de 85% de cura — em 2008, a taxa foi de 73%. “Creio que o Brasil consiga sair da lista dos 22 países com alta carga da doença e que possamos interferir reduzindo a mortalidade e, sobretudo, estabelecer melhor acesso ao diagnóstico com a im-

plementação de novos métodos, na rede de serviços dos SUS”, analisa Margareth.

Tirar a tuberculose do rol dos problemas de saúde pública, no entanto, depende também de outras ações. Dráurio ressalta a necessidade de articulação com os demais setores do governo e com a sociedade, em busca de melhoria da qualidade de vida, de habitação e de transporte. Ele concorda com a avaliação feita pela diretora do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), Tânia Araújo-Jorge, em entrevista à *Radis* (104), de que doenças como a tuberculose, hanseníase, leishmaniose e Chagas, chamadas de negligenciadas, são não só decorrentes como promotoras da pobreza, e que, por isso, devem estar no foco da agenda de pesquisa em saúde do país, do governo e da sociedade. “Somente baseados em ações de saúde, teremos um controle razoável da tuberculose”, reforça.

BENEFÍCIO SOCIAL

Em estratégia recente, o PNCT vem buscando, no Congresso Nacional, ministérios de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Cultura, Secretaria de Saúde Indígena e setores da Justiça, meios de garantir um benefício social imediato para pessoas com tuberculose. “Nossa intenção é criar benefícios em parceria com outros setores, na forma de dinheiro ou de alimento, que sejam oferecidos por período maior que o de tratamento”, explica Dráurio. A iniciativa, diz, conta com o apoio do Conselho Nacional de Saúde que aprovou em março recomendação ao Ministério da Saúde nesse sentido. “Sabemos que 80% dos municípios já



FOTO: LUIS OLIVEIRA / MINISTÉRIO DA SAÚDE

Dráurio: política de controle está no caminho certo



FOTO: ALEX MANSOUR / FARMANGUINHOS

Margareth: doença é marcada por desigualdades e exclusão




FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Basília: prejuízo para as ações de mobilização social

viabilizam algum tipo de benefício, desde o café da manhã na unidade de saúde para atrair o paciente, passando por vale transporte, cesta básica etc. Mas isso depende da boa vontade da unidade de saúde, dos funcionários, do secretário de Saúde, do prefeito. Não há nada garantido em nível federal”, observa Dráurio, para quem a estratégia poderá contribuir para reduzir os índices de abandono do tratamento.

Garantir a adesão é um dos maiores desafios no controle da doença. Para tanto, o governo brasileiro conta com novo esquema terapêutico adotado no fim de 2009. A dose fixa combinada (DFC) — ou *quatro em um*, como o tratamento é popularmente conhecido — faz uso de quatro drogas e os pacientes ingerem apenas de dois a quatro comprimidos por dia. No modelo antigo, eram usadas três drogas e o paciente era obrigado a tomar até nove comprimidos diferentes por dia, um dos motivos que levava ao abandono. Segundo o PNCT, o objetivo é alcançar até 2015 índices de abandono menores

que 5%, conforme preconiza a OMS. Em 2009, 9,4% dos doentes abandonaram o tratamento — o que favorece o desenvolvimento de bacilos mais resistentes às drogas ministradas, a tuberculose multirresistente, problema recorrente no Rio de Janeiro, como salienta o *Manifesto pelo Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose*. As entidades que assinam o manifesto alertam para os motivos que levam à multirresistência no estado e no município: demora dos resultados de testes de sensibilidade e falta de apoio social adequado aos pacientes.

Visando ainda à adesão, o país também expandiu a cobertura da estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO), ou seja, do acompanhamento do paciente durante os seis meses de tratamento, de 3,5%, em 2001, para 36,2%, em 2009. “Atualmente, 97% dos municípios prioritários, que concentram 63% dos casos de tuberculose, adotam o TDO para aumentar o percentual de cura da doença”, comemora Dráurio. 

Término do Fundo Global em 2012 preocupa ONGs

Com vigência de cinco anos, o Fundo Global Tuberculose Brasil — parte do Fundo Global de Luta Contra a Aids, Tuberculose e Malária (*The Global Fund*), sediado em Genebra, e que apoia ações de controle dessas doenças a partir de propostas de instituições da sociedade civil e governo — teve início em 2007 e chega ao fim em 2012, conforme previsto. Responsável por um aporte de US\$ 27 milhões, o fundo tem como foco os 57 municípios das regiões metropolitanas de Belém, São Luís, Fortaleza, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Baixada Santista e Porto Alegre, e o município de Manaus — áreas que concentram 45% dos casos de tuberculose no país.

Com o término, alerta Carlos Basília, integrante do Fórum de ONGs

na Luta contra a Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro e coordenador do Observatório TB Brasil, poderão sofrer prejuízos as atividades de “fortalecimento da sociedade civil”. Basília refere-se às ações de mobilização social, informação, educação e comunicação, que, ao lado da estratégia de tratamento supervisionado para o diagnóstico precoce em populações vulneráveis, bem como controle da qualidade da rede laboratorial e das ações de redução da co-infecção TB/HIV, compõem o espectro de atuação do fundo. “Não há indicativo do governo de como irá incorporar as ações hoje financiadas pelo fundo, para dar conta dos objetivos, principalmente as de fortalecimento da sociedade civil”, observa Carlos. “A meta em questão

não faz parte do planejamento e não é prioridade do gestor”, salienta.

Na avaliação do coordenador do PNCT do Ministério da Saúde, Dráurio Barreira, o governo poderá assumir todas as ações previstas pelo Fundo Global, uma vez que já se previa o fim dos recursos. “É lógico que dinheiro de projeto é muito mais fácil de ser executado do que dinheiro público, que requer outras regras”, observa. Dráurio considera a possibilidade de haver mais morosidade na execução de algumas das ações, mas afirma que isso não prejudicará o PNCT. “O controle da tuberculose já está consolidado no país”. Ele lembra, ainda, que novo projeto, da Fundação Bill & Melinda Gates, aportará R\$ 3 milhões para o programa, para execução em três anos.

SERVIÇO

EVENTO

1º ENCONTRO DE PESQUISADORES EM HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL

Promovido pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia, o evento tem como objetivo proporcionar o debate e o intercâmbio de estudos e pesquisas em História da Saúde Mental, visando fundamentar políticas e ações nessa área. O encontro pauta-se em cinco eixos temáticos: História das instituições psiquiátricas e do contexto em que se constituíram; Epistemologia do campo da saúde mental; História das políticas em saúde mental; História dos serviços substitutivos e ações em saúde mental; e História dos movimentos sociais que atuam no campo da saúde mental. As inscrições podem ser feitas até 3/8, pela internet; depois dessa data, somente no local do evento.

Data 4 e 5 de agosto

Local Campus Universitário David Ferreira Lima da UFSC, Florianópolis, SC

Mais informações

Site www.encontrohistoriasm.ufsc.br

INTERNET

SAÚDE COLETIVA

O sanitarista Emerson Elias Merhy disponibiliza na internet sua produção acadêmica, desenvolvida em grande medida a partir de suas experiências na gestão em coletivos de saúde. Os trabalhos estão agrupados em quatro categorias: *artigos publicados em revistas indexadas*; *artigos em geral*; *capítulos de livros*; e *livros*. Há também uma seção dedicada a textos de outros profissionais, selecionados por Merhy e autorizados para publicação. Com a iniciativa, o autor assume o compromisso de “partilhar desse saber, de um modo livre e não burocrático”. Para o sanitarista, a produção de conhecimento que os textos expressam tem a marca da não neutralidade, “pois foi realizada olhando e se implicando com a construção de políticas públicas em saúde, na busca da consolidação de uma aliança de ferro entre o modo de produzir saúde e a afirmação da vida individual e coletiva”. Os textos estão disponíveis na página eletrônica de Merhy, no portal da Universidade Federal Fluminense, em www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy.

PUBLICAÇÕES

SAÚDE DO TRABALHADOR

Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea, organizado pelos pesquisadores Carlos Minayo, Jorge Mesquita Huet Machado e Paulo Gilvane Lopes Pena (Editora



Fiocruz), faz uma reflexão sobre os processos de saúde e adoecimento no âmbito das ocupações. Organizado em 24 capítulos, o livro trata de questões como a incorporação tecnológica e a globalização dos mercados, a persistência de formas arcaicas de produção e a precarização do trabalho. Os autores procuram interpretar a origem das situações de adoecimento, do ponto de vista tecnológico, econômico, social ou político, e apontam os desafios que as transformações sociais e econômicas no âmbito do trabalho trazem para a vigilância em saúde do trabalhador. Ao fazer um diagnóstico da área, o livro identifica avanços e lacunas.

DIABETES

As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico, de Reni Aparecida Barsaglini, faz parte da coleção Antropologia e Saúde (Editora Fiocruz).



A partir da Sociologia e da Antropologia, a publicação analisa as dimensões subjetivas e objetivas do diabetes *mellitus*, dos sentidos atribuídos à doença até o seu gerenciamento. A autora percorre os fundamentos do saber médico para explicar a enfermidade, bem como as interpretações dos profissionais da atenção básica aos quais os pacientes recorrem no SUS. A pesquisa que originou a publicação utilizou metodologia qualitativa, incluindo consulta à literatura biomédica básica e a documentos de entidades ligadas ao diabetes, entrevistas com pacientes, familiares e profissionais de saúde, e observações em campo (no bairro, na residência e na unidade de saúde).

SAÚDE NA FRANÇA

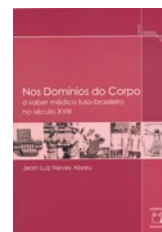
Análise Sociológica das Políticas de Saúde reúne uma coletânea de artigos do médico, sociólogo e pesquisador francês Patrice Pinell, traduzidos por Irene Ernest Dias e Vera Ribeiro (Editora Fiocruz).




O livro faz um estudo sócio-histórico da gênese das políticas de saúde na França, entre 1982 e 2005, como as políticas de luta contra o câncer e a aids e as destinadas ao enfrentamento de problemas com crianças “inadaptadas” ou “anormais” e com “inteligência inferior” e jovens “delinquentes”, usuários de drogas. Embora trate da experiência francesa, a obra traz contribuições importantes para o leitor brasileiro, por conta dos aspectos universais que podem ser apreendidos a partir da leitura.

CONHECIMENTO DO CORPO

Nos Domínios do Corpo: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII, do pesquisador Jean Luiz Neves Abreu (Editora Fiocruz), trata da história do corpo no mundo luso-brasileiro



ao longo do século 18, tema pouco explorado pela historiografia. A partir de antigos tratados de medicina e manuais de prática médica de médicos luso-brasileiros e estrangeiros, o autor revela os diferentes segmentos do saber médico do período, mostrando como uma medicina recheada de aspectos mágicos e religiosos passou, sobretudo nas últimas décadas do século analisado, a ser confrontada por conhecimentos fundamentados no experimentalismo e no racionalismo. O livro faz parte da coleção História e Saúde. 

ENDEREÇO

Editora Fiocruz
Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006
E-mail editora@fiocruz.br
Site www.fiocruz.br/editora



PÓS-TUDO

'A América Latina deu um salto extraordinário'

A fragilidade do modelo neoliberal que pautou a América Latina, no final do século 20, e a força que o continente adquiriu em seguida foi tema de palestra do sociólogo e cientista político **Emir Sader**, dia 28/3, no Rio de Janeiro, abrindo ciclo de debates sobre temas brasileiros, resultado de parceria entre o Instituto Casa Grande e o jornal de cultura e política *Algo a Dizer*. Emir Sader chamou a atenção para o fortalecimento interno do continente latino-americano, com o Mercosul, o Banco do Sul, a União das Nações Sul-Americanas (Unasul) e o Conselho Sul-Americano de Defesa. "Pela primeira vez, a América Latina criou espaços para dirimir conflitos sem a presença dos Estados Unidos", salientou na palestra, da qual *Radis* transcreve trechos a seguir.

CONTINENTE ESQUECIDO

É bom falar da América Latina, um continente esquecido pela imprensa nos anos 90, ou melhor, relegado às páginas econômico-financeiras. A América Latina não tinha mais cultura, povo, contradições, lutas, apenas espaços de privatização (...). Algumas vozes da América Latina eram apenas convidadas para reuniões da **terceira via** para mostrar que havia inteligência na periferia do capitalismo. De repente, dá um salto extraordinário, algo típico do continente. Se analisarmos os 50 anos que transcorreram desde a Revolução Cubana (1959), veremos que são anos de revolução e contra-revolução, auges de lutas revolucionárias, golpes duros, capacidade de recuperação rápida, novo ciclo ascendente, conflitos, que fizeram da América Latina protagonista da segunda metade do século passado.

NEOLIBERALISMO

O século [20] termina com a América Latina praticamente inteira imersa no neoliberalismo. Em alguns de seus países mais importantes, onde o movimento popular era mais forte, ditaduras militares quebraram a capacidade de resistência do campo popular, dando espaço para que o neoliberalismo fosse construído.

FRAGILIDADES DO MODELO

As fragilidades do modelo [neoliberal] foram aparecendo ao longo da própria década. (...) A transferência de



REPRODUÇÃO

recursos do setor produtivo para o setor especulativo, a desregulamentação da economia e a fragilização dos nossos estados fizeram com que as três principais economias do continente fossem vitimizadas: México, em 1994; Brasil, em 1999; e Argentina, nos anos 2001 e 2002. (...) Ficou configurado que o modelo neoliberal se esgotava.

NA CONTRAMÃO

Paralelamente, começaram a surgir alternativas: a eleição de Hugo Chavez [Venezuela], surpreendente, em 1998, seguida pela de Luiz Inácio Lula da Silva, Cristina Kirchner [Argentina, em 2007], Tabaré Vázquez [Uruguai, 2005], Evo Morales [Bolívia, 2006], Rafael Correa [Equador, 2005], Fernando Lugo [Paraguai, 2008], entre outros. (...) O continente elegeu governos na contramão do modelo hegemônico neoliberal. Todos têm em comum a rejeição ao neoliberalismo.

ALCA

O presidente da Venezuela, Hugo Chavez, conta que esteve em reunião, em 2000, no Canadá, onde [o ex-presidente dos EUA] George Bush apresentou a proposta do **Tratado da Área de Livre Comércio das Américas (Alca)**; disse que Fernando Henrique fez um belo discurso. Quando chegou a hora de votar, pediram para levantar o braço quem fosse contra. Chávez levantou sozinho. Os exemplos para apoiar a Alca eram ruins. O México, exemplo de país que assinou o tratado (...) tem mais de 90% de seu comércio exterior com os Estados Unidos. (...) Está ao lado do epicentro da crise internacional e não vai se recuperar enquanto a economia americana não se recuperar.

NOVAS ALTERNATIVAS

(...) A alternativa da América Latina foi fortalecer o Mercosul, criar o Banco do Sul, a Unasul, o Conselho Sul-Americano de Defesa, buscar, a partir da integração comercial, a integração política. Pela primeira vez, a América Latina criou espaços para dirimir conflitos sem a presença dos Estados Unidos. (...) No caso do governo brasileiro, o primeiro ato de política exterior foi inviabilizar, depois de enorme campanha popular, a Alca, o que foi importantíssimo em termos de correlação de forças internacional.


PRIORIDADE

O segundo elemento comum dos governos latino-americanos é o privilégio que dão às políticas sociais, e não ao ajuste fiscal. Quer dizer, vários deles mantiveram políticas de equilíbrio monetário, mas a prioridade social foi significativa.

PONTOS MARCANTES

Primeiro, existe ainda (...) um monopólio (...) do capital financeiro. A taxa de juros real mais alta do mundo atrai o capital financeiro. (...) Há um compromisso de se chegar à taxa de 2%, a média mundial, no fim de novembro. Esta dinâmica não foi assumida até agora. (...) Se não mudar, vai ser um crescimento com soluços, abaixo das necessidades, o que acentuará esses desequilíbrios que o governo está tentando combater. Segundo, há um monopólio da terra. Houve no Brasil uma espécie de *modernização conservadora* com a invasão avassaladora do agronegócio para exportação. (...) Fora o fato de que o governo imprimiu um ritmo muito lento à Reforma Agrária. (...) Em terceiro lugar, está o monopólio da palavra e da imagem, a ditadura de umas poucas famílias decadentes, (...) que controlam a formação da opinião pública brasileira.

'COMÉRCIO JUSTO'

Cada país dá o que tem e recebe o que precisa. Seria impossível Cuba comprar o petróleo que recebe da Venezuela com o dinheiro que tem, e a Venezuela não teria educadores, médicos e técnicos em esporte (...) aquilo que no Fórum Social Mundial chamamos de *comércio justo*. (...) Essa é a América Latina hoje, que saiu de um reino neoliberal para ser a única região do mundo que tem processos de integração relativamente autônomos em relação aos Estados Unidos. 

O CANAL SAÚDE mudou.

Virou televisão e está de cara nova.

Novo visual e nova grade de programação.

Você acompanha todos os dias, das 9h às 19h.

Mais participação, atualidade, serviço e diversidade.

Canal Saúde. Tudo novo pra você


canal,
SAÚDE
Construindo cidadania



Saiba como assistir: www.canalsaude.fiocruz.br