

NESTA EDIÇÃO

Mostra VideoSaúde

Conheça os trabalhos premiados entre 313 concorrentes

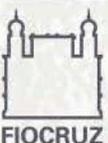
"Me belisca..."

Michael Moore, em carta emocionante, festeja a eleição de Barack Obama

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



Nº 76 ♦ Dezembro de 2008

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

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso Especial

050202087-3/2004-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz

...CORREIOS...



EPI-2008 PORTO ALEGRE

Em plena crise mundial,
solidariedade voa alto
nos 4 dias de debate





Uma história Severina • 1º lugar



Filipe • 2º lugar



Do luto à luta • 3º lugar



TPC • menção honrosa



Clarita • menção honrosa



Procura-se Janaína • menção honrosa

Vídeo em saúde, um valor crescente

Successo e crescimento marcaram a 5ª Mostra Nacional de Vídeos em Saúde, promovida pela VideoSaúde Distribuidora – unidade do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (Icict/Fiocruz) –, que premiou três trabalhos e ofereceu três menções honrosas entre 313 inscritos no Epi2008, em Porto Alegre. Em seus 20 anos, completados neste 2008, a distribuidora constata a valorização crescente da iniciativa. “Na primeira edição, em 1992, 72 vídeos foram inscritos; na segunda, em 1994, 112; na terceira, em 1998, 160; na quarta, em 2003, 232; nesta quinta, 313 vídeos”, anunciou o jornalista Homero de Carvalho, chefe da VideoSaúde, no evento de premiação.

Os 313 vídeos vieram de todos os cantos do país: 210 produções do Sudeste, 47 do Nordeste, 41 do Sul, 14 do Centro-Oeste, uma do Norte e outra, embora produção brasileira, foi enviada da Bélgica. Predominou o tema saúde mental, que teve 31 vídeos inscritos, seguidos por DST/aids, condições de vida, saúde da mulher, da criança e do adolescente, dengue, humanização do atendimento, capacitação dos profissionais de saúde, meio ambiente e sexualidade.

O primeiro lugar foi para o vídeo *Uma história Severina*, de Deborah Diniz e Eliane Brum. O filme conta a história de Severina, grávida de 4 meses de um feto anencéfalo. Ela estava internada num hospital do Recife quando o Supremo Tribunal Federal cassou a autorização do Ministério da Saúde para interrupção da gravidez nos casos de anencefalia. A trajetória desta mulher humilde, que os ministros do STF não

acompanharam, teve início em 20 de outubro de 2004 e terminou em 10 de janeiro de 2005, quando seu bebê foi enterrado. “Essa foi uma história espetacular”, disse Deborah ao receber seu prêmio. “Foi a possibilidade de falar para além de nós mesmos.”

O segundo lugar foi do vídeo *Filipe*, dirigido por Margarida Hernandez, sobre a vida no hospital de um alegre menino à espera de transplante de coração. Enquanto esperava seu coração novo, Filipe escrevia livros cheios de humor e otimismo, desenhando sua vida no ambiente hospitalar. O menino morreu: o coração que recebeu era incompatível. “Ele me pediu para não fazer um filme *mexicano* [ou um *dramalhão*], contou Margarida. “Mostro neste filme um Filipe alegre como ele era.”

O prêmio de terceiro lugar foi para o vídeo *Do luto à luta*, produzido por Leticia Lemos e dirigido por Evaldo Mocarzel, que lança um novo olhar sobre a síndrome de Down ao tratar dos preconceitos e medos em torno da doença. O filme quis passar a mensagem de que há soluções para a síndrome bem mais simples do que se imagina quando são deixados de lado os estigmas sociais. “Tive na minha filha a inspiração para o filme”, relatou Leticia.

A primeira menção honrosa foi para *TPC, nosso trabalho sobre Sida*, dirigido por Reginaldo Bianco: um grupo de alunos – típicos adolescentes moçambicanos – resolve fazer um trabalho para casa (TPC) sobre os mitos locais em torno do HIV/aids, esclarecendo dúvidas e destacando a importância do uso do preservativo. A segunda menção foi para o filme *Procura-se Janaína*,

de Mirian Chnaiderman, que mostra a busca por uma menina negra, pobre, institucionalizada na Febem dos anos 1980. Ela se debatia no berço, se machucava, ficava com a mão espalmada, não falava nem se relacionava com ninguém. “Fazer *Janaína* foi para mim um ato político”, esclareceu a diretora. A terceira menção foi para *Clarita*, de Thereza Jessouroun. Baseado na mãe da diretora, portadora da doença de Alzheimer, o trabalho apresenta reflexões e questionamentos sobre o sentido da vida e a convivência com a morte.

Num universo amplo de bons vídeos, coube aos participantes do Epi2008, que passaram em grande número pelo estande da VideoSaúde no Pavilhão de Exposições do Congresso, escolher o vencedor do Júri Popular, último prêmio concedido, anunciado na 1ª Mostra de Vídeo Saúde em Brasília, de 26 a 28 de novembro. Com 21 votos, foi eleito o vídeo *Três irmãos de sangue*, de Ângela Patrícia Reiniger. O filme conta a vida dos irmãos Betinho, Henfil e Chico Mário, hemofílicos e contaminados pelo HIV via transfusão, quando os bancos de sangue não tinham controle. O filme mostra como as ações dessas personalidades se misturaram com a história política, social e cultural do Brasil na segunda metade do século 20 e como a luta pela vida sempre esteve em primeiro lugar para os três. (K.M.)

♦ VideoSaúde

Site www.fiocruz.br/videosaude
E-mail videosaude@cict.fiocruz.br
Tel. (21) 3882-9109 / 9110
Tel./Fax. (21) 2290-4745

Epidemiologia da desigualdade

Iniciada a crise do Estado de Bem-Estar Social, em fins dos anos 70, representantes dos países reunidos pela Organização Mundial de Saúde no Cazaquistão votaram a Declaração de Alma Ata, que propugnava a saúde como direito humano fundamental a ser garantido pelos Estados nacionais. No ano da maior crise do triunfante neoliberalismo e da desmoralização da falácia da auto-regulação do mercado – socorrido debaixo das saias do tesouro dos Estados –, milhares de especialistas em saúde coletiva se encontraram em Porto Alegre para analisar em profundidade a epidemiologia que se pratica hoje e se comprometer com pesquisas e intervenções que combatam as iniquidades em saúde e seus determinantes estruturais. Os principais temas do evento estão presentes em nossa cobertura jornalística. Um texto de fácil leitura costura macroanálises com discussões metodológicas e investigações sobre a vulnerabilidade das pessoas num mundo cada vez mais desigual.

Na Fiocruz, o ministro do Meio Ambiente, Carlos Minc, destacou como ameaças à saúde o uso indiscriminado de agrotóxicos no campo e a situação dos transportes nas cidades. Noutro debate, o cientista político Emir Sader afirmou que a globalização estendeu a forma da mercadoria para o que antes não tinha preço – como água, ar e saúde – e transformou espaços políticos

em espaços de mercantilização. “O neoliberalismo é uma máquina exterminadora de direitos”, sintetizou.

Na seção *Súmula*, estudo conclui que mudanças no mercado de trabalho ampliaram o abismo entre ricos e pobres nos últimos 20 anos, inclusive nos países desenvolvidos. Outra nota registra que o agricultor que optou pelos transgênicos obviamente virou refém dos altos preços de sementes e herbicidas, aumentando o custo dos produtos que – supunha-se – ficariam mais baratos pela produção em larga escala. Notícia melhor é a volta do controle pela Anvisa dos agrotóxicos – produtos proibidos em outros países vêm inundando o mercado brasileiro. O poder das corporações não tem limites. Em São Paulo, matéria contra os direitos conquistados pela reforma antimanicomial recebeu prêmio de jornalismo patrocinado por empresa de assistência médica privada.

O documentarista Michael Moore, em texto traduzido pela editora Marinilda Carvalho para a seção *Pós-Tudo*, festeja a chegada de Barack Obama – além de negro, antibelicista – à presidência dos Estados Unidos e um “possível” sistema de saúde gratuito para os americanos. Confira agora... e depois.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

- ♦ Vídeo em saúde, um valor crescente 2

Editorial

- ♦ Epidemiologia da desigualdade 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

6



Toques da Redação

8



Debates na Fiocruz

- ♦ Por um Brasil sustentável e pós-neoliberal 11

7º Congresso Brasileiro de Epidemiologia

- ♦ A saúde pública no centro de um mundo em crise 14

Radis adverte

32

Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde

- ♦ Ações concertadas, articuladas e harmonizadas 33

Serviço

34



Pós-Tudo

- ♦ Me belisca... 35

CARTUM



Capa Museu de Arte do Rio Grande do Sul
Aldo Malagoli

Foto Carmem Gamba

Agradecimento Secretaria Municipal de Turismo de Porto Alegre

Ilustrações Aristides Dutra (A.D.)



CARTAS

HORA DO HOMEM



Sou enfermeira, atuo num Caps-AD e recebi a revista sobre a saúde do homem. Muito interessante, pois a atenção básica não tem nada voltado para essa assistência. Gostaria de enfatizar a atuação da ESF e a importância de se trabalhar com a prevenção, principalmente no uso e abuso de álcool e outras drogas, que acomete grande número de homens e hoje é considerado grande problema de saúde pública. Não há medidas de prevenção para este público-alvo, ocasionando demanda de pacientes cada

vez maior para os serviços do Caps-AD. Ocorreria uma diminuição do número de pacientes dependentes químicos se a prevenção fosse realizada de forma correta, possibilitando melhoria na qualidade de vida do usuário.

♦ Maisa Matias Pereira, Conselheiro Lafaiete, MG

Gostei muito da entrevista sobre saúde do homem (*Radis* 74). Sou graduando em Enfermagem (6º período) pela Faculdade Uniamérica, em Foz do Iguaçu (PR). Já trabalho na área como auxiliar e técnico de enfermagem no Hospital Ministro Costa Cavalcante, mantido pela Itaipu. Porém, sou natural da Bahia. Fiz um pré-projeto e já estou aplicando no posto de saúde (PSF). Tema: "Posto de Saúde também é lugar de homem", com essa mesma visão de quebrar paradigmas e garantir acolhimento mais holístico a esse gênero.

Com os profissionais do posto Morumbi III de Foz do Iguaçu, mais enfermeiros da faculdade e estudantes, aplicaremos meu projeto, subtema "Dia H",

com acolhimento de homens, teste de HGT, teste rápido de HIV, verificação de pressão arterial, palestras, orientação sobre DST, doenças cardiocirculatórias, respiratórias, pulmonares, neoplasias, principalmente câncer de próstata, obesidade, alimentação, higiene bucal, saúde mental, alcoolismo, tabagismo. Teremos apoio dos cursos de nutrição, fisioterapia, psicologia, educação física. E também vacinação, inclusive da rubéola.

♦ Jutânio Pereira dos Santos, Foz do Iguaçu, PR

Fiquei muito feliz em saber que a *Radis*, um veículo tão precioso, está se preocupando com a saúde do homem. Há muitos anos venho me dedicando a promover informações e eventos de autocuidado para o grupo masculino. Tive o privilégio de ser a primeira e única profissional feminina barbeira no Rio de Janeiro e em instituição militar do Brasil por 23 anos, atuando por 19 anos no Hospital Central da Polícia Militar e, a seguir, no quartel-general da Pmerj. Lá fiz pequeno manual de bolso com informações sobre saúde e beleza em prol da preservação da imagem do grupo masculino.

♦ Marya da Penha da Sylva, Rio de Janeiro

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 65.000 exemplares
Assinatura grátis
(sujeita à ampliação do cadastro)

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

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

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Marinilda Carvalho (Milênio)

Reportagem Katia Machado (subedição/Milênio), Adriano De Lavor, Bruno Dominguez (Milênio) e Roberta Pio (estágio supervisionado)
Arte Aristides Dutra (subedição/Milênio) e Dayane Pereira Martins (estágio supervisionado)
Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Suzano Benigno
Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Renato Lucas e Cristiane de Matos Abrantes
Informática Osvaldo José Filho e Tiago Souza de Oliveira (estágio supervisionado)

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Mangueiros
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361
Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119

E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (a seção *Radis* na Rede é semanal; *Últimas Notícias* atualiza matérias da edição impressa; *Exclusivo para web* contém informações adicionais às matérias publicadas)

Impressão *Ediouro Gráfica e Editora SA*

USO DA INFORMAÇÃO – O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente utilizado e reproduzido em qualquer meio de comunicação impresso, radiofônico, televisivo e eletrônico, desde que acompanhado dos créditos gerais e da assinatura dos jornalistas

responsáveis pelas matérias reproduzidas. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem conteúdo de nossas publicações que enviem para o *Radis* um exemplar da publicação em que a menção ocorre, as referências da reprodução ou a URL da Web.

Gostaria de parabenizar a *Radis* pela matéria sobre saúde do homem. Muito relevante a matéria, com a importância de um melhor acolhimento ao homem, a quebra de paradigmas visando aproximá-lo dos exames de rotina que devem ser realizados no intuito de se prevenir maiores danos a sua saúde. Fico muito satisfeito em saber que o Brasil é o segundo país das Américas a elaborar uma política específica de saúde do homem. Saúde Pública é assim mesmo, trabalho árduo de plantar sementes, não importa se veremos o fruto, mas que estamos plantando... Parabéns à *Radis*.

♦ Igor Leal Pena, enfermeiro, Campos, RJ

DETERMINANTES DA SAÚDE

Parabéns pela excelente matéria sobre o relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Vocês

conseguiram extrair o essencial, numa linguagem clara e agradável. Obrigado uma vez mais pelo apoio que sempre deram ao trabalho da Comissão. Um forte abraço.

♦ Alberto Pellegrini Filho, Secretária Técnica da CNDSS, Rio de Janeiro

PROPAGANDA PARA CRIANÇA

Li o artigo "Liberdade de expressão Comercial? Isso não existe!" (*Radis* 73). Supimpa. Dá-me ganas agressivas quando vejo esta publicidade na TV, principalmente as dirigidas às crianças: a Discovery Kids estava anunciando isotônicos em garrafas menores, especialmente para crianças! Parabéns pelo trabalho.

♦ Vera Silva, psicóloga, Brasília

▣ *Prezada Vera, a Radis voltará em breve ao assunto justamente no enfoque da propaganda dirigida ao público infantil.*

NA INTERNET

Inicialmente, parabéns pelas matérias e pela qualidade dos textos que estão sendo publicados na *Radis*. Tenho um blog na net (<http://pensosaude.blogspot.com/>) em que me proponho a estimular algumas discussões em saúde, reunindo um pouco de tudo. Coloquei um post sobre a revista especial dos 20 anos de Constituição (*Radis* 72) com links tanto para a revista quanto para o site. Grande abraço e continuem com esse ótimo trabalho.

♦ Wagner Alves, Itabuna, BA

Trabalho, como escriturário, no Ambulatório de Saúde Mental aqui na cidade de Cruzeiro-SP. Sou extremamente interessado em qualquer atribuição que se me deem. Estudo o quanto posso a respeito de meu trabalho. Consulto muito a revista e há algum tempo solicitei uma assinatura e, confesso, não tinha muita esperança de recebê-la, pois, conforme os senhores mesmo afirmavam, havia uma pendência numérica para tal. Recebi o número de setembro e não respondi, pois estava atribulado, pois, sendo dublê de funcionário público e jornalista, em época de eleições vi-me atalhado de serviço. Agora recebo o número de outubro e quero declarar-lhes a minha alegria e satisfação.

Utilizo-me das informações nela contidas para instruir-me e para informações sobre assuntos gerais. Tenho um trabalho arquivado em meu

computador quase todo ele baseado no que li na revista, sobre os índios waimiri-atroari, e até adotei para minha identificação literária o termo "tiamuru", que naquele idioma significa Velho, e que eles atribuem ao sertanista que com eles trabalha (caso queiram brindar-me com suas visitas, meu blog é: <http://tiamuru.blog.terra.com.br>). Quero habilitar-me muito mais com os conhecimentos que me passam através da revista. Agradecido, apresento-lhes meus respeito e gratidão,

♦ Heitor Sobrinho, Cruzeiro, SP

NA ESCOLA

Deveriam os atuais gestores incentivar mais essa revista que tanto tem contribuído para o progresso na comunicação em saúde. São assuntos que quebram paradigmas, que a *Radis* trata com eficiência, sem interesse político, empresarial ou individual. O diferencial: tem compromisso com seu público-alvo.

Sou enfermeiro especialista em Saúde da Família, trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (PB), e tenho todos os meses informações fidedignas acerca de assuntos de extrema relevância para o meu dia-a-dia – me aprofundo muito na *Radis* para ministrar aulas, já que sou orientador de estágio na minha cidade de escolas de Enfermagem de nível técnico e forneço dados da revista aos alunos, além, é claro, de me informar. Campina Grande, a mais ou menos 120 km da capital da Paraíba, necessita de muita informação em saúde. Parabéns pelo belo trabalho, sei do grande esforço de vocês.

♦ Alexandre Nogueira Bonfim, Campina Grande, PB

NA PAUTA

Sou estudante de Enfermagem (último ano), adoro as edições da *Radis* e sempre estou divulgando entre profissionais da área de saúde. Gostaria muito que abordassem o tema hipertensão e diabetes, pois o número de portadores dessa patologia vem crescendo bastante e muitos clientes desconhecem sua causa e o que significa. Ficarei grata pela atenção.

♦ Marciana Gomes de Araujo, Malta, PB

▣ *Prezada Marciana, agradecemos a sugestão, que anotamos para uma próxima edição. Até lá, consulte a matéria "Diabetes – Controle ainda é baixo no Brasil" (*Radis* 59): é pequena, mas informativa.*

É com satisfação que escrevo para essa conceituada, informativa e educadora revista. Sou leitor há três anos e observei que a área de gestão de saúde é pouco divulgada. Sou formado em Gestão de Saúde, e vejo que não há uma política voltada para esses profissionais (pelo menos não identifiquei ainda, e me perdoem se estou equivocado). Gostaria de saber se há propostas neste sentido, ou alguma futura linha de trabalho para estes profissionais. Um forte abraço a toda a equipe da *Radis*.

♦ Francisco Carlos Modonho, São Paulo

▣ *Prezado Francisco, o Pacto pela Saúde e o Pacto de Gestão preveem um conjunto de responsabilidades comuns e específicas para a área. Como são recentes, há que esperar que as diretrizes saiam do papel para matéria de acompanhamento.*

NA ESPERA

Fiz minha inscrição há alguns meses e ainda não recebi nenhuma resposta. Gostaria muito de receber as revistas do RADIS, que estão sendo muito comentadas nas escolas de saúde por toda a Bahia. Sou divulgador da Editora Artmed, filial BA/SE/AL, e também aluno da Universidade Católica do Salvador, curso de Enfermagem (6º semestre). Como estou em contato constante com os professores universitários, vejo como é importante ter uma revista como esta: formadora de opinião, esclarecedora, atualizada e acima de tudo com foco voltado para políticas públicas de saúde. Espero poder contar com a gentileza de vocês.

♦ Paulo Oliveira, Salvador

▣ *Caro Paulo, aumentamos a tiragem sempre que o orçamento permite. Ao darmos fim à fila de espera, imediatamente outra se forma. Lembramos que em dezembro de 2007 nossa tiragem era de 60 mil exemplares, volume que planejavamos atingir somente em dezembro de 2008. Pois já estamos em 66 mil! Pedimos sua paciência e a dos demais leitores não-atendidos.* ▣

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA

MAUS HÁBITOS, MAIS MORTES

As doenças do aparelho circulatório são as que mais matam homens e mulheres no Brasil, revelou o relatório Saúde Brasil 2007, divulgado pelo Ministério da Saúde em 6 de novembro. Segundo o documento, que confirmou mudança no perfil da mortalidade no país, acompanhando a tendência mundial de mais mortes por doenças crônicas e violentas, 283.927 pessoas perderam a vida por problemas do aparelho circulatório, o que equivale a 32,2% dos óbitos em 2005. As doenças do aparelho circulatório são também as que mais matam nas regiões Sudeste (33%), Sul (32,9%), Nordeste (31,9%), Centro-Oeste (31%) e Norte (24,9%). De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde, as doenças cardiovasculares representavam em 1930 apenas 12% do total das mortes em capitais brasileiras, enquanto as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46%. Hoje, elas respondem por quase um terço dos óbitos e as infecciosas, apenas 5%.

O relatório aponta ainda o acidente vascular cerebral (AVC) como principal causa de morte entre as doenças do aparelho circulatório. Em 2005, foram 90 mil casos, o que representa 31,7% das mortes decorrentes de problemas circulatórios e 10% dos óbitos do país. A segunda maior causa específica de óbito é a doença isquêmica do coração, principalmente o infarto agudo do miocárdio. Em 2005, 84.945 pessoas perderam a vida por causa do infarto — 9,4% do total de mortes do país. Duas outras doenças circulatórias estão entre as 10 primeiras no ranking brasileiro: a doença hipertensiva e a insuficiência cardíaca ocupam o 8º e o 9º lugar, com 33.487 (3,7%) e 31.054 (3,4%) mortes, respectivamente.

Para o ministério, o novo perfil de mortalidade reflete a urbanização rápida e o desenvolvimento do país e sugere urgente “mudança de hábitos” para a população, já que as doenças crônicas estão ligadas à inatividade física, ao consumo abusivo de álcool, tabaco e alimentação inadequada. Entre as mudanças sugeridas: parar de fumar, consumir alimentos saudáveis como frutas, legumes e verduras, praticar atividade física regularmente e diagnosticar e controlar a hipertensão arterial e as diabetes. Os dados divul-

gados são de 2005. Como a tendência de morte não muda tanto em curto período de tempo, na análise do ministério as informações refletem a atual situação da mortalidade no país.

O segundo lugar ficou com o câncer, que matou 147.418 pessoas em 2005, 16,7% dos óbitos totais. O relatório indicou que alguns dos fatores que levam ao câncer são os mesmos que também expõem o indivíduo ao risco das doenças do aparelho circulatório, já que os fatores externos respondem por 80% a 90% das neoplasias — uso de tabaco, de bebidas alcoólicas, exposição intensa ao sol e alimentação inadequada, entre outros. Quando a avaliação é feita por regiões, os cânceres são a segunda causa de morte no Sul/Sudeste e a terceira para as demais regiões.

No ranking da mortalidade no Brasil, as “causas externas” aparecem em terceiro lugar, embora dados regionais demonstrem que já são a segunda maior causa de óbitos em três das cinco regiões do país — Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Nessa categoria, destacam-se os homicídios, que continuam em número elevado, especialmente entre os homens jovens, de baixa escolaridade e negros. Embora estudos do MS já tenham apontado redução nesta tendência, os homicídios correspondem à primeira causa de morte entre esse grupo e à terceira causa no total de óbitos do país.

Segundo o documento, as pessoas negras têm risco três vezes maior de serem assassinadas que as demais. Na Paraíba, por exemplo, essa tendência é mais forte, apontou *O Globo* (7/11): em 2005, a taxa de homicídios entre negros foi de 30,2 para 100 mil habitantes contra 3,3 entre brancos — ou seja, índice nove vezes maior. Seguem nessa estatística Alagoas e Distrito Federal, com risco quase seis vezes maior para negros. No país, enquanto apenas 36,1% dos brancos morrem antes dos 70 anos, quase metade dos negros (48,9%) morre antes de chegar à terceira idade.

O quarto lugar ficou com as doenças do aparelho respiratório. Em 2005, foram 97.397 óbitos, o que corresponde a 11,1% do total. Essa tendência é a mesma para todas as regiões — 11,7% no Sudeste/Sul, 10,9% no Norte, 10,4% no Centro-Oeste e 9,4% no Nordeste. O acidente de transporte terrestre, outra causa de morte preocupante, não

ficou distante: ocupa a sétima colocação no total de óbitos do país. Entre os acidentes de trânsito, a quarta causa são os acidentes com motocicleta. Isso chama atenção, pois aumentaram 20 vezes em 16 anos, observou o *Estado de S. Paulo* (6/11). Em 1990, foram 300 mortes envolvendo motos. Em 2006, esse número saltou para 7 mil. O relatório comprovou que a maior parte das mortes atingiu pessoas entre 15 e 39 anos, principalmente em municípios com menos de 100 mil habitantes.

RELATÓRIOS GLOBAIS, UM MEA-CULPA

Unicef, fundo da ONU para a infância, anunciou em 13 de novembro que passará a usar os dados do Ministério da Saúde sobre mortalidade infantil e materna na elaboração de seus próximos relatórios globais. A decisão foi tomada após visita de uma delegação do fundo ao Brasil, que se reuniu com representantes do ministério, da Rede Interagencial de Informações da Saúde (Ripsa) e do IBGE. Essa mudança pode evitar erros grosseiros nos relatórios globais, como tem ocorrido com frequência.

No dia 11, o Fundo de População das Nações Unidas divulgou seu *Relatório sobre a Situação da População Mundial 2008*, em que o Brasil aparece como o terceiro pior índice de mortalidade infantil da América do Sul — “para 1.000 crianças nascidas vivas, morrem 23”, afirmava o documento — à frente apenas de Bolívia, com 45 mortes, e Paraguai, com 32. O Brasil, na realidade, já tinha reduzido esse índice para 20,4 em 2006. Embora seja ainda inaceitável, a melhora é evidente (ver nossa matéria de capa): 65% menor que em 1986 (58,5 casos por 100 mil nascidos vivos). O mal, entretanto, já estava feito: toda a mídia divulgou com estardalhaço os dados do Unicef. Como o ministério não dispõe de um sistema de resposta rápida para tais casos, indispensável em tempos de informação instantânea, ainda mais em área tão sensível como a saúde pública, vai ser uma trabalhadeira consertar o estrago.

Espera-se que a decisão do Unicef influencie outros organismos internacionais. Em setembro, o Ministério da Saúde fez protesto oficial à OMS contra os dados do *Relatório Mundial sobre a Malária 2008*, que inflou o total de casos

e de óbitos da doença no Brasil. “A OMS cometeu grave equívoco”, declarou na época o coordenador do Programa de Malária, José Ladislau (*Radis* 75). “No Brasil, os dados oficiais são confiáveis”. A própria Opas discordou da matriz em Genebra. A diretora-geral da OMS, Margareth Chan, prometeu revisão ao ministro Temporão.

Em sua estada no Brasil, os representantes do Unicef reconheceram a eficiência do sistema de informação brasileiro e prometeram se esforçar para produzir errata das publicações em andamento. “O acordo foi festejado pelos técnicos brasileiros como um marco político para o reconhecimento da competência nacional na produção de indicadores de saúde da população”, anunciou a Agência Saúde (14/11). A expectativa é que essa mudança eleve a posição do Brasil no ranking mundial.

A revista *The Lancet*, uma das principais publicações científicas do mundo, incluiu o Brasil na lista dos 10 países com maior velocidade de redução da taxa de mortalidade na infância, um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, informou o texto da Agência Saúde. De acordo com a publicação, o país está atrás apenas do Peru, com redução de 68%: isso significa que alcançaremos a Meta do Milênio de redução em dois terços da mortalidade na infância em 2012, três anos antes da data-limite (2015) fixada pela ONU.

A delegação do Unicef conheceu os sistemas de Informações de Mortalidade (SIM) e de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc), ambos do Ministério da Saúde —fontes relevantes de dados que subsidiam as análises de situação de saúde produzidas pelo ministério e o cálculo dos indicadores básicos de saúde (IDB) da Ripsa (*Radis* 45).

INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO CRICS 8

Entre os debates da oitava edição do Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde (Crics), em setembro, no Rio de Janeiro, ganharam destaque as reflexões sobre os espaços públicos de intercâmbio de informação e conhecimento para a saúde. Organizado por Fiocruz, Ministério da Saúde e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, o evento reuniu cerca de 1.000 pessoas de

55 países para debater o tema central *Informação e conhecimento científico para a inovação em saúde*.

O canadense Jean-Claude Guédon, professor da Universidade de Montreal, ressaltou a importância de se aumentar a publicação de artigos científicos de países em desenvolvimento e de se criar um fluxo de troca de informação no eixo Sul-Sul, de forma que seja possível lidar com os problemas da região, desconhecidos pelos países do Norte.

Pesquisadora da Academia Nacional de Medicina, a argentina Zulma Ortiz falou sobre os perigos que envolvem os dados sobre saúde disponíveis na internet, que podem levar ao autocuidado. Segundo ela, muitos sites contêm erros ou têm fins puramente comerciais: “Isso é um sério problema, pois afeta a segurança dos pacientes”. Zulma sugeriu a adoção de selos que atestem a qualidade das páginas e defendeu que se produza conteúdo em outras línguas que não o inglês e numa linguagem clara.

OBAMA E O LEGADO DE BUSH



A imprensa americana informou que nos primeiros dias depois de empossado presidente dos EUA, Barack Obama deve revisar decretos de George W. Bush sobre temas polêmicos, como a política de abstinência no combate ao HIV/aids, os direitos reprodutivos, o financiamento de pesquisas com células-tronco ou a exploração de reservas petrolíferas em áreas de preservação. Para isso, 48 especialistas analisam 200 medidas, segundo o chefe da equipe de transição dos democratas, John Podesta. Com a repercussão, a porta-voz da equipe de transição, Stephanie Cutter, disse depois que tudo seria debatido com representantes dos partidos Democrata e Republicano. “Foram oito anos para chegarmos a essa bagunça, vamos precisar de mais tempo para sair dela”, disse outra funcionária.

De fato, as medidas de Bush na área ambiental, por exemplo, são graves. O presidente autorizou a exploração de petróleo e gás em 1.400 km² em área preservada de Utah, vetou os planos de redução das emissões de gases anunciados em 2007 pelo governo da Califórnia (*Radis* 51), desregulou o controle ambiental. Mais de 40 organizações ambientais denunciaram em abril que a EPA (Environmental Protection Agency, a agência de proteção ambiental), “a mando da Casa Branca, deu às raposas a tarefa de tomar conta do galinheiro”, com decisões secretas que “diluem” a ciência e põem em risco a saúde dos americanos.

Embora já tenha maioria no Senado e na Câmara de Representantes, alguns decretos poderiam ser anulados sem exame do Congresso, mudando rapidamente o perfil ultraconservador do legado de Bush.

Em meados de novembro, cresciam em Washington os rumores de que Bush concederia um “inédito perdão” aos agentes de sua administração envolvidos em “políticas brutais de interrogatório”, ou seja, tortura, que

o presidente americano autorizou em sua cega “guerra ao terror”. Se por um lado revelaria o reconhecimento de um “erro colossal” negado publicamente durante anos, por outro protegeria os funcionários de processos futuros, ponderou a revista *Salon* (www.salon.com). Barack Obama prometeu que uma de suas primeiras providências seria a desativação da prisão da Baía de Guantánamo, base militar

na ilha de Cuba, com a transferência dos prisioneiros lá detidos sem julgamento ou direito de defesa.

Paralelamente, Obama deverá enfrentar os desafios que representam suas principais promessas políticas — serviço público de saúde abrangente, política energética com salvaguardas ambientais, valorização da educação e corte de impostos da classe média, em meio a dois esforços de guerra e à grave crise financeira que atinge em cheio o setor produtivo, com perda de empregos.

CRESCE DESIGUALDADE EM PAÍSES RICOS

Estudo da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) apurou que o abis-

mo entre ricos e pobres cresceu nos últimos 20 anos, período de grande crescimento econômico. Dos 30 países pesquisados e de acordo com os critérios do Índice de Gini, que mede a desigualdade, Dinamarca e Suécia são as sociedades em que a disparidade de renda é menor; França, Grécia e Espanha também se saíram bem, enquanto México e Turquia têm a maior disparidade, seguidos de Portugal e Estados Unidos.

“As famílias ricas americanas vêm deixando para trás os grupos de renda média e mais baixa”, diz a pesquisa (*Folha de S. Paulo*, 22/10). “Isso acontece em muitos países, mas em nenhum deles a tendência tem sido tão marcante quanto nos EUA”. A renda média anual dos 10% mais ricos nos EUA, US\$ 93 mil, é a mais alta da OCDE, mas a dos 10% mais pobres, de US\$ 5.800, é 20% mais baixa que a média da OCDE.

A principal razão do aumento da desigualdade são as mudanças no mercado de trabalho, em que trabalhadores mal qualificados enfrentam “problemas crescentes para encontrar emprego”. O estudo afirma que a educação é a saída, mas os países “precisam fazer mais para garantir trabalho às pessoas e lhes proporcionar benefícios trabalhistas”.

“REFÊNS DOS TRANSGÊNICOS”

O ministro do Desenvolvimento Agrário, Guilherme Cassel, disse à Agência Brasil (11/11) que o pacote tecnológico de transgênicos mantém o produtor brasileiro refém das indústrias e que o custo dessa produção tem crescido mais do que o das lavouras convencionais. “A alta do dólar acabará estourando no produtor”, previu. “Por isso temos defendido cada vez mais o uso de lavouras convencionais, com fertilizantes e adubos convencionais, que hoje estão muito mais baratos”. A campanha Por um Brasil Livre de Transgênicos confirmou os temores do ministro apresentando dados para a safra 2008/09 – o herbicida glifosato (Roundup, usado na soja transgênica) subiu 70%; a Monsanto aumentou em 17% o royalty sobre a semente da soja transgênica; fertilizantes: 83% de aumento em um ano. “Ou seja, o pacote tecnológico da agricultura convencional como um todo é caro, sendo ainda mais caro para a soja transgênica em função das altas doses de herbicidas e das sementes patenteadas”, afirma o Boletim 419 da campanha, de 14/11.

ANVISA VOLTA A REAVALIAR AGROTÓXICOS

Em 7 de novembro, a Justiça reviu a decisão de julho que proibia a Anvisa de reavaliar os agrotóxicos. A sentença foi proferida pelo mesmo juiz que concedera liminar suspendendo as reavaliações, Waldemar Cláudio de Carvalho, da 13ª Vara do Distrito Federal. Pela liminar, a

Anvisa não podia mais reexaminar os 14 ingredientes ativos que compõem a formulação da centena de agrotóxicos vendidos no Brasil.

A legislação brasileira determina que a Anvisa tem o dever de proceder à reavaliação dos produtos a qualquer tempo se houver indícios de que seu uso cause dano à saúde da população e, como resultado da reavaliação, os produtos podem ter



ALÔ, CINEASTAS! – O médico Paulo Gadelha foi escolhido em 24/10 presidente da Fiocruz, com 2.870 dos votos (91,3% dos votos válidos). Militante histórico da Reforma Sanitária, discípulo de Sergio Arouca, com 20 anos de Fiocruz, da qual é vice-presidente há oito, Gadelha disse que sua escolha também se deve às conquistas do atual presidente, Paulo Buss, e citou fato inédito desta eleição: a participação de um ministro de Estado. Servidor da Fiocruz, José Gomes Temporão também votou. Falta a nomeação do presidente Lula. Cesar Victora, da Ufpel (RS), recebeu o Prêmio Abraham Horwitz, da Opas/OMS, pela “admirável contribuição à epidemiologia materno-infantil”. No Epi2008 foi eleito presidente da Associação Internacional de Epidemiologia. E o próprio Temporão, eleito presidente do Conselho Diretor da Opas, ficou contente por ter a vitória acontecido nos 20 anos do SUS. “Participei do sistema desde as origens, das primeiras lutas, ainda na época da

ditadura, e é muito gratificante”, disse ele à Agência Saúde. O veterano Fontes Fidedignas sugere: “Alô, cineastas! A vida de uma legião de sanitaristas brasileiros e sua luta pela construção do SUS dariam belos filmes! Se fosse nos Estados Unidos, já teríamos uns 50!”

QUE HONRA... – Fontes Fidedignas, por sinal, anda injuriado: a reportagem do jornal *O Globo* “Sem hospícios, morrem mais doentes mentais” (9/12/07), que atacava a reforma psiquiátrica brasileira (*Radis 67*), recebeu em 27 de outubro menção honrosa na 30ª edição do prestigiado Prêmio Jornalístico Vladimir Herzog de Anistia e Direitos Humanos, distribuído pelo Sindicato dos Jornalistas Profissionais do Estado de São Paulo. Em nota de repúdio, o Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro lamenta a “honra” dada a uma matéria que “descontextualiza fatos e ignora distintas versões para reforçar uma visão parcial e articulada com seto-

seus registros mantidos, alterados, suspensos ou cancelados (Decreto nº 4074/02, Art. 13), informou o boletim da campanha Por um Brasil Livre de Transgênicos. Com apoio do Ministério da Agricultura, as indústrias de agrotóxicos pediram na Justiça, entretanto, a suspensão da reavaliação, alegando que os produtos "já teriam sido aprovados pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e

Abastecimento após anuência da Anvisa e do Ibama". Alegaram também falta de participação no processo e de direito a ampla defesa.

Em 10/11, a Agência Globo informou que muitas substâncias presentes nos agrotóxicos, usados em lavouras de soja, arroz, milho, feijão, trigo, maçã, laranja e dezenas de outras frutas, verduras e legumes, são ingredientes ativos proibidos na

União Européia, nos Estados Unidos, no Japão e na China. A Anvisa já tinha concluído a análise de dois: cihexatina, para plantação de laranja, foi considerado nocivo à saúde e sua proibição recomendada; e acefato, apontado em alertas internacionais como cancerígeno e vetado em vários países.

Segundo a matéria, "dados de evolução de exportação do Sistema Integrado de Comércio Exterior (Sisco-

res conservadores da sociedade, que refutam as propostas e conquistas da luta antimanicomial". Fontes pesquisou e descobriu curiosa "coincidência": um dos patrocinadores é a Home Doctor, de assistência privada...

A SURPRESA DO ANO – Falando a 1.000 sindicalistas italianos (11/11), o presidente Lula lembrou que o Estado foi visto como inútil nos últimos 30 anos, porque todos acreditavam que o mercado se auto-regulava. "Qual não é minha surpresa quando o chamado mercado entra em crise e a primeira instituição de que se lembra é o Estado, que negou o tempo inteiro", ironizou. Foi aplaudido de pé.

E DAÍ? – Por falar em servidores, Fontes Fidedignas espalhou aos quatro ventos – e ele nem é servidor! – artigo de *Observatório da Imprensa* (<http://observatorio.ultimosegundo.ig.com.br>) que critica a manchete da *Folha* "Funcionalismo custa mais que dívida", do domingo 9/11. "E daí?", pergunta o autor, para quem o que a *Folha* fez foi editorializar uma reportagem sem esclarecer o debate que está por trás da questão e tentando colocar os seus leitores – a maioria certamente trabalha no setor privado – contra o funcionalismo público". E continua: "Pessoalmente, este observador avalia que o governo Lula tem vários problemas, mas as melhores virtudes, ao longo desses dois mandatos, foram as políticas de recuperação do salário mínimo e dos proventos do funcionalismo. Para quem não lembra, nos oito anos sob Fernando Henrique, os servidores comeram o pão que o diabo amassou. Várias categorias não tiveram sequer reajustes pela inflação. Quando Lula assumiu, começou a recuperar a auto-estima e a renda dos servidores." Íntegra no *Radis na Rede* (www.ensp.fiocruz.br/radis/rede/146.html).

DATAS MÁGICAS – Martin Luther King pronunciou o célebre discurso "Eu tenho um sonho" em 28 de agosto de 1963. Na mesma data, 40 anos depois, a Asfoc-SN, sindicato nacional dos servidores da Fiocruz, promoveu a 8ª edição da Medalha Jorge Careli, que homenageia o funcionário da fundação espancado e morto por policiais em 1993. A medalha é dada a ativistas de direitos humanos, como a líder comunitária Patrícia Evangelista da Silva, homenageada pelo trabalho de fortalecimento da comunidade de Mangueiros – para "conquistar um lugar onde as mulheres sejam respeitadas e não sofram mais violência", disse.

Nos 60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, também foi premiado o Alto Comissariado da ONU para Refugiados (Acnur), representado por Wellington Carneiro. O primeiro escritório do Acnur no Brasil, que dá apoio e proteção a refugiados de todo o mundo, foi aberto em 1977. "O refugiado é aquele que perdeu tudo", disse Wellington. "O único patrimônio que lhe resta é a vida e é isso que queremos preservar". O bispo fundador da diocese de Caxias

e Meriti, D. Mauro Morelli, também recebeu a medalha. Leonardo Oliveira, que o representou, lembrou que D. Mauro desenvolve há 24 anos projetos de combate à pobreza e à fome e em favor dos direitos humanos e disse que também se sentia homenageado pela Asfoc, "que mantém viva a memória de pessoas injustiçadas na história".

A última medalha foi entregue à jornalista Christina Tavares, que já a recebera em 2001. Nos 15 anos do desaparecimento de Careli, cujo corpo nunca foi encontrado, foi novamente lembrada por sua luta permanente em prol da solução do caso. "Acho que nasci com o DNA da indignação perante atrocidades, como no assassinato do Careli", disse. "Não falo sumiço porque para mim foi assassinato, sim".

Nos 20 anos do SUS, o Prêmio Sergio Arouca de Saúde e Cidadania foi entregue ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – representado pela sanitarista Ligia Bahia – por sua luta pela reforma sanitária, pela democratização da saúde e por uma sociedade mais justa. O RADIS presta seu respeito a todos – apesar do atraso! 



Leonardo, Ligia, Rogério Lannes, da Asfoc-SN, Christina, Wellington, Patrícia e Paulo Gadelha, vice da Fiocruz: mantendo viva a luta pelos direitos humanos

mex), ligado ao Ministério do Desenvolvimento e Comércio, revelam que há crescimento da entrada no Brasil desses agrotóxicos, à medida que são proibidos em outros países". O paratíon é um exemplo: desde que foi banido da China, em 2006, a importação brasileira do produto duplicou de um ano para outro, de 2,3 milhões de quilos em 2006 para 4,6 milhões em 2007. Também a importação do carbofuran, proibido na União Européia desde 2005, saiu de um milhão de quilos para dois milhões em dois anos.

A nova decisão ainda permite recurso. Para a campanha Por um Brasil Livre de Transgênicos, "é incrível ser necessária tanta luta para garantir um direito tão fundamental da população, o de permitir que órgãos públicos realizem estudos que diminuam a contaminação dos alimentos e das pessoas por produtos altamente tóxicos". E protesta: "É revoltante a postura do Ministério da Agricultura, que não mede esforços para favorecer as grandes empresas sem qualquer preocupação e responsabilidade com a saúde do povo brasileiro".

ABORTO NO URUGUAI

Uruguai quase se tornou o país mais liberal da América do Sul em relação ao aborto. O Senado seguiu a Câmara dos Deputados e aprovou (11/11) projeto de lei que descriminaliza a prática até a 12ª semana de gestação. Embora a Lei de Saúde Reprodutiva e Sexual tenha sido aprovada por 17 dos 30 senadores uruguaios e obtido voto favorável de 49 dos deputados, o projeto acabou vetado pelo presidente Tabaré Vázquez, que é médico, mas não concorda com o aborto "nem filosoficamente, nem biologicamente", informou a agência de notícias France Presse.

Os bispos uruguaios ameaçaram de excomunhão os parlamentares que apoiassem a medida, informou o *Estado* (11/11). Desde 1938 o aborto é considerado crime "em qualquer circunstância" no Uruguai, país com 3,3 milhões de habitantes. Há cerca de 33 mil abortos anuais, ao custo médio de US\$ 800 cada. A maioria dos países da América Latina permite o aborto em casos de estupro, de risco de vida da mãe ou de feto com sérias deformidades. Apenas Cuba e Guiana permitem o aborto sem restrições. Na Cidade do México o aborto sem limitações foi aprovado no primeiro trimestre, mas é proibido no resto do território mexicano.

CRESCER VENDA DE ANTIDEPRESSIVOS

Levantamento da Anvisa revelou que a venda de antidepressivos em farmácias e drogarias cresceu 42% de 2003 a 2007. Há cinco anos, eram vendidas 17 milhões de unidades. Em 2007, foram 24 milhões, informou a *Folha de S. Paulo* (12/11). O número em 2008 tende a ser maior — os registros de janeiro a julho somam 15 milhões. Esse aumento pode ser explicado pelo crescimento do uso dos medicamentos por pessoas sem diagnóstico de depressão ou pelo fato de estarem sendo receitados por médicos de outras áreas. A depressão atinge de 10% a 12% dos brasileiros. A incidência em mulheres é duas vezes maior. Segundo a Anvisa, há 130 tipos de antidepressivos, que só podem ser vendidos com receita médica.

ANTIRRETROVIRAL PARA CRIANÇAS

Instituto de Tecnologia em Fármacos da Fiocruz (Farmanguinhos) pediu registro do primeiro antirretroviral infantil brasileiro — e o primeiro no mundo em comprimido, que suprirá carência mundial de formulações pediátricas para aids. Segundo o diretor do Farmanguinhos, Eduardo Costa, os produtos existentes são em forma de xarope ou pó para suspensão, o que dificulta o transporte e leva a problemas de estabilidade. No Brasil, o tratamento é feito com comprimidos para adultos partidos de acordo com as necessidades dos pacientes. O método, porém, expõe as crianças a erros de dosagem.

O desenvolvimento da combinação pediátrica, composta por Lamivudina (30mg) e Zidovudina (60mg), começou em outubro de 2007, foi aprovado nos testes e se mostrou compatível com a formulação original. Se o registro ocorrer no tempo previsto, a produção deve começar no primeiro trimestre de 2009, beneficiando 7 mil crianças de até 13 anos. Farmanguinhos já produz nove antirretrovirais.

CURA INÉDITA DE RAIVA NO BRASIL

Um raro caso de cura de raiva humana foi confirmado (13/11) pelo Hospital Universitário Oswaldo Cruz, da Universidade de Pernambuco, em Recife. O caso é o de um adolescente de 15 anos, mordido por morcego hematófago em Floresta, no interior do estado. Ainda sob cuidados médicos, o garoto foi tratado segundo o Protocolo Milwaukee, formulado e aplicado por

médicos americanos na recuperação de uma paciente em 2004 com base em antivirais, sedativos e anestésicos injetáveis. O caso brasileiro constará na literatura internacional como a terceira cura da raiva no mundo: a raiva humana era considerada 100% letal.

ERROS MÉDICOS

Os processos judiciais por erro médico que chegaram ao Superior Tribunal de Justiça (STJ) aumentaram 17 vezes em sete anos. Em 2001, eram 23 processos. Até o fim de outubro de 2008, já somavam 360 — a maioria questionando a responsabilidade civil dos profissionais. Nesses casos, o procedimento do STJ tem sido empregar o Código de Defesa do Consumidor (CDC) e, na maioria das vezes, inverter o ônus da prova. Ou seja, o médico denunciado fica obrigado a apresentar as provas de que não cometeu irregularidade. Há três tipos de indenização na decisão favorável ao paciente: por danos materiais; por ressarcir o paciente das despesas com o tratamento inadequado; e por eventuais perdas, como dias não-trabalhados. A responsabilidade do médico continua subjetiva: "A condenação depende da prova da culpa do médico", informou o *Estado de S. Paulo* (13/11).

A PREVENÇÃO E O CUSTO DOS PLANOS

Programas de prevenção de doenças trazem benefícios diretos às empresas de plano de saúde, concluiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que divulgou levantamento com 1.351 operadoras. As empresas que desenvolveram ações preventivas já perceberam redução no número de internações, custos assistenciais e atendimentos de urgência e emergência. "A organização desses programas ainda é deficiente — seja por oferecer pouca cobertura ou pela baixa qualidade —, mas já há resultados comprovados", disse a gerente-geral assistencial de produtos da ANS, Martha Regina de Oliveira, ao *Estado* (11/11).

Entre os 47% das empresas que oferecem programas de prevenção, 45,2% perceberam redução no número de internações, 38,7% tiveram menos custos assistenciais e 36,4% verificaram queda no número de atendimentos de urgência e emergência. 

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



Por um Brasil sustentável e pós-neoliberal

A.D.

As comemorações pelos 54 anos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), em setembro, puseram fim a uma dúvida — *Saúde, ambiente e desenvolvimento: caminhos convergentes?* Este foi o tema proposto para a conferência do ministro do Meio Ambiente, Carlos Minc, com presença do ministro da Saúde, José Gomes Temporão. O ponto de interrogação ao fim do título havia gerado longa discussão, contou o diretor da Ensp, o médico-sanitarista Antônio Ivo de Carvalho, à platéia que superlotou o auditório. “Nos perguntamos se era uma afirmação expressiva da nossa

vontade ou um desafio a ser enfrentado”, resumiu. Antônio Ivo disse não esperar uma resposta definitiva naquela manhã, mas ela viria em seguida.

Na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), também em setembro, a comemoração de duas décadas da inscrição do Sistema Único de Saúde na Constituição brasileira foi o mote do seminário de trabalho “Estudo, sociedade e formação profissional em saúde, 20 anos do SUS: contradições e desafios”. Destacou-se no encontro a palestra do cientista político Emir Sader, com mais certezas do que interrogações sobre o papel deletério do conservadorismo neoliberal em nossos tempos. Para ele, é notável que o SUS

tenha sobrevivido às transições brutais da conjuntura mundial.

No evento da Ensp, a escolha do meio ambiente como alvo de debate, explicou o diretor, reflete o movimento de expansão da escola para fora do setor saúde, com seu Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente — o primeiro do país a associar as duas áreas —, e para fora do país, com cursos de mestrado em Saúde Pública em Angola e em Epidemiologia na Argentina.

Ex-aluno e professor da Ensp há 28 anos, Temporão apresentou o ministro Minc dizendo que para ele o meio ambiente se insere “com muito conforto” na nova agenda política da saúde brasileira, que resgata do passado as





FOTO: VIRGINIA DAMAS

tado do Rio, aceleramos o processo, mas aumentamos as exigências, chegando a dizer não à instalação de uma térmica a carvão que investiria R\$ 1 bilhão”, afirmou. “No Brasil, normalmente não é assim, o licenciamento ambiental sai mais por razões políticas do que por estudos técnicos”. O ministro defendeu que o licenciamento seja mais transparente e sirva como mapa para direcionar investimentos: seis bancos públicos — incluindo BNDES, Caixa e Banco do Brasil — assinaram pacto se comprometendo a não financiar empreendimentos sem sustentabilidade socioambiental. “Isso é muito importante porque, como diz Caetano, a grana constrói e destrói coisas belas”, citou.

A segunda exigência foi o governo voltar a incluir o Meio Ambiente nas discussões sobre saneamento, pois o esgoto é a principal causa de poluição de rios, lagoas e mares: 65% são jogados *in natura* no meio ambiente. “É inaceitável”. Para atingir os 70% de cobertura em 10 anos, o investimento anual na expansão da rede tem que dobrar — “e vai dobrar” — dos atuais R\$ 6 bilhões para R\$ 12 bilhões. “Não é gasto, é investimento de alto retorno, porque economizaremos no tratamento de doenças”.

Participar das discussões sobre política industrial e tecnológica foi a terceira exigência: “O Meio Ambiente foi aliado desse debate, como se devêssemos cuidar apenas das florestas e para nós fosse indiferente o uso de tecnologias mais ou menos limpas”. Ele apontou a articulação com a saúde como uma das formas de “sair desse gueto”.

Minc mencionou o descumprimento da Resolução 315/2002 do Conselho Nacional do Meio Ambiente, que limita a concentração de enxofre no diesel a 50 partes por milhão (ppm) a partir de janeiro de 2009 — a atual é “vergonhosa”, avaliou, de 500 ppm nas regiões metropolitanas e de 2.000 ppm no interior. A indústria automobilística e de combustível teve seis anos para se adaptar, mas só “enrolou, inclusive a Petrobrás: atrasaram tanto que decidimos adiantar de 2016 para 2012 a etapa seguinte, com redução para 10 ppm, e que acertem o descumprimento com a Justiça”, avisou. Para Minc, o poder público deve dar o exemplo: “É inadmissível que o Estado crie regras e ele mesmo pratique o contrário”.

Temporão e Minc: meio ambiente se insere “com muito conforto” na política de saúde

discussões sobre determinação social, questões estruturais e relação com o desenvolvimento do país. O ministro citou duas áreas em que será fundamental agir com Minc: a agricultura, cuja expansão crescente pode levar ao uso indiscriminado de pesticidas e agrotóxicos, e o trânsito. “Impressiona a fragilidade do nosso transporte coletivo, especialmente no Rio e em São Paulo, com estrutura baseada em ônibus e transporte individual”, criticou.

HOSPITAIS “POLUÍDOS”

O ministro ainda comentou o espaço de trabalho dos profissionais de saúde, “profundamente poluído e contaminado por uma série de questões estruturais que impedem o trabalho adequado”. Os poluidores, segundo ele, são a formação cada vez mais alienada e a excessiva tecnificação dos trabalhadores, em detrimento da visão humanista. Por isso, defendeu o retorno à clínica “no que ela tem de mais importante”: o diálogo entre terapeuta e paciente. Exemplos positivos são a Estratégia Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde; negativo, o sistema de saúde do Rio de Janeiro, que expressa “o que existe de pior” no país, “um não-sistema, com a negação de tudo o que defendemos” — as taxas de tuberculose e amputação por diabetes, as maiores do Brasil, são resultado da reificação do hospital como espaço prioritário de cuidado.

Coube a Minc confirmar que saúde e ambiente convergem. Uma de suas primeiras leis, lembrou, proibia estaleiros

navais de usar areia em jateamento, o que causava silicose nos trabalhadores. Com o apoio do Hospital Universitário Antonio Pedro (UFF/RJ), diagnosticou 600 casos e provou que a doença estava relacionada à tecnologia: “As empresas insistiam que era pneumonia, consequência de tabagismo, inflamação, não reconheciam a silicose”.

Também conseguiu substituir células de mercúrio por células de membrana na produção de cloro, porque contaminavam os trabalhadores, a água e os moradores do entorno: “Encontramos mexilhões contaminados a 40 km da fábrica”, sempre recorrendo ao apoio do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Ensp), parceiro também na luta pelo banimento do amianto. “Encontramos fábricas de lona de freio que produziam peças com amianto para vender no Brasil e sem amianto para o exterior, porque a maioria dos países exige”, disse.

Também foi retirado o chumbo tetraetila da gasolina, que contaminava o sistema nervoso central do trabalhador e diminuía em até 25% a capacidade intelectual das crianças do entorno das refinarias.

EXIGÊNCIAS A LULA

Completando 100 dias como ministro naquela manhã, Minc lembrou que fez três exigências ao presidente Lula. Primeiro, que não houvesse pressão política sobre o licenciamento ambiental — por sinal, causa de estresse permanente para a ex-ministra Marina Silva. “No Es-





FOTO: CÁTIA GUIMARÃES

“A aliança ainda está tímida, digamos que é um namoro”, descreveu ele a convergência das áreas. E pediu mais participação do setor saúde. “Se entrarem falando grosso, farão a diferença, porque são queridos e respeitados”.

Sader e o cenário da crise: “Mais de 90% das trocas não produzem bens, mas papéis”

“A aliança ainda está tímida, digamos que é um namoro”, descreveu ele a convergência das áreas. E pediu mais participação do setor saúde. “Se entrarem falando grosso, farão a diferença, porque são queridos e respeitados”.

SUS, VÍTIMA PRIVILEGIADA

De volta ao seminário do Politécnico, a iniciativa foi saudada pelo vice-presidente de Desenvolvimento Institucional e Gestão do Trabalho da Fiocruz, Paulo Gadelha, como a oportunidade para a análise crítica da saúde brasileira e para o fortalecimento da capacidade de mobilização e atuação do setor, além da relevante recuperação da memória para as novas gerações.

O presidente da Fiocruz, Paulo Buss, enfatizou ao auditório lotado a importância do SUS, que incluiu “milhares de brasileiros na promoção à saúde” e se estabeleceu como “um dos melhores exemplos de política pública da América Latina”. As ações incluídas do sistema, lembrou, fizeram com que crescesse a capacidade de governança de cada município brasileiro e demonstraram que as políticas públicas de qualidade são viáveis no país.

Coordenador do Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (Clacso), o cientista político Emir Sader abordou os efeitos da globalização neoliberal nas políticas públicas, tema que definiu como “público e estratégico”. Para ele, o SUS é uma “vítima privilegiada” das grandes transições vividas pela conjun-

tura mundial. Sader se disse admirado de que o SUS tenha sobrevivido à brutal mudança da correlação de forças registrada nas últimas duas décadas. Faltando dois meses para a surpreendente eleição do democrata Barack Obama para presidente dos Estados Unidos, ele falou da passagem do mundo bipolar dos anos 1980 à atual situação unipolar, representada pela hegemonia americana e seu modelo neoliberal conservador.

“O SUS enfrenta o desafio de sobreviver à globalização, palavra generalizante que significa várias coisas”, processo que faz parte da utopia capitalista de “mercantilização do mundo”. Ele observou neste cenário duas fases de transição de conjuntura: a primeira, do liberalismo econômico que se experimentava antes da crise de 1929 ao Estado do Bem-Estar Social, com maior consolidação dos direitos sociais. “A economia capitalista sempre foi menos injusta quando foi menos liberal”.

A segunda mudança foi a passagem desse modelo para o do neoliberalismo dos nossos dias, que trocou a regulamentação estatal pelo poder do mercado, fortalecendo ainda mais a hegemonia do capital. Um novo ciclo que, segundo Emir, flexibilizou o mercado de trabalho e transformou direitos em mercadoria. Uma situação que repercutiu na saúde: “Esse movimento de forte mercantilização da vida afeta profundamente a saúde e bate de frente com as propostas do SUS”, afirmou.

A globalização estendeu a forma da mercadoria “para aquilo que não

“como a água, o ar e a própria saúde – e também contribuiu para a transformação de espaços políticos em espaços de mercantilização”, disse. Segundo Emir, a representação mais fiel desta realidade são os shopping centers, “onde tudo tem preço”. E criticou o fato de a China ter incorporado o modelo capitalista dos Estados Unidos: nenhuma coerência em relação aos direitos humanos, vinculados à economia. Tudo reflexo de um poderio “como nunca se viu no planeta”, afirmou o cientista político.

Poucos dias antes da eclosão da crise financeira mundial, Sader descreveu este período histórico como de hegemonia do capital especulativo, regido pelo livre mercado, um modelo “irreversível” de brutal transferência do setor produtivo para o setor especulativo. “Mais de 90% das trocas do mundo não produzem bens, mas papéis”, lembrou.

O contínuo e acelerado processo de desregulamentação do Estado, em que atua com força a concorrência, é outro sinal dos tempos. “O liberalismo de hoje não é ingênuo como o do *crash* de 1929”, disse. Segundo ele, estabeleceu-se um campo teórico que vê o estatal e o privado como pólos, embora na perspectiva do neoliberalismo a esfera privada tenha sido substituída pela mercantil. “Privatiza e compra quem pode”, resumiu. Mas a chamada “esfera privada”, na verdade, é a esfera da individualização, que nada tem a ver com as práticas mercantis.

Essa confusão, sustentou Emir, é proveitosa para o sistema capitalista. “Nossa luta tem que ser na perspectiva antiliberal”. Outra indefinição teórica aproxima esfera pública e esfera estatal. “Não podemos abrir mão da definição de público como o lugar dos direitos, da cidadania e das universalizações, enquanto o Estado se define como instância em que se realizam as lutas por esses direitos”, destacou. Na perspectiva de que “democratizar é desmercantilizar”, o pesquisador disse considerar que a saída pode estar num “pós-neoliberalismo”, com a refundação dos Estados, a exemplo do que acontece hoje na Bolívia e no Equador. “Quem abandona a cidadania na mão do neoliberalismo está perdido”, alertou. “O neoliberalismo é uma máquina exterminadora de direitos.” (B.D. e A.D.L.)





A SAÚDE PÚBLICA NO CENTRO DE UM MUNDO EM CRISE

Participaram da cobertura:
Adriano De Lavor, Bruno Dominguez,
Justa Helena Franco, Katia Machado e Rogério Lannes

A.D.

“Saúde Coletiva no mundo globalizado: Rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas” foi o tema do 7º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, simultâneo ao 18º Congresso Mundial de Epidemiologia (Epi2008) – e não podia ser mais apropriado. Num cenário de crise financeira profunda e indícios de mudanças inéditas no mapa internacional, tudo intricadamente determinante para o futuro dos povos, 4.837 pessoas comprometidas com a saúde pública, de todos os estados brasileiros e de 71 países, reuniram-se em Porto Alegre de 20 a 24 de setembro para mais uma jornada de debates solidários e troca de idéias inovadoras.

A diretora da Opas/OMS, Mirta Roses, lembrou os 30 anos da Declaração de Alma-Ata e conclamou os presentes a lutarem para que a saúde chegue finalmente ao centro da agenda política mundial e sejam alcançados os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, lembrou por sua vez os 20 anos do Sistema Único de Saúde e destacou o papel da epidemiologia na construção da saúde para todos. À platéia de duas mil pessoas que lotavam o Auditório do Sesi, no Centro de Eventos da Fiergs, o ministro criticou duramente os desdobramentos da crise financeira, ironizando a “mudança de receituário dos ideólogos do neoliberalismo, que agora se calam”.

“Imaginem o que seriam 750 bilhões de dólares aplicados nos países africanos, que enfrentam situação dramática em saúde pública”, instigou, aludindo ao pacote de socorro a bancos e empresas liberado pelo governo americano em setembro – um socorro que nos meses seguintes sangrou cofres públicos mundo afora em 7 trilhões de dólares.

De volta ao quadro nacional, o dinamismo da epidemiologia brasileira, que inscreveu quase oito mil trabalhos no evento, foi elogiado pelo ministro: em 2006, segundo o CNPq, o Brasil tinha 2.215 pesquisadores ativos com doutorado em epidemiologia em 759 linhas de pesquisa. Uma delas é o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa-Brasil), que Temporão lançou oficialmente no Epi2008, que pesquisará a incidência de fatores de risco para doenças crônicas para subsidiar políticas públicas.

O ministro salientou que a tarefa da epidemiologia não é “simplesmente identificar, isolar, medir fatores de risco e associá-los a medidas de ocorrência”, mas também explicar os problemas de um mundo em transformação. Em sua visão, a principal inquietação do homem “pós-moderno” são as vulnerabilidades que se impõem “entre o individual e o coletivo, entre o local e o nacional, entre a nação e os apelos globais”. Temporão lembrou os princípios de Alma-Ata, lançados também em meio a mudanças drásticas no mundo, com repercussões negativas no bem-estar social, na saúde, na educação e no trabalho, e ainda assim os signatários legitimaram o direito à saúde como direito humano fundamental, conclamando os governos a combaterem as desigualdades em saúde e seus determinantes estruturais.



Alma-Ata foi uma resposta à crise anunciada do Estado de Bem-Estar Social, avaliou Temporão. Suas diretrizes foram ponto de partida para iniciativas globais que buscaram responder aos desafios e às mudanças das políticas de saúde no mundo globalizado, acentuando duas posições ideológicas opostas: os defensores de políticas compensatórias com base na redução do risco e os que sustentavam a tese do acesso universal, da saúde como direito, com base na integralidade e na promoção da saúde.

Os críticos de Alma-Ata, contou, alegavam que os gastos em saúde excederiam a capacidade de financiamento dos países em desenvolvimento, e propunham ações verticalizadas que não consideravam a saúde como um pilar do desenvolvimento. Segundo ele, é necessário que a saúde seja encarada, sim, como um dos pilares do desenvolvimento, e não como “agente secundário”. Mas não há como se sustentar um projeto político de saúde que dê acesso universal “sem a decisão política de assegurar os recursos necessários para o financiamento”, protestou o ministro.

“A soma dos gastos do governo federal, estados e municípios com a saúde, em 2006, foi de 60 bilhões de reais”, lembrou. “Já o gasto direto do cidadão com consultas, exames, medicamentos e planos de seguro de saúde foi de 100 bilhões, e isso significa que a participação do gasto público no gasto total é de menos de 40%, o que é absolutamente inadmissível num sistema que pretenda cumprir o que está na Constituição: saúde como direito de todos e dever do Estado”, indignou-se.

Temporão falou com entusiasmo do desenvolvimento de fármacos, novas tecnologias e diagnósticos: “Feito histórico da saúde pública brasileira” foi o trabalho de Farmanguinhos/Fiocruz no desenvolvimento do genérico do Efavirenz, evitando que o Brasil continue dependente de importações. “É o primeiro passo no caminho do fortalecimento da capacidade nacional de interesse da saúde pública”.



Show de cores para animar a cerimônia de abertura

“Intervenções efetivas e de baixo custo poderiam prevenir seis milhões de mortes se houvesse cobertura universal”

Solidários, os epidemiologistas se desdobraram para explicar este nosso mundo em transformação. No dia em que seria eleito presidente da Associação Internacional de Epidemiologia (AIE) para 2011-2013, o epidemiologista Cesar Victora falou sobre os desafios da categoria num Teatro do Sesi cheio — fato pouco observado no congresso, dado o gigantismo do lugar. O professor da Universidade Federal de Pelotas (Ufpel-RS) começou com uma provocação, citando a ironia do farmacologista Maurício Rocha e Silva (1910-1983) sobre as estatísticas de picadas de cobra no Brasil: “Ninguém sabe, pois onde há cobra não há estatística, e onde há estatística não há cobra”. A intenção era reclamar dos colegas mais pesquisas em áreas e temas negligenciados.

Os oito Objetivos do Milênio, recordou, foram estabelecidos em 2000 pela ONU e adotados por 192 países — fim da fome e da miséria, educação de qualidade para todos, igualdade entre sexos e valorização da mulher, redução da mortalidade

infantil, melhora da saúde das gestantes, combate à aids, à malária e a outras doenças, qualidade de vida e respeito ao ambiente, todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento. Victora se debruçou sobre três ações necessárias: diminuição do déficit de peso/idade à metade, redução da mortalidade de menores de 5 anos em dois terços e da mortalidade materna em três quartos até 2015.

A OMS calcula que 10,8 milhões de crianças morreram em 2003, principalmente na África e na Ásia. O ritmo de queda da mortalidade, apontou o epidemiologista, vem desacelerando desde o início da década de 90 — passou de 2,5% ao ano entre 1960 e 1989 para 1,1% ao ano de 1990 a 2001. O que aumentou foi a distância dos índices de países ricos e pobres e entre faixas de renda nos países. O desafio, indicou, é aumentar a cobertura dos sistemas de saúde e torná-la equitativa. “Intervenções efetivas e de baixo custo poderiam prevenir seis milhões de mortes se houvesse cobertura universal”, disse.

Dos 68 países prioritários para redução da mortalidade infantil, 16 tiveram melhoras importantes, 26 tiveram progresso insuficiente, 14 não progrediram e 12 pioraram seus índices na comparação entre 1990 e 2006. Todos os 10 que menos avançaram estão na África Subsaariana — em Botsuana, que tem a situação mais crítica, as mortes de crianças cresceram 114% no período. Peru e Brasil lideram a lista dos que mais avançaram — com queda de 68% e 65%. O Brasil, aliás, já reduziu o déficit de peso de 5,7% para 1,7% entre 1996 e 2006 e a mortalidade de menores de 5 anos de 57 para 20 entre 1990 em 2006. “O progresso tem sido mais rápido onde é menos necessário”, avaliou.

Ao analisar a atuação dos epidemiologistas nesse processo, Victora apontou diminuição, desde os anos 1980, do número de estudos sobre as causas de morte de crianças em países de baixa ou média renda “pela percepção equivocada de que a mortalidade infantil estava sob controle, pela migração para pesquisas em HIV/aids e doenças crônicas e até mesmo pela redução do financiamento”. Em 2004, o investimento em pesquisas sobre infecções respiratórias agudas foi de US\$ 0,51 por perda; na diarreia, de US\$ 0,32; aids, malária e tuberculose alcançaram US\$ 8,40, comparou. “Diarreia e pneumonia matam tanto quanto aids, mas tiveram investimento muito menor”.

Para comprovar sua tese, o epidemiologista produziu — e exibiu — mapas que surpreenderam: aumentavam ou diminuíam o tamanho dos países. No mais impressionante, o da mortalidade infantil, África e Ásia apareceram super-inflados, enquanto a América do Norte afinou até se transformar em finíssima linha. Justamente o oposto quanto à presença dos filiados à Associação Internacional de Epidemiologia: “A maior parte dos pesquisadores não está nos países mais afetados”. No Brasil, ocorre a mesma oposição quando comparada a mortalidade infantil (o Nordeste inchado) aos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva (Sul e Sudeste dilatados).

Ele aponta uma “artrite estatística”, expressão do conselheiro da Unicef Peter Adamson: as estimativas sobre mortalidade de crianças se referem à realidade de cinco ou seis anos antes. Para os epidemiologistas, o desafio é monitorar os dados em tempo real, melhorar os indicadores, avaliar programas de larga escala e



O estande que abrigou **Espaço & Letras**, da Editora Fiocruz, e as exposições da VideoSaúde Distribuidora foi o mais visitado no pavilhão de exposições. Mostras e encontros literários foram prestigiados pelos congressistas



Leitores sempre interessados, **livrarias sempre cheias**



equilibrar o rigor científico com a *advocacy* – defesa de causa de interesse público. Victora convocou os colegas a se engajarem nesta luta: “Vamos levar as estatísticas para onde estão as cobras”. E concluiu citando o britânico Geoffrey Rose (1926-1993): “Um epidemiologista precisa ter mãos sujas e mente limpa”.

A conferência do epidemiologista britânico Shah Ebrahim, “Doenças crônicas nos países em desenvolvimento: mais pesquisa ou mais ação?”, não teve interrogação apenas no título. Logo de início, o professor da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres e co-editor do *International Journal of Epidemiology* repassou a pergunta-tema aos presentes à sala 202 do Pavilhão no fim da manhã do dia 22. “Quem gostaria de ver mais pesquisas?”, questionou primeiro – a maioria da platéia levantou a mão. “E quem gostaria de ver mais ação?” – novamente a maior parte levantou a mão. “Muito bem, pelo menos aqui não há divisão: todos querem mais pesquisa e mais ação”.

O “pelo menos aqui” aludia à corrente que se opõe às pesquisas em doenças crônicas nos países em desenvolvimento, sob a alegação de que os resultados dos estudos nos desenvolvidos são suficientes. Para eles, os mais pobres devem apenas agir no controle das doenças infecciosas, que julgam mais problemáticas. O epidemiologista se opôs a essa visão: “A tendência é que as mortes por causas externas e doenças crônicas superem as mortes por doenças infecciosas nos países de baixa renda”. De fato, de 15 milhões de mortes anuais por doenças cardiovasculares no mundo, 11 milhões ocorrem nesses países, principalmente Índia e China.

A OMS fez novo chamado à ação em 2007, “mas as pessoas começam a

não ter mais ouvidos para chamados como esse”, disse. A organização recomendou medidas de controle de fatores de risco como tabagismo e também a distribuição de polipílulas aos já afetados. Composta por aspirina, dois anti-hipertensivos e um anticolésterol, a polipílula está sendo testada em humanos, inclusive no Brasil – estima-se que possa evitar até 80% das mortes por doenças cardiovasculares. A meta é prevenir 36 milhões de mortes até 2015, o que, pelos cálculos da OMS, levaria a um crescimento econômico acumulado de 36 bilhões de dólares na China e de 15 bilhões na Índia.

Ebrahim defendeu o aumento de impostos sobre o cigarro, acordos com a indústria para redução de sal nos produtos e orientações na rotulagem de alimentos. As intervenções individualizadas, baseadas em mudanças na dieta e na diminuição do fumo, ressaltou, não têm gerado bons efeitos: “Acabam ignoradas ou levam muito tempo para dar resultado”. Para uma política ser efetiva, é preciso avaliar o potencial da intervenção, sua cobertura, a precisão do diagnóstico, a qualidade dos profissionais, a adesão ao tratamento e possíveis efeitos adversos, listou.

Além de destacar a ação, Ebrahim reforçou a necessidade de mais pesquisas: “Hoje não temos sequer idéia se o tabagismo sobe ou desce nas camadas mais pobres da população, por exemplo”. Segundo ele, faltam sistemas de vigilância de doenças crônicas, essenciais para guiar as medidas de prevenção. Novos estudos relacionam as doenças crônicas a cuidados na infância – imunização e reidratação oral teriam efeito benéfico, enquanto magreza e diarreia frequente trariam prejuízos na fase adulta. Também surgem evidências

de que o ruído ambiental, excessivo nas grandes cidades, aumenta a pressão sanguínea. “Devemos combater as doenças crônicas de forma multifacetada, aliando pesquisa e ação”.

“Trocas Norte-Sul e Sul-Sul na epidemiologia” foi o tema da conferência do epidemiologista Mauricio Lima Barreto, do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e conselheiro para América Latina da AIE. A divisão Norte e Sul mencionada por ele não é a geográfica, mas a da desigualdade entre quem produz e quem importa tecnologia. A Austrália, por exemplo, geograficamente ao Sul, é considerada parte do Norte.

Até agora, avaliou o editor-chefe do *Journal of Epidemiology and Community Health*, essa divisão gerou disparidades nos dados de saúde, na expectativa de vida e na renda. “O futuro parece melhor?”. Para ele, não parece animador, pois os avanços são lentos: “Os Objetivos do Milênio eram a esperança, mas se continuarmos neste ritmo não os atingiremos até 2015”. Em alguns países, disse, a melhora na qualidade de vida deve demorar pelo menos dois séculos.

Ele creditou o aumento das desigualdades às teorias do desenvolvimento criadas nos anos 60 e 70, como a do economista americano Walt Rostow, que estabeleceu cinco estágios de crescimento e afirmou que o mundo todo se desenvolveria. “Isso também foi aplicado à saúde, mas continuamos com dois padrões”, lamentou. Acreditou-se na diminuição das doenças crônicas, mas elas reemergem no Sul, o que segundo Mauricio prova o erro do conceito. “É uma falácia afirmar que as mudanças virão de qualquer forma pelo desenvolvimento de tecnologia, sem que



No almoço, as filas (sempre rápidas) se deviam a saborosa causa: duas opções de sanduíche leve, peras e maçãs para quem quisesse inclusive repetir. O lanche era excelente opção ao restaurante principal — “péssimo”, na opinião geral —, que aumentou em 2 reais o preço do bufê em pleno evento e fez feio na qualidade

haja necessidade de se mudar o contexto”, rebateu: muitos países sequer têm recursos para importar tecnologia. Sua apresentação incluía cartum em que se lia numa bula de antirretroviral: “Não use em caso de pobreza”.

Maurício lembrou que a capacidade de inovação se concentra nos países ricos e que os órgãos de financiamento subestimam os problemas dos pobres. Alguns países do Sul, como o Brasil, se esforçam para mudar esse modelo e também começam a trocar informações. Mas a colaboração Sul-Sul e Norte-Sul é incipiente, enquanto a Norte-Norte está bem estabelecida.

O epidemiologista Jarbas Barbosa também abordou o presente e o futuro da epidemiologia na palestra “Vigilância em Saúde — O que estamos fazendo e o que precisamos fazer”. Atual gerente da Área de Vigilância em Saúde e Gestão de Doenças da Opas/OMS, em Washington (EUA), Jarbas recapitulou: a área se caracterizou inicialmente como técnica de vigilância de doenças transmissíveis, depois como vigilância dos fatores de risco de doenças e agravos não-transmissíveis, posteriormente, passou a vigilância ambiental em saúde e, mais recentemente, a vigilância da situação de saúde ou análise de situação de saúde.

“Tivemos ações de controle de doenças no fim do século 19 e início do 20, e em 1955 a vigilância ganhou notoriedade com o Programa de Vigilância da Poliomielite”, continuou. Na época, a OMS recomendou que os países criassem sistemas de saúde e, em 1965, veio a Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da OMS. No mesmo ano, a OMS reorganizou o Programa Mundial de Erradicação da Varíola, de 1959, e intensificou a campanha pela erradi-

cação entre 1966 e 1973. Em 1968, a 21ª Assembléia Mundial de Saúde debateu a vigilância em saúde pública, e no Brasil foi criado o Centro de Investigações Epidemiológicas, primeiro órgão federal com responsabilidades abrangentes em epidemiologia.

A 5ª Conferência Nacional de Saúde, em 1975, prosseguiu Jarbas em seu histórico, também tratou de vigilância em saúde, e foi sancionada a Lei 6.259; no ano seguinte, aprovou-se o Decreto 78.231, ambos sobre organização das ações de vigilância epidemiológica. Nos anos 1980, vieram o SUS, o Centro Nacional de Epidemiologia da Funasa e a descentralização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

O mais recente e amplo conceito de vigilância de saúde pública, de que vigilância é parte do sistema de saúde, e não apenas vigilância de doenças transmissíveis — usado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), a agência de saúde pública dos Estados Unidos, e pela OMS —, ainda não foi bem trabalhado no Brasil, salientou. “Estamos engatinhando”. Vigilância em saúde, para Jarbas, deve ser contínua, ter foco dirigido, pois propõe conhecer determinado processo de saúde da população, usar dados diretamente relacionados a práticas de saúde pública, ter sentido utilitário e pragmático: “Vigilância é para resolver problema e apontar solução”. É ainda estar preparado para o previsível e o imprevisível porque “80% das doenças são conhecidos e de outras tantas, como a aids, não se conhece a cura”. E o imprevisível se atenua com a ampliação da vigilância do sistema de saúde.

É ainda fazer do laboratório papel-chave para identificar o trajeto da doença, fazer comunicação de risco e

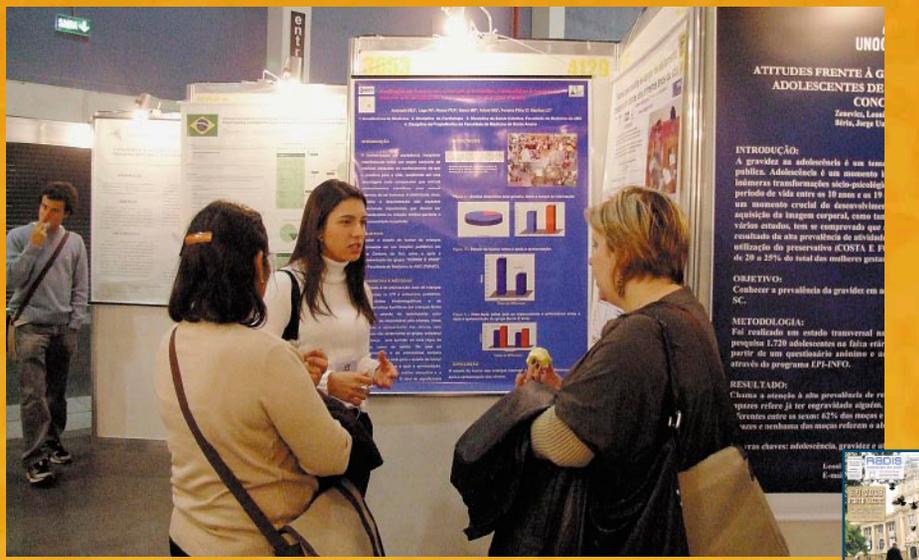
transformar a comunicação em instrumento de vigilância, além de fornecer informação rápida, respostas e medidas baseadas em evidências. “Medidas isoladas não resolvem”, acentuou, citando o Canadá como exemplo. O governo canadense instalou scanners de temperatura nos aeroportos e aplicou questionários aos passageiros para conter a Sars. “Mas nenhum dos cinco casos importados da doença foi identificado por tais medidas”. A vigilância em aeroportos é importante, mas não única. “É parte de um conjunto amplo de medidas”.

O novo Regulamento Sanitário Internacional já propõe mudança de paradigma: no lugar das listas de doenças entram “ameaças à saúde pública”; medidas pré-estabelecidas são agora “respostas ajustadas”; e controle de fronteiras passou a “contenção na fronteira”. Os novos conceitos se justificam pelas mudanças do quadro sanitário mundial. Entre janeiro de 2007 e maio de 2008, exemplificou Jarbas, 111 eventos foram notificados nas Américas; 80% eram enfermidades transmissíveis, 13%, não-transmissíveis, 5% por produtos contaminados e 2% por alimentos. A maioria dos casos (64%) foi captada pelo sistema de alerta da Opas/OMS, criado pelo Canadá. “Uma espécie de google da vigilância sanitária”, explicou.

Os números evidenciam que as doenças transmissíveis continuam em voga, mas mostra por outro lado que as não-transmissíveis associadas a fatores de risco como obesidade e sedentarismo aumentam cada vez mais. “E não é algo dos países ricos”, frisou. Todos reconhecem o problema, mas dos 35 países das Américas, apenas 13 reúnem dados sobre fatores de risco e muitos não têm continuidade.

Excelente a estratégia de divisão dos pôsteres, separados em quatro áreas, identificadas por números e cores básicas visíveis em banners e totens no pavilhão de exposições. Os trabalhos ficaram acessíveis.

As áreas: doenças crônicas não-transmissíveis, aspectos técnico-conceituais em epidemiologia, epidemiologia aplicada e grupos populacionais; o Epi2008 somou **5.800 pôsteres**, dos quais 21 foram premiados – 17 do Brasil e um de Portugal, Japão, Índia e Argentina



Ele elogiou o Vigitel, sistema brasileiro de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas executado por inquérito telefônico – uma iniciativa bem-sucedida de vigilância da situação da população adulta de capitais e Distrito Federal que permite identificar grupos de maior risco e avaliar indicadores de acesso aos serviços de saúde. O que é preciso então fazer daqui para a frente? Para Jarbas, “ampliar o objeto da vigilância e sua capacidade de predição, integrar a vigilância aos vários setores afins e garantir prioridades em tempos de paz”, resumiu.

Essas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), grande preocupação em nossos dias, são responsáveis no Brasil por dois terços das mortes – as cardiovasculares sozinhas respondem por quase 50% –, confirmou a epidemiologista Deborah Carvalho Malta, coordenadora da área de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (Dant/SVS/MS). Ela compôs a mesa-redonda “Vigilância de Dant no Brasil”, na tarde do dia 23. Antes o predomínio era das doenças infecciosas (43% na década de 30), e o novo quadro se deve, entre outros fatores, à transição nutricional e demográfica. “Há crescimento da obesidade e da população idosa”, disse.

Em 1975, revelou o Estudo Nacional da Defesa Familiar do IBGE, a taxa de obesidade entre homens era de 2,8%, e entre mulheres, de 7,8%. Em 2007, registrou o Vigitel, os índices saltaram para 13,7% (homens) e 12,0% (mulheres). O aumento também é visível na expectativa média de vida do brasileiro, que atingiu a marca de 71,9 anos em 2005, segundo a pesquisa Tábua de Vida 2005, do IBGE, após os 71,7 anos de 2004 – aumento de dois

meses e 12 dias. “Há 10 anos a expectativa era de 59 anos”, lembrou.

Segundo a OMS, os principais fatores de risco nas Américas são tabagismo, hipertensão, sobrepeso, colesterol, falta de consumo de frutas e legumes e consumo abusivo de álcool, o que eleva as taxas de morbimortalidade por DCNT. “Somente o tabagismo responde por 900 mil mortes por ano e a hipertensão, por mais de 700 mil”, exemplificou. No Brasil, a vigilância já inclui identificação de fatores de risco, morbidade e mortalidade por módulos e níveis de complexidade, como propõe a OMS, com vários inquéritos: a Pnad, estudo anual do IBGE sobre características demográficas, habitação, educação, trabalho e renda da população (em 1998 e 2003, a pesquisa incluiu um suplemento sobre saúde, repetido em 2008); o Vigitel (desde 2006) e a futura Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), cujos primeiros resultados sairão em 2009.

A seguir, as áreas de vulnerabilidade desse nosso mundo em transformação.

TABAGISMO

“Quanto mais cedo parar, melhor, mas vale a pena parar em qualquer idade”

Sobre o tabagismo falou a sanitarista Gulnar Azevedo e Silva, coordenadora de prevenção e vigilância do Instituto Nacional de Câncer entre 2003 e

2007. Hoje professora do Instituto de Medicina Social da Uerj, ela historiou os 200 anos de acúmulo de evidências epidemiológicas sobre tabaco e câncer. A primeira associação foi no câncer de lábio e boca. Mais tarde, o fumo foi relacionado também ao câncer de pulmão e às doenças cardiovasculares. No início do século 20, câncer de pulmão era doença rara. A partir de 1930, começou a aparecer, justamente com o crescimento da indústria do tabagismo. Em 1939 veio o primeiro estudo controlado associando câncer de pulmão e fumo, com 86 casos. Este estudo foi publicado em revista alemã e republicado em 1994. Outros estudos, na Alemanha em 1943 e em 1950 no Reino Unido e nos Estados Unidos, fizeram esta associação.

A indústria do cinema passava a imagem de que fumar era bom, bonito e sensual, lembrou Gulnar, e grandes galãs apareciam na tela fazendo propaganda de cigarro. Um dos mais conceituados trabalhos, o de Doll e Hill, com 20 anos de observação, estabeleceu as circunstâncias que passavam da associação à verdadeira causa, considerando nove condições: força da associação, consistência, especificidade, temporalidade, dose e resposta, plausibilidade biológica, coerência e evidência experimental. A conclusão: de metade a um terço dos fumantes morreriam em consequência do tabagismo.

Com 30 anos de observação, comprovou-se, o fumo causou morte por doença cardíaca, várias doenças vasculares e câncer – principalmente boca, esôfago, faringe, laringe, pulmão, pâncreas e bexiga. Em 50 anos de observação, Doll mostrou o que deveria ser orientação em termos de prevenção e a progressiva



Sala lotada: bom quando prova o interesse do público, ruim quando o público sobra do lado de fora. Doutoranda na área de hepatites na Universidade Estadual de Feira de Santana (BA), Erenilde Cerqueira foi impedida de assistir à mesa sobre hepatite C, assim como outros interessados. Com apenas 25 lugares, a sala foi pequena para a procura. “Não deram importância ao agravo”, concluiu a baiana, que já perdera outra mesa sobre o assunto pelo mesmo motivo. “Enquanto isso, milhões de pessoas estão contaminadas e milhões nem sabem disso”. O infectologista Alexandre Vargas, de Porto Alegre, também não conseguiu entrar. “Mau planejamento”, entendeu. Ele já perdera discussão sobre leptospirose por falta de espaço.

diminuição das taxas de mortalidade entre os não-fumantes: entre os homens que nasceram em 1920, o uso prolongado de cigarro triplicou a mortalidade e mostrou que a cessação do fumo aos 50 anos reduz o risco pela metade. A cessação aos 30 anos quase iguala o risco de não-fumantes, o que mostra que quanto mais cedo parar, melhor.

“Mas vale a pena parar em qualquer idade”, lembrou: 1 bilhão de mortes no século 21 poderiam ser atribuídas ao tabaco, caso nenhuma medida tivesse sido tomada para diminuir seu consumo, em comparação aos 100 milhões de mortes no século 20. Em qualquer país estudado, indivíduos mais pobres tendem a fumar mais do que os de maior nível socioeconômico, ou seja, a prevalência vem se concentrando na população de mais baixa renda.

A OMS fez em 1996 grande esforço para iniciar o processo da Convenção Quadro do Controle do Tabagismo, assinada por 191 Estados-membros, prevendo acordos multilaterais e estratégias de regulação internacional em etapas progressivas. Os Estados adotam uma convenção em torno de objetivos acordados, criando estrutura legal. Esta convenção está em vigor desde 2005 e nosso país foi o segundo a assinar. O Brasil proibiu o fumo em locais públicos em 1996, a Anvisa regulou o tabaco em 1999, a propaganda foi proibida em 2000 e as advertências no maço de cigarro chegaram em 2001.

O resultado: tivemos queda importante na prevalência do tabagismo de 34,2% em 1999 para 22,4% em 2003. A tendência da mortalidade por câncer de pulmão é decrescente principalmente em homens mais jo-

vens — a iniciação está diminuindo, afirmou Gulnar. Em mulheres ainda cresce a incidência de câncer de pulmão, porque começaram a fumar depois, na década de 70, como efeito da afirmação feminina.

A OMS recomenda que o Brasil mantenha a política de preços e impostos, invista pesado na informação aos jovens e controle com rigor o fumo em locais fechados. “É forte a evidência de que em locais de trabalho diminuiu a prevalência entre adultos, diminuiu o uso entre jovens, diminuiu a morbidade em relação à doença cardíaca, diminuiu a prevalência entre jovens nos domicílios, mas ainda não é suficiente para se verificar declínio do câncer de pulmão”, reportou.

DESNUTRICÃO / DIETA INADEQUADA

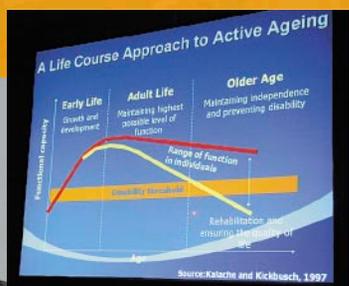
“Os fatores de risco do início da vida serão maximizados na idade adulta”

A nutricionista e sanitarista Denise Costa Coitinho, da FAO, agência da ONU para alimentação, deteve-se no papel da epidemiologia nutricional. Para ela, esse campo avançou muito em 20 anos e mostra que o mundo está mesmo em transição nutricional. A OMS começou a se preocupar com o tema em 2000, com base em estimativas: de 11 milhões de mortes anuais de crianças com menos de 5 anos no mundo, uma em cada três ainda morre por desnutrição, um em

cada seis recém-nascidos em países pobres tem baixo peso, comprometendo a saúde futura, um em cada três pré-escolares (ou 178 milhões de crianças abaixo de 5 anos) tem baixa estatura, uma em cada três pessoas no mundo tem alguma carência de nutriente. A desnutrição é o principal fator de risco em qualquer faixa etária, afirmou.

Mas este é apenas um lado do problema, observou Denise. As DCNT são responsáveis por 60% das mortes globalmente, segundo a OMS. Quase metade de toda a carga de doenças e 66% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento — e mais de 1,5 bilhão de adultos no mundo têm sobrepeso. Desses, meio bilhão é de obesos. Baixa estatura e desnutrição na infância estão associadas às doenças não-transmissíveis e a maior parte das não-transmissíveis está associada à dieta. O principal fator de risco que leva a esse quadro epidemiológico é a exposição à má nutrição desde a fase intrauterina. Fator portanto fundamental é a nutrição na infância, salientou: 10% das crianças de baixa estatura vivem em apenas 16 países, “o que mostra a forte concentração geográfica do problema nutricional”.

Nos países com renda abaixo da média, a desnutrição em crianças abaixo de 5 anos é a principal responsável pela carga de doença e morte. Nos países com renda acima da média, entram outros fatores, como álcool e tabaco, e a desnutrição passa a ser a quarta causa em importância. A obesidade, no entanto, já aparece entre as 10 principais causas, quase com a mesma importância da desnutrição, além dos demais fatores associados à dieta inadequada, como



Kalache e sua apresentação em inglês: “Estamos envelhecendo com pobreza”

Mauricio Barreto: “É falácia afirmar que as mudanças virão de qualquer forma pelo desenvolvimento de tecnologia, sem que haja necessidade de se **mudar o contexto**”



Segundo a epidemiologista Maria Inês Schmidt, presidente do congresso brasileiro, **88%** dos 4.837 participantes eram brasileiros e 12%, estrangeiros.

baixo consumo de vegetais e frutas, deficiência de ferro etc.

Nos países desenvolvidos, o quadro é semelhante: tabaco, álcool, colesterol, sobrepeso e outros fatores de risco são responsáveis pela carga de doenças, e a única deficiência nutricional é a de ferro. Estudos das décadas de 80 e 90 mostram a importância da nutrição no ciclo vital – o retardo no crescimento fetal e na primeira infância repercute no estado de saúde na vida adulta. As pessoas previamente desnutridas têm mais risco de desenvolver doenças crônicas metabólicas quando expostas mais tarde a dietas inadequadas.

A prevenção das DCNT e a promoção da saúde requerem foco na nutrição no período mais vulnerável da vida, defendeu Denise: entre a concepção e os 24 meses. “O grande desafio nutricional é não deixar que os países em transição de desenvolvimento cheguem à situação de saúde das dietas deterioradas”, advertiu. Um dos pontos centrais é o das escolhas alimentares. “Todo quadro nutricional tem por trás uma escolha”, disse. A epidemiologia mostra que aumento de renda, urbanização, novo padrão de emprego, propaganda, que cria desejo por alimento, “tudo forma uma demanda crítica, mas a oferta também é crítica”, afirmou. “A oferta afeta a disponibilidade, a estratégia de marketing, e a escolha saudável é justamente o equilíbrio entre demanda e oferta”.

A industrialização alimentar modificou muito toda a cadeia de distribuição de alimentos, salientou. A globalização teve impacto imediato na liberação do setor financeiro, o que facilitou a mudança na produção e na comercialização. “O marketing

na globalização encoraja o consumo, fazendo com que em qualquer lugar do mundo se observe o mesmo tipo de demanda”. O mais preocupante: “O aparelho regulatório, também influenciado pela globalização, é muito desenvolvido na área da alimentação, mas também encoraja a convergência de padrões de identidade, qualidade de alimentos, políticas agrícolas, que definem muito o tipo de alimentos disponíveis, como a quantidade de gordura do leite, sua disponibilidade e preço”, atestou.

A epidemiologia trouxe o campo da nutrição estudos de eficácia e de efetividade, disse Denise, mostrando que se o quadro é esse, se a distribuição espacial do problema é essa e se os determinantes passam por tantas dimensões, é preciso agir. “A OMS publicou em 2002 relatório detalhado para cada fator de risco alimentar, com base científica, compilação de estudos com as relações causais, mostrando que os fatores de risco do início da vida serão depois maximizados se estas pessoas vulneráveis são também expostas a dietas inadequadas”, destacou. “Esses fatores têm então maior impacto, pior resultado nutricional, o que requer uma agenda única para a nutrição, independentemente do ciclo de vida que se esteja focando: é preciso sempre olhar o conjunto, a interação desses fatores”.

E recomendou: “O combate tem que ser visto de forma conjunta, sem se dissociar desnutrição de obesidade ou desnutrição do início da vida da saúde do adulto”. Para Denise, são prioritárias políticas e ações diretas de nutrição materno-infantil – porque nessa faixa de maior vulnerabilidade é que se pode ter maior impacto na saúde do adulto – aliadas a iniciativas que

promovam a alimentação adequada. A OMS, lembrou Denise, tem por isso duas estratégias globais: para promoção da alimentação do lactente e da criança pequena e a estratégia global para dieta e atividade física.

Nos países em desenvolvimento, a obesidade é mais comum entre “as elites”; nos países “ricos”, afeta mais os pobres, agregou o pesquisador Carlos Augusto Monteiro, da USP. Ele propôs revisão de literatura, já que a maioria dos estudos nos países em desenvolvimento tem como alvo a desnutrição. Os números falam da relação entre nível de escolaridade e frequência da obesidade, em pesquisa com 150 mil mulheres em 37 países: entre as mais pobres, é maior entre as mais educadas; entre as mais ricas, é mais comum entre as menos educadas.

A migração do problema para os mais pobres deixa-os mais expostos à oferta de alimentos processados e mais suscetíveis ao marketing da indústria. Também pesa a falta de acesso a comida mais saudável. Contribuem para essa “democratização do sedentarismo” as ocupações que demandam pouco gasto energético e o “ambiente hostil ao lazer mais ativo”. É importante a capacidade individual de resistência a esse “ambiente obesogênico”, observou, visto que os padrões saudáveis de alimentação e lazer perderam força. Informação e educação são essenciais no enfrentamento de uma possível “superepidemia” de obesidade entre os mais pobres, disse. Segundo ele, já é possível identificar tendência de declínio nos estratos mais ricos, mudança que reflete a globalização de culturas e costumes.

A mudança é mais difícil nos países com desnutrição nos primeiros meses de vida – Brasil, Índia, México –, reforçou Carlos as conclusões de



Henrique Barros, de Portugal, sobre investigação em **presídios**:
"Muitos começaram a se drogar depois de presos"



Denise, o que confere maior suscetibilidade à obesidade. Ele questionou "explicações simples", como a que responsabiliza a dieta baseada em farinhas e açúcar na migração da obesidade para os pobres. "Eles sempre tiveram essa alimentação", argumentou, advertindo que alimentos processados têm o dobro de densidade energética da dupla arroz+feijão.

A proporção de proteínas na alimentação de ricos e pobres é parecida, indicou; já o consumo de gorduras é maior entre os pobres, mas os mais ricos consomem mais gorduras saturadas. "A densidade energética é alta em ambos os casos", disse ele. Como Denise, Carlos defendeu que se criem condições para que mães e crianças na primeira infância tenham alimentação de qualidade e que se trabalhe "a capacidade de resistência aos ambientes obesogênicos". Para isso, é necessário "que as escolhas saudáveis sejam acessíveis a toda a sociedade".

SEDENTARISMO

"É preciso comprovar a eficácia e avaliar se no mundo real o programa incentiva a atividade física"

O sedentarismo foi a pauta da mesa-redonda "Avaliação de programas de atividade física" — uma das poucas

O britânico Shah Ebrahim: "Devemos combater as doenças crônicas de forma multifacetada, aliando **pesquisa e ação**"



Muitos pesquisadores brasileiros tiveram trabalho com seus **slides em inglês**, diante de platéias esmagadoramente brasileiras. Alguns chegaram a adjetivar: "Colonialismo..."

atividades em que era perceptível a maior presença de homens. Deborah Malta, da Dant/SVS/MS, informou que são sedentários 29% da população adulta, fator de risco relacionado a 200 mil mortes por ano no país — apenas 15% praticam atividade física regularmente. Vitória e São Paulo são as capitais "mais ativas", enquanto Belém e João Pessoa lideram o ranking da inatividade. Os homens são mais ativos que as mulheres, especialmente entre 18 e 24 anos. As mulheres menos sedentárias têm de 35 a 44 anos.

A Pense, o inquérito escolar com 72 mil estudantes para monitorar as ações do Programa Saúde nas Escolas (PSE), está prevista para 2009, mas já se sabe que há prevalência duas vezes maior de atividade física entre os que frequentam escola. A pesquisa abordará uso de álcool e drogas, tabagismo, saúde bucal, alimentação, vida sexual, segurança e imagem corporal, e é prioridade da Política Nacional de Promoção à Saúde, que para 2009 prevê R\$ 27 milhões em 687 municípios. A Rede Nacional de Promoção à Atividade Física, do Ministério da Saúde, já está em 300 cidades.

Ela destacou o Projeto Guia (Guia Útil para Intervenções em Atividade Física), presente em Recife, Curitiba, Belo Horizonte e Aracaju, e a rede de avaliação de programas de atividade física do SUS. "É preciso avançar nas atividades", salientou, o que exige financiamento sistemático. Diretor do CDC americano, o brasileiro Eduardo Simões apresentou a Academia da Cidade de Recife, braço pernambucano do Guia. Implantado em 2002 pela Secretaria Municipal de Saúde, reúne 33 pólos gratuitos de atividade física, lazer e alimentação saudável, congrega 80 profissionais de educação

física e nutrição e serve de campo de estágio para mais de 70 estudantes, além de desenvolver trabalhos nos Centros de Apoio Psicossocial, com orientação de atividades físicas, jogos e passeios temáticos.

Eduardo identificou algumas "dificuldades epidemiológicas", já que não dispõe de dados anteriores. O lado bom é que conhecem o projeto 65% da população recifense, o que justifica o investimento — entre R\$ 100 mil e R\$ 400 mil — na "re-engenharia" dos espaços da cidade, geralmente parques públicos.

Pedro Curi Hallal, professor da Ufpel, fez balanço das pesquisas que tratam de atividade física no país e também encontrou "dificuldades epidemiológicas". Entre 42 trabalhos, identificou como deficiências a desigualdade regional no número de publicações e a falta de critérios acadêmicos nas investigações. Segundo ele, 69% dos trabalhos apresentavam "questionários inventados", com 32 definições de sedentarismo. "É preciso definir o vilão que combatemos", exortou. As intervenções são bem-intencionadas, concedeu, mas é preciso comprovar "eficácia, efetividade e eficiência", avaliar se no mundo real o programa incentiva a atividade física. A maioria não é passível de avaliação: faltam dados da linha de base. "É necessário conhecer a realidade antes de aplicar a intervenção para se ter como avaliar se funciona".

Também é importante monitorar o impacto das "intervenções negativas", ou seja, da proibição de atividades físicas em condomínios ou na própria cidade e a conseqüente migração das pessoas para jogos eletrônicos ou televisão. A maioria dos gestores, porém, não está sensibilizada para



Maria do Carmo e Mário Monteiro (sentado, de boina): **cesáreas eletivas e abortos inseguros**, dois grandes problemas de saúde pública

qualquer avaliação ou interfere nos processos, criticou: "Avaliações têm implicações políticas".

ENVELHECIMENTO

"É fundamental conviver bem com as doenças crônicas: uma vez instaladas, tendem a permanecer"

O mundo atravessa processo acelerado de envelhecimento, o que demanda novas ações de saúde. Em sua ágil conferência na manhã de 22/9 – prejudicada pela tradução simultânea –, o professor holandês Albert Hofman, da Universidade de Harvard, tratou do envelhecimento global. Também pesquisador do Erasmus Medical Center de Roterdã, na Holanda, o professor afirmou que em apenas 150 anos a expectativa de vida mundial dobrou. "Isso nunca aconteceria com o *Homo sapiens*".

Estudo publicado na *Science* em 2000, com levantamento da expectativa de vida "nos melhores países" desde 1600, já mostrava a tendência: até 1850 vivia-se no máximo 37 anos; hoje, a média é de 84 anos para as mulheres no Japão, país que detém o atual recorde de expectativa de vida. Segundo ele, não há indícios de mudança no aumento da longevidade nos próximos anos. Isso significa, pre-

cisou Albert, que "a cada semana que vivemos, ganhamos um fim de semana de brinde", divertiu ele a platéia.

Para o pesquisador, este cenário otimista sugere indagações sobre "onde acertamos" – para que a longevidade fosse maior – e quais as consequências para o futuro. "As respostas não são fáceis", reconheceu, alertando para três problemas: a permanência de "doenças globais catastróficas", como tuberculose e malária, que já deveriam estar erradicadas; as doenças da pobreza, cuja solução exige o componente socioeconômico nas ações de saúde; e a convivência com "as consequências de viver por mais tempo", ou seja, evitando doenças do envelhecimento. "Por que temos estas doenças?", questionou. Em estudo com 15 mil pessoas de mais de 45 anos, Albert encontrou considerável taxa destas doenças, embora o agravo mais letal tenha sido a fratura ocasionada por queda.

Ao contrário de doenças como câncer, as doenças neurológicas têm padrão de crescimento exponencial: quanto maior a expectativa de vida, maiores as chances de se adoecer com Alzheimer, por exemplo, "uma das perdas de identidade mais cruéis". Ele prevê que sofrerá com a doença a metade dos adultos de hoje que chegarem aos 90 anos – cerca de 10 milhões somente na América Latina. O que se pode afirmar sobre a causa, segundo ele, é que não decorre simplesmente do envelhecer. Podem ser fatores genéticos, ambientais, uma interação dos dois. Já houve quem apostasse na arteriosclerose como causa; há quem indique os "genes da suscetibilidade": um primeiro deles foi descoberto recentemente, o que não responde

Fátima Murtinho, da SVS/MS, e a defesa da campanha do **desarmamento**: "São Paulo apreendeu 6 mil armas, o Rio apreendeu 100"



totalmente à pergunta. "Tudo o que sabemos é muito novo".

Por outro lado, imagens do cérebro feitas por ressonância magnética em Rotterdã revelaram pequenos infartos em vasos cerebrais e tumores silenciosos que foram associados a perdas no desempenho cognitivo (um dos sinais do Alzheimer). O estudo também mostrou casos de atrofia em certas regiões cerebrais, "alterações nítidas no hipocampo", além de pequenos sangramentos associados ao uso de aspirina. "Existe aumento nítido do risco em pacientes com arteriosclerose", disse; tabagismo, baixa ingestão de vitaminas C e E ou de vegetais, diabetes e consumo exagerado de álcool triplicam o risco.

O tema foi tratado também em comunicações coordenadas do dia 22, e a sala lotada demonstrava o interesse nas investigações de vários pesquisadores, como as de Ricardo Oliveira Guerra, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Ele avaliou as fragilidades de idosos do Projeto Sabe/Opas (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), associando-as a condições de vulnerabilidade em quesitos como nutrição, força, energia, mobilidade e atividade física. Ricardo descobriu que 40% dos idosos apresentavam situação de fragilidade, com maior concentração nas mulheres – a síndrome da fragilidade inclui perda de peso e força, sensação de fadiga, limitações na locomoção.

Margareth Guimarães Lima, da Unicamp (SP), observou que "é fundamental conviver bem com as doenças crônicas", já que, uma vez instaladas, tendem a permanecer. Em inquérito com 1.958 idosos de São Paulo, identificou alta prevalência de hipertensão, diabetes, doenças na coluna, artrite,



Naomar, reitor da UFBA: crítica à monodisciplinaridade – “com currículos estreitos e bitolados” – e ao foco na técnica – “que leva à formação de sujeitos culturalmente empobrecidos”



reumatismo. Eleonora D’Orsi, da Universidade Federal de Santa Catarina, revelou o efeito protetor do trabalho remunerado, da atividade sexual e social na manutenção da qualidade de vida dos idosos: a preservação da capacidade funcional diminui o risco de morte e fortalece o estado cognitivo.

Na Ufpel/RS, Giovâni Firpo Del Duca avaliou, para sua dissertação de mestrado, as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) num grupo de idosos: revelou-se prevalência de até 17% de indivíduos com incapacidade para ações como usar o telefone, vestir-se, deslocar-se, fazer compras, arrumar a casa ou tomar medicamento por conta própria, o que Giovâni considera grave. Estas incapacidades configuram maior prevalência de mortalidade entre os idosos. As AIVDs também foram alvo da pesquisa de Idiane Rosset Cruz, da USP, em estudo comparativo com 422 idosos brasileiros e 960 japoneses. Ela constatou relação inversa entre envelhecimento e geração de renda e relação direta entre aumento das co-morbidades e incapacidades em função da baixa renda. “Quanto menor a renda, menores os cuidados com a saúde”, relatou.

Professor de Medicina Social da Ufpel, Luiz Augusto Facchini observou que “a velhice hoje é um processo cada vez mais saudável”, e alertou para a contribuição de outras disciplinas a esta área da saúde. Ele avaliou 4.003 idosos em 41 municípios. De cara, descobriu que na Região Sul 1.891 deles tinham cobertura da Estratégia Saúde da Família; no Nordeste, 2.112; 50% apresentavam alguma doença crônica e um terço sofrera ao menos uma queda no ano anterior. Luiz defendeu a aproximação da epidemiologia com

a avaliação dos serviços de saúde, com capacitação de pessoal e nas atividades de informação e comunicação em saúde. Um diagnóstico das reais necessidades de saúde da população deve superar o olhar especializado, disse: “O conhecimento colaborativo é fundamental nas ações em saúde, pois cada disciplina é como os dedos das mãos, que nascem juntos mas crescem separados, e é preciso dar as mãos para crescer”.

Na concorrida conferência “De cidades saudáveis a espaços urbanos amigos da idade”, no dia 23, o gerontologista Alexandre Kalache falou sobre a política de “envelhecimento ativo” difundida pela OMS, que descreveu como “processo de otimização das oportunidades de saúde”, que inclui participação e segurança para garantir qualidade de vida. O ex-consultor da OMS lembrou que, embora a tendência também seja realidade no Brasil, aqui “estamos envelhecendo com pobreza”. E criticou o fato de as ações de saúde pública só privilegiarem as crianças: “Podemos melhorar a qualidade de vida dos que já perderam a capacidade física”. Na maioria dos casos, alertou, é a mulher que assume “o papel de cuidadora” do incapaz, mesmo sendo ela também idosa. “É preciso trabalhar com estas pessoas que estão no limite”: são eficazes iniciativas simples, como instalação de rampas de acesso e humanização da atenção.

O gerontologista vê uma transformação social em curso, com redução das famílias e um processo acelerado de urbanização, e se disse preocupado com “um modelo que trata as pessoas como se fossem infecções, que vêm e desaparecem”, defendendo: a resposta deve vir da atenção primária. Seu projeto de atenção primária “amiga

Jairnilson: “Bons governos salvam vidas e maus governos matam gente”



do idoso” – que visa “empoderá-lo” para que continue ativo o maior tempo possível – prevê quatro princípios: informação, comunicação e treinamento, sistemas de gerenciamento, meio ambiente físico mais adaptado e acesso ao transporte.

A OMS, disse, tem estudo-piloto com uma espécie de caixa de ferramentas para que o centro de saúde se torne mais amigo do idoso, ao conhecê-lo melhor. “A equipe do centro de saúde simula o idoso: colocamos uma lente meio opaca para simular catarata, peso nas pernas, nas coxas, nos braços, grãos no sapato para doer um pouco, cera no ouvido”, contou. O projeto já foi testado em seis países e está em fase de versão final.

Outra intervenção é o projeto Cidade Amiga do Idoso, inspirado no bairro carioca de Copacabana, onde há, segundo ele, estrutura comparável à da Suécia: 33% da população do bairro são de pessoas mais velhas, que elogiam a grande concentração de serviços. O projeto prevê promoção de moradia, participação social, transporte, áreas de lazer, uso de espaços urbanos, participação cívica, emprego, suporte comunitário e direito ao respeito, à informação e à comunicação. “Nenhuma cidade é perfeita, mas sempre há aspectos positivos em cada uma delas”.

É importante criar espaços e estruturas que favoreçam a circulação dos idosos, toaletes públicos limpos e seguros, construção de calçadas adequadas – sem as “pedrinhas”, as maiores inimigas –, sensibilizar prestadores de serviço, como policiais ou motoristas de ônibus. “O grande amigo do idoso de Copacabana é o porteiro, que acompanha sua rotina e sente sua falta”, precisou. “Agora,



Para Alba, “mulheres faveladas sofrem muito mais **violência doméstica**”: dupla contestação

imaginem se este porteiro recebe da Sociedade Brasileira de Gerontologia um certificado de amigo do idoso...” Alexandre aposta na diversidade como palavra-chave na promoção da solidariedade, “esta que é a doçura dos povos”, citou ele o poeta argentino Jorge Luis Borges (1899-1986).

VIOLÊNCIA

“A invisibilidade da violência contra a mulher parte da subestimativa da prevalência”

Pesquisadora do IMS/Uerj, Alba Zaular apresentou, na comunicação coordenada “Situação atual da violência”, duas pesquisas feitas entre 2006 e 2007 no Rio. As mulheres são mais agredidas na idade reprodutiva, revelou. E 50% são agredidas no ambiente doméstico, número que cresce para 70% nas favelas. Nelas, a vitimização é precoce, já que as meninas entram nesta fase reprodutiva mais cedo. “Tudo indica que as mulheres faveladas estão sofrendo muito mais violência doméstica” — afirmação que provocaria aparte, mais adiante, de pesquisadora da USP.

Enquanto isso, mais de 70% das agressões que vitimam os homens acontecem em ambientes públicos — ruas do bairro, bares, casas noturnas. As agressões também cresceram entre homens favelados,

O holandês Albert Hofman: “A cada semana que vivemos, um **fim de semana de brinde**”



especialmente no fim de semana; as mulheres, nas tardes e noites da semana. E quem são os agressores? Segundo Alba, 98% são homens, 67% deles, parentes e afins. Os homens são agredidos por outros homens (92%), na maioria desconhecidos.

Ao contrário dos homens, as mulheres não revidam, o que indica a “lógica de não-reação baseada na obediência pelo medo” — característica da escravidão. As maiores vítimas, salientou, são as mulheres negras, com baixa renda e baixa escolaridade. “O que salva as mulheres da agressão é a escolaridade”, observou. Entre os homens, no entanto, os mais agredidos são os de renda mais alta. Na conclusão de Alba, a idéia de que “tudo se explicava pela família patriarcal se relativiza”: a maioria das mulheres agredidas era separada, solteira ou divorciada. “As famílias conservadoras tendem a proteger a mulher”, arriscou, denunciando um “padrão global de masculinidade” baseado na agressão. “Mulheres são agredidas mais de cinco vezes na vida”.

Maria de Fátima Murtinho de Souza, da SVS/MS, chamou a atenção da platéia — maciça presença de mulheres — para a magnitude do problema da violência no país. Números da OMS apontam para 1,6 milhão de mortes por ano motivadas pela violência, terceira causa de mortalidade. Para Fátima, é válido o Estatuto do Desarmamento, para tentar diminuir os óbitos por arma de fogo — a forma “preferida” de matar nos grandes municípios. “O risco diminui com menor número de armas”. Em Jaboatão dos Guararapes, Grande Recife, o índice de homicídios aumentou 200% nas últimas décadas, segundo Livia Teixeira de Souza Maia, da Secretaria de Saúde. “Uma pessoa

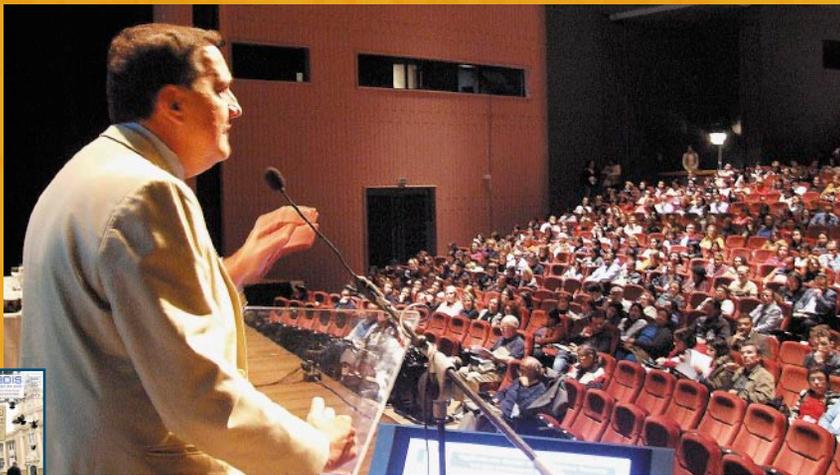
por minuto é assassinada”, num cenário urbano que estimula a competição por bens de consumo. Com 661 mil habitantes, seus 27 bairros são marcados por extrema concentração de riqueza, como na orla, e extrema carência — em favelas e zonas rurais.

Dos 3.271 óbitos registrados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) entre 2000 e 2005, 74% foram por homicídio, o que garantiu a Jaboatão a maior taxa de Pernambuco; 94,1% das vítimas foram homens, 86,5% entre 10 e 39 anos, 91,3% com arma de fogo. Fátima comentou que também observa a tendência de aumento da violência em regiões com “menor presença do poder público”.

Alba voltou ao microfone e polemizou um ponto da discussão: para ela, a diminuição do número de armas de fogo não é sinônimo de diminuição de violência. Ela disse acreditar que, pelo menos no caso do Rio, essa verdade é relativa. “Arma de fogo não é vetor, como nas doenças; tira-se a arma, mas a vontade de matar permanece”. A pesquisadora argumentou que há outros fatores em jogo, como a nova condição masculina na sociedade: a exigência de “hipermasculinidade” seria reação do indivíduo à perda do status de dominador na estrutura familiar.

Da platéia, a pesquisadora da USP Lilia Schraiber, especialista em violência familiar, advertiu que “a vitimização da mulher começa quando ela desempenha papel diferente do esperado”, como trabalhar fora ou não se submeter à “autoridade” do parceiro. E alertou: os números apresentados por Alba — com menor frequência de mulheres casadas na lista das vítimas — poderiam esconder o medo da mulher carioca em revelar as

Jarbas sobre o moderno conceito de **vigilância de saúde pública** como parte do sistema de saúde: “Estamos engatinhando”



práticas violentas do marido. Fátima também discordou de Alba, lembrando que a campanha do desarmamento apresentou dados positivos. “Enquanto São Paulo apreendeu 6 mil armas, o Rio apreendeu 100”, comparou.

No painel “Complexidade do adoecer na sociedade atual: a necessária busca interdisciplinar da saúde coletiva”, Lília Schraiber afirmou que os profissionais de saúde lidam com as consequências da violência, mas não a consideram problema que exija sua atenção. “Há novas formas de se lidar com a temática”, disse, cuidando de sua dimensão ético-política em lugar da “medicalizada”. Para isso, a interdisciplinaridade é fundamental, com ajuda das ciências humanas, na produção de conhecimento que se transforme em ação no cotidiano dos serviços. “Não basta ser interpretativo”, avisou. A “invisibilidade” da violência contra a mulher, motivada pela vergonha em admitir e pela dificuldade em relatar, parte da subestimativa da prevalência. “Silêncios e recusas são de natureza social e de gênero”.

A violência é “produto da subordinação de gênero”, e muitos homens ainda seguem as normas culturais que determinam sua soberania e sua propriedade sobre a mulher. Para Lília, a questão não é apenas de diferença entre sexos, mas de diferentes poderes nas relações de gênero. “É um comportamento de aculturação do mais feminino em relação ao mais masculino”. Para a professora, as crises acontecem na ruptura deste esquema: quando a mulher tem maior poder econômico ou maior poder de decisão. Há quem considere injustificável, há quem ache que pode ocorrer às vezes. Ou

a mulher que justifica a agressão do companheiro dizendo “quando ele bebe, perde a cabeça”, ou o homem que alega “ela me faz perder a cabeça”. Não há como naturalizar o fenômeno: “A violência não é da natureza; há intencionalidade, então é expressão da cultura”.

Para a pesquisadora Maria Cecília Minayo, do Claves/Ensp/Fiocruz, o melhor indicador da violência são as faixas de mortalidade, porque as de morbidade são também problema em todo o mundo. Nos últimos 25 anos, as causas externas de mortalidade subiram de 11% para 15% na mortalidade geral do país, apontou. “Atualmente observamos pequena mas constante tendência de queda, o que é bom”. Para Cecília, os homicídios são uma dramatização de causas sociais, pelas desigualdades, pelas dificuldades de inclusão. O que não quer dizer, de forma reduzida, que se colocarmos alguns aparatos sociais numa favela a violência necessariamente vá diminuir, ressaltou.

“Estamos falando de um processo social como um todo, e estudos no mundo inteiro mostram que quando há crescimento econômico, inclusão na cidadania, aumento da educação formal há declínio das taxas de mortalidade por causas violentas”, afirmou. No conjunto de 5.661 municípios brasileiros, no ano de 2000, 1.802 não tiveram acidente de trânsito fatal; em 2.633 não ocorreu homicídio e em 3.382 deles, nenhum suicídio. “Isso mostra que o Brasil inteiro não é Rio, São Paulo, Recife, Belo Horizonte ou Vitória”, disse. “Existe uma diversidade nacional”.

Os gestores de saúde que realmente querem enfrentar o problema não podem se guiar por estatísticas

Muito elogiado o rígido **controle do tempo** em todas as atividades agendadas. Tudo começava e terminava no horário marcado, facilitando o deslocamento dos congressistas.

A organização caprichou: **transporte gratuito** hotel/Fiorgs levava e trazia congressistas em horários determinados e rotas variadas.

e informações gerais ou de outros lugares. “Isso não quer dizer que nos lugares com índice zero de homicídio, acidente de trânsito ou suicídio não haja violência”, ressaltou de novo. “Porque eles também têm”. O que precisamos, disse, é aproveitar a consciência social que se criou de que a violência é uma coisa ruim.

Precisamos entender o que acontece na realidade, como recomenda a OMS, insistiu Cecília. “Muitas coisas cruéis estão articuladas muitas vezes com coisas aparentemente pequenas, por exemplo, a violência conjugal, a violência contra a criança em casa, o que joga a criança na rua; a violência sexual, que acaba por criar associação com a violência social no geral”, apontou. “E a violência social em geral potencializa mais acirramento, mais confusão”.

Segundo a pesquisadora, nessas questões de violência há coisas que podemos fazer na saúde, na segurança pública, e há coisas que são efeitos de políticas públicas boas para a sociedade. Outra característica é observada em relação ao trânsito, que mostra dispersão de acidentes. Nos locais onde há estradas, sobretudo estradas federais, lembrou, as pessoas passam sem se preocupar com o que há em volta: os veículos circulam sem vigilância, sem sinalização, sem segurança, as calçadas são ruins ou não existem. A maioria das mortes no trânsito tem intencionalidade, entendendo-se que intencionalidade é diferente de intenção — faz-se o que leva ao risco, mesmo sem intenção de matar.

Falta na maioria dos municípios o reconhecimento da gravidade desse problema, de estratégias de repressão e prevenção. No mundo inteiro o trânsito melhora quando há a combinação

Rubens Adorno sobre a **população de rua** e a rejeição aos albergues: “Não se sabe quem vai dormir ao lado”



de melhora de vias e calçadas, atenção com os sinais bem colocados e quando há vigilância e cobrança. “As mortes violentas estão concentradas nos homens, todas: homicídios, suicídios e acidentes de trânsito”, disse. A concentração também se verifica na idade: cerca de 70% de todos os homicídios nesses 25 anos foram na faixa de 10 a 29 anos, com concentração nas armas de fogo, com mais de 60% das mortes.

Para Jairnilson Silva Paim, da UFBA, as violências têm sua complexidade, mas os homicídios especialmente devem ser trabalhados localmente. E ele o fez num estudo sobre a situação de saúde por distrito sanitário de Salvador, identificando os grupos mais expostos. “Hoje, há quase que uma previsibilidade em relação a essa ocorrência, porque temos crescimento linear das armas de fogo, entre 1979 e 2001, de 43% para 69%”, disse. “Se temos 120 mil óbitos por ano, veremos que mais de 1 milhão de pessoas morreram na década passada por morte violenta no Brasil”. Entre crianças e adolescentes, continuou, passamos de 9% em 1980 para 22% em 1990 e triplicamos em 2000. No grupo de 15 a 19 anos, passamos de 27% para 40,5%.

“A violência urbana está caindo e a partir de 2003 foi possível identificar quedas no Brasil como um todo e em algumas capitais, mas há um processo de interiorização dessa violência, em que cidades de médio e pequeno porte começaram a ter taxas mais elevadas”, salientou. As iniquidades sociais, particularmente o risco de morrer por homicídio, já estão estabelecidas: vão apontando discriminações que não são apenas sociais, de renda, ocupação, mas

também da população negra, assinalou. “Nos homicídios perpetrados pela polícia, as intervenções ditas legais, também se observa que afetam mais os mais pobres e os menos educados, e os indicadores mostram que além da questão socioeconômica há o recorte racial”.

Em Salvador, a população negra e parda é três vezes maior que a branca, mas teve 30 vezes mais anos potenciais de vida perdidos do que a população branca, revelou. A população de pretos é 11,4% menor do que a branca, mas perdeu mais que o dobro no número de anos potenciais de vida. Áreas com maior proporção de população masculina negra entre 15 e 49 anos apresenta as maiores taxas de homicídio. “Essas duas condições, etnia e condições de vida, são as maiores responsáveis pela vitimização da população pelo crime”.

No estudo multidisciplinar sobre a distribuição da mortalidade em Salvador, é no miolo da cidade, onde se concentram pobres, pretos e pardos, que estão as maiores taxas de mortalidade por todas as causas. “Nas áreas em que foram criadas atividades de proteção social, as taxas de homicídios diminuiram”.

Apesar dos esforços nesses 20 ou 30 anos dos movimentos sociais, as medidas de prevenção e controle ainda têm sido muito tímidas. “As vidas humanas perdidas, o medo, o sofrimento, tudo isso que compõe o quadro trágico que vivemos não tem sido suficiente para sairmos da inércia burocrática”, condenou. “Talvez com algumas estimativas, que demonstram a perda de quase 4 bilhões de reais por ano com os homicídios, as equipes econômicas dos governos fiquem mais sensíveis”.



Gulnar: “Vale a pena **parar de fumar** em qualquer idade”



“Muitas medidas já estão sendo implementadas, de maneira às vezes improvisada, mas são importantes”, disse. “Por que não retomar a discussão da reforma urbana, que foi uma das origens da reforma sanitária brasileira, junto com a reforma tributária, a reforma agrária?”, perguntou. As violências urbanas são passíveis de prevenção, de previsão, não individualmente, mas do ponto de vista coletivo, de controle. “Bons governos salvam vidas e maus governos matam gente”, resumiu. “Todas as ações e omissões dos governos em relação ao crime e à violência devem ser entendidas como opções políticas, não importando as razões”.

Portugal e Brasil apresentaram experiências no cuidado de presidiários e moradores de rua no painel “Saúde das populações vulneráveis”. O coordenador nacional para Infecção HIV/aids de Portugal, Henrique Barros, falou do projeto de redução de danos em presídios. Em 2005, o país tinha 57 prisões, superlotadas — ocupação de 103,3%, 12.889 reclusos, sendo 92,1% de homens e 17,3% de estrangeiros.

De 10.182 entrevistados, 4.073 admitiram usar pelo menos um tipo de droga na cadeia — haxixe, cocaína, heroína e ecstasy. O consumo era menor quando a pessoa tinha sido presa há menos de um mês, “o que mostra que muitos começaram a se drogar depois de presos”. A incidência de tuberculose também era alta, de 600 por 100 mil, contra 29 por 100 mil da média nacional — destes, 53% estavam associados à aids — 8,9% dos homens e 9,9% das mulheres estavam infectados pelo HIV, o equivalente a 5% dos casos de Portugal.

A partir desses resultados, o governo implantou em 2007 programa



Anaclaudia Fassa:
"Precisamos
traduzir dados
epidemiológicos
em **políticas**"

Porto Alegre recebeu os visitantes com geladas rajadas de vento e constantes intervalos de chuva que deram **tom de inverno** aos trajés.

A explicação de um taxista: "São os ventos antecipados de Finados".

A ventania costuma chegar em 2 de novembro, quando a meninada aproveita para soltar pipa. Em pleno setembro, até ele estranhou.

Maria da Glória Teixeira, do ISC/UFBA, pediu esforço mundial por novas formas de **combate à dengue**: "As ciências não avançaram o suficiente e o controle baseado no vetor não se mostrou efetivo"

de troca de seringas, que "não correu bem". Passados três meses, nenhuma seringa havia sido trocada. O projeto ainda piorou a sensação de insegurança nos presídios, criando clima de desconfiança e vigilância.

A experiência brasileira, de acompanhamento de homens de rua na cidade de São Paulo, foi relatada pelo sociólogo Rubens Adorno, da USP. "Essa população se caracteriza por degradação social, fracassos pessoais, desamparo institucional e precariedades físicas que se refletem na saúde mental", disse. Ele criticou os governos por não conseguirem romper com a política do albergue, quando seria possível oferecer opções como pequenas repúblicas. De acordo com ele, o grupo rejeita os albergues porque "não sabe quem vai dormir ao lado".

Foram entrevistados 860 moradores de rua: 300 passaram por exame de escarro, 12 estavam com tuberculose – incidência de 4%, quando a média nacional é de 0,047%; 93 pessoas afirmaram já ter tido tuberculose. São Paulo implantou então o programa "A gente na rua", um tipo de agente comunitário de saúde. A detecção de casos aumentou, mas o número de agentes ainda é insuficiente – 35 para um universo de cerca de 12 mil. Outra questão é que nem sempre os agentes conseguem fazer com que os moradores sejam atendidos nas unidades de saúde.

Dos 12 diagnosticados com tuberculose, mais dois incluídos ao longo da pesquisa, seis finalizaram o tratamento, justamente os ligados a algum grupo de trabalho (como catadores de papelão) ou de apoio (fórum de rua), albergados ou que ainda mantinham relação com a família.

SOCIEDADE DE RISCO

"Vivemos fase climatérica de esquecimento global, que evolui para a quase demência"

Em sua apresentação "Doença e identidade: como a sociologia reorganiza seu olhar sobre a saúde a partir de novas práticas sociais", Paulo Henrique Martins, da Universidade Federal de Pernambuco, chamou atenção para a posição secundária do usuário nos sistemas de saúde. Para ele, há uma fragilidade nas redes associativas. "O que mobiliza as pessoas? A política, não. A militância também não. As festas, sim". Ele usou este exemplo para defender a idéia de que é preciso "repensar os critérios de avaliação a partir da ótica do usuário" e descobrir como ele está construindo sua saúde.

Paulo criticou o fato de que somente especialistas falem sobre os determinantes sociais da saúde. "São eles que determinam o que é bom e o que é ruim", assinalou. "O usuário tem significado na construção das políticas?" Para ele, é preciso escutar também o saber comum, a pluralidade de representações do cotidiano e de suas crenças, para que se usem critérios que legitimem o lugar do usuário em políticas e ações de saúde.

Não por acaso, as interfaces da saúde com as ciências sociais e humanas pautaram as discussões da mesa-redonda "Risco: ciências sociais, filosofia, comunicação e epidemiologia". Luis David Castiel, da Fiocruz, falou sobre a relação entre risco e cultura tecnocientífica. Para o pesquisador, vivemos "uma fase climatérica de esquecimento global, que está evoluindo para uma quase demência", dada a grande quantidade de informações de que dispomos.

Castiel resgatou o matemático britânico George Boole (1815/1864) – criador das equações "booleanas" que usamos na internet para buscas com as opções lógicas de e/ou – e o escritor seu contemporâneo Charles Dodgson (1832/1898), mais conhecido como Lewis Carroll, autor de *Alice no país das maravilhas*, para lembrar "dos equívocos a que a linguagem nos leva quando não a usamos com cuidado". Os livros de Alice são indicados na prevenção da saúde mental, numa época marcada pela "englobalização", quando o risco "se coloca diante da sensibilidade apocalíptica da cultura ocidental moderna".

O pesquisador advertiu que cada risco pode ter uma etiologia racional e sofrer intervenção humana. Se cumulativos, "passam a ser incontrolláveis". Riscos biológicos, militares, ecológicos e financeiros são "transformados em perigo pelo homem", já que a razão faz a ponte com a natureza. Isso sugere cada vez mais ações de vigilância e monitoramento, "uma cultura do risco que institucionaliza a paranóia". O pesquisador disse acreditar que esta sobrecarga de informações legítima o discurso da prevenção, o que faz com que o risco se torne "aliado do Estado na alocação de recursos".

Platéia atenta às palavras de Cecilia Minayo: **mortes violentas** estão todas concentradas nos homens



Carlos Augusto Monteiro:
"Democratização do **sedentarismo**"



Ele citou estudo recente sobre o risco de pessoas se tornarem obesas por terem amigos com sobrepeso como exemplo da perspectiva "persecutória e totalizante" baseada na "culpabilização coletiva". Segundo Castiel, esta é a nova utopia de controle total e manutenção dos riscos a distância, que considera missão impossível.

Arachu Castro, do Departamento de Saúde Global e Medicina Social de Harvard, definiu risco como a "probabilidade estatística de se contrair uma enfermidade". Pesquisadora de HIV/aids, disse que a noção de "comportamento de risco" tem conotação preconceituosa, preferindo o conceito de "vulnerabilidade", mais abrangente na "população em geral". Mas também questionou a expressão "população em geral", como se significasse um grupo de pessoas de onde estão excluídas as "populações consideradas de risco" — usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens e trabalhadores do sexo. "Como se os trabalhadores do sexo fizessem sexo somente entre eles", ressaltou a pesquisadora, que observa esta associação na maioria dos manuais clínicos.

Para Arachu, é uma visão limitada da vulnerabilidade, que não leva em consideração fatores políticos, econômicos, sociais e históricos, como exclusão social, guerras, violência política, pobreza, subnutrição, coinfecções e realidades pessoais. Ela defendeu um conceito que incluía tudo isso e mais a possibilidade de acesso aos serviços de saúde, e sugeriu que se repensem conceitos epidemiológicos como exposição e causa, causas próximas e distais, população geral e população específica.

Prejudicada pela pressa de todos no último dia de congresso, a mesa-

redonda "Trabalho informal e iniquidades em saúde — construindo estratégias de inclusão social", na tarde do dia 24, foi aberta por Vilma Santana, da UFBA, que definiu como economia informal "um conjunto de modo de produção e distribuição de bens e serviços" marcado por produção econômica "fora da regulação do Estado".

São os pequenos negócios não afetados pela legislação trabalhista: não prevêem férias, jornada de duração definida ou proteção das instâncias da saúde do trabalhador. "São trabalhadores invisíveis para a saúde", e predominam mulheres, adolescentes e crianças, com baixos salários. Mas há decréscimo consistente do trabalho informal desde 1999, ano em que se registrou crescimento de 28% na formalidade.

Vilma lembrou que estes trabalhadores recorrem ao SUS, e os estudos ocupacionais mostram que não é maior o risco de problemas de saúde na informalidade. A relação entre risco e informalidade "não está clara", já que a legislação existente, "embora interessante, não é respeitada": na prática, formais e informais ficam desprotegidos. Em pesquisa que desenvolve desde 2000 em Salvador, Vilma encontrou indícios de que a atividade informal causa nas mulheres transtornos relacionados ao estresse. As maiores vítimas de acidentes são os homens que migraram da formalidade para a informalidade, embora os números não apontem relação decisiva. "Pode ser que os acidentes estejam sub-retratados.

O trabalho infantil é uma realidade para cinco milhões de crianças, afirmou Anaclaudia Fassa, da Ufpel. Destas, um milhão estão submetidas a trabalhos

considerados "perigosos". Nos países em desenvolvimento, o maior risco para a saúde de crianças e adolescentes está no setor informal, que interfere na escola, no lazer e no descanso. Anaclaudia defendeu ações de inclusão que articulem saúde, trabalho e educação. "Estamos habituados a fazer estudos e não pensar em estratégias, mas precisamos traduzir dados epidemiológicos em políticas", exortou.

Ela lembrou que é preciso estar atento às "diferenças de exposição": quanto mais jovem a criança, maiores os danos; os perigos aumentam em relação direta com o número de horas trabalhadas, com a natureza do trabalho, com a baixa remuneração e as atividades noturnas. Estudo que desenvolveu em Pelotas, numa época em que a cidade vivia aumento no trabalho informal por conta da "quebra" de indústrias alimentícias, descobriu que estavam trabalhando 21,2% dos 1.609 adolescentes entre 14 e 17 anos das áreas urbanas de baixa renda, 333 deles na atividade informal. Destes, 42,6% começaram a trabalhar antes dos 13 anos e 84% também estudavam.

A cidade de Limeira, no interior de São Paulo, é conhecida como o maior pólo de produção de jóias e folheados da América Latina, informou Rodolfo Vilela, professor da Universidade Metodista de Piracicaba. Parte do trabalho era terceirizada para o ambiente doméstico, numa atividade que envolvia muitas crianças e adolescentes. A partir de denúncias ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba, ele pesquisou 288 alunos em 22 escolas.

Rodolfo relatou que as crianças mexiam com chumbo, faziam solda e montavam até quatro mil peças por

Moises Goldbaum, no encerramento, lê a *Carta de Porto Alegre*: "A saúde, menos do que gasto, é condição essencial para o digno e pleno desenvolvimento das sociedades"



dia, para ganhar entre 9 e 20 reais diários. "As crianças são induzidas pelas famílias a aumentar a renda", disse ele, lembrando que estes pequenos trabalhadores corriam risco de vida, manuseando botijões de gás ou ácido. E 47% dos entrevistados faziam movimentos repetitivos, tinham dores nas mãos e na coluna cervical, em jornadas que ultrapassavam cinco horas diárias. "São alunos precocemente expostos aos riscos", denunciou. Em 2006, criou-se uma comissão de erradicação do trabalho infantil, com "projeto participativo de sensibilização e organização da cadeia produtiva", que alertou a população para os riscos que corriam seus filhos e investiu na capacitação de profissionais de saúde para que organizem uma rede de notificação da exposição.

SAÚDE DA MULHER

"A cesariana virou bem de consumo no mundo, especialmente em nosso país"

Tema de painel, coordenada e mesa-redonda, a saúde da mulher e do recém-nascido mobilizou muitos congressistas. Na comunicação coordenada "Desigualdades na morbimortalidade materna no Brasil", a palestrante Sônia Marinho, nutricionista e epidemiologista da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), falou

da mortalidade materna "no setor suplementar de saúde", a partir de dados do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS combinados com o SIM/SVS/MS, em 2005. A razão da mortalidade materna (RMM) — calculada a partir do número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico — foi maior que o valor máximo de 20 por 100 mil nascidos vivos aceitos pela OMS. "Está bem acima das taxas dos países desenvolvidos, situada entre 3 e 12 por 100 mil nascidos vivos", disse.

A pesquisa contribui para aprofundar o conhecimento sobre a efetividade da assistência obstétrica nos planos de saúde, já que a taxa de 80% de cesarianas no setor privado de saúde no Brasil evidencia problemas de qualidade da atenção perinatal, atestou Sônia.

Na mesa-redonda "Iniquidades em saúde reprodutiva", a médica Maria do Carmo Leal, da Fiocruz, analisou as cesáreas eletivas e suas consequências. "É um problema de saúde pública", afirmou. "Usada originalmente para aliviar condições adversas maternas ou fetais, a cesariana virou bem de consumo no mundo, especialmente em nosso país". Dos 3.035.000 nascimentos nos últimos cinco anos, 1.311.689 foram partos cesáreos. Isso eleva a taxa nacional da cesárea a 43% — a OMS recomenda de 7% a 10%, não ultrapassando 15%. No SUS, a taxa é de 29% e, no setor privado, 80%. Algumas cidades se destacam: Rio e São Paulo, 50% (90% privado, 41% público); Ribeirão Preto, 50,8% (77,9% e 33,9%); e São Luís, 33,7% (93,7% e 25,3%).

Em estudo feito no Rio para a ANS, sobre as características de mães e recém-nascidos e formas de parto

Quem conseguiu fugir um pouco da agitação para aproveitar Porto Alegre conheceu uma das **opções culturais** mais procuradas na cidade, a Casa de Cultura Mário Quintana. Cinema, teatro, exposições e um café com vista para o Rio Guaíba homenageiam o gaúcho do Poeminho do contra, que avisou: "Todos estes que aí estão atravancando o meu caminho. Eles passarão. Eu passarinho!"

entre 1996 e 2006, conferiu que das 430 mulheres que entrevistou em duas unidades de saúde do sistema suplementar, 70% das multiparas (com mais de uma gravidez) e 80% das primíparas (primeira gravidez) queriam parto normal. No momento do parto, contou, apenas 30% mantiveram a decisão e apenas 10% fizeram parto normal. "Parte dos motivos referidos não coincidia com o prontuário ou com os resultados perinatais".

O expressivo número de cesáreas desnecessárias no Rio vem provocando aumento da prematuridade, sobretudo dos nascimentos entre a 34ª e a 37ª semana — "período em que os prejuízos para o bebê são ainda maiores" — e aumento do baixo peso ao nascer. "É provável que estejamos provocando uma epidemia de prematuridade iatrogênica no Rio, principalmente no sistema suplementar", salientou. Uma das causas, o modelo vigente de atenção médica. "Um dos fatores aventados, que seria a *demand*a das mulheres, é refutado em estudos nos serviços públicos e privados", observou. Mudar esse quadro é urgente. "É preciso documentar as evidências de prejuízo para recém-nascidos e mulheres, realizar urgentemente investigações de abrangência nacional, estabelecer estratégias para redução das cesáreas eletivas com as sociedades médicas e criar estratégias de redução para profissionais, mulheres e instituições".

O demógrafo Mário Monteiro, do IMS/Uerj, anunciou logo que não estava ali para defender o aborto: "Somos contra a criminalização, defendemos assistência, apoio e atenção às mulheres para redução dos abortos inseguros". Ele apresentou dados de sua pesquisa "Abortamento,

Chamou atenção a enorme bandeira do estado do Rio Grande do Sul que tremulava aos fortes ventos no prédio da Fiorgs. O visual foi escolhido para cenário de fundo de nove entre 10 **fotos de recordação**

Cesar Victora: **"Intervenções efetivas e de baixo custo poderiam prevenir seis milhões de mortes"**



Paulo Henrique Martins, da UFPE: "O que mobiliza as pessoas? A política, não. A militância também não. As festas, sim. É preciso repensar os **critérios de avaliação** a partir da ótica do usuário e descobrir como ele está construindo a sua saúde"

grave problema de saúde pública e de justiça social" (*Radis* 66), feita com Leila Adesse (IFF/Fiocruz e Ipas Brasil) e Jacques Levin (Datusus), que concluiu: o abortamento inseguro cria ambiente ameaçador, de violência psicológica e culpabilidade, levando muitas mulheres a apresentarem sintomas de depressão, ansiedade, insônia e arrependimento.

Em 1991, as estimativas do número de abortos ilegais no Brasil variavam entre 300 mil e 3,3 milhões ao ano. Em 1994, o Alan Guttmacher Institute publicou os resultados de investigação sobre aborto inseguro na América Latina, estimando para 1991 1.443.350 abortamentos inseguros no Brasil e taxa anual de 3,65 abortamentos por 100 mulheres de 15 a 49 anos. Segundo o SIH/SUS, o número de internações por aborto no sistema público, entre 1992 e 2005, caiu de 350 mil para 250 mil, com maior concentração nas regiões Nordeste e Sudeste. "Pode ter havido aumento do uso de misoprostol (Cytotec) na indução do aborto, reduzindo a frequência de complicações e as internações".

Em 2005, a Região Nordeste apresentou 87.911 internações e a Sudeste, 96.586. Os 15 municípios com maior número de internações por aborto do SUS foram, nesse ano, São Paulo (14.914), Salvador (9.810), Rio (8.513), Fortaleza (6.041), Brasília (5.733), Manaus (5.354), Belém (3.332), São Luís (3.259), Belo Horizonte (3.108), Recife (2.964), Teresina (2.774), Maceió (2.364), Curitiba (2.191), Porto Alegre (2.054) e Duque de Caxias (1.722), com maior número de internações na faixa etária entre 20 e 24 anos (73.074), seguida de mulheres entre 25 e 29 anos (56.604) e 15 a 19 anos (46.557).

Estima-se que em 2005 houve 1.042.305 abortamentos inseguros (limite médio) ou 1.250.767 (limite superior) ou 729.614 (limite inferior) – variações a partir da fórmula matemática aplicada pelos pesquisadores. Em 2003, a América do Sul era a região com maior razão de aborto induzido: mais de 30 por 100 nascidos vivos. "Onde a taxa de fecundidade é menor, é pequena a taxa de abortamento induzido", explicou. Em lugares onde o número de mulheres de 15 a 44 anos é maior, pode-se esperar um número maior de abortamentos. "A estimativa é calculada a partir do número de abortos induzidos neste grupo etário dividido pelo número de mulheres deste grupo x 1.000", explicou.

As taxas de aborto induzido por mil mulheres de 15 a 44 anos apresentam desigualdade marcante entre os estados do Sul, onde a anticoncepção tem cobertura maior, e os do Norte/Nordeste – mais de 30 abortos induzidos por mil – onde proporção maior da população feminina não está protegida por medidas anticoncepcionais. Na Região Sul, predominam as microrregiões com taxas inferiores a 20 abortos por mil. Em 2005, a taxa anual de aborto induzido a cada 100 mulheres de 15 a 49 anos foi de 2,81 (Norte), 2,73 (Nordeste), 1,81 (Sudeste), 1,28 (Sul) e 2,01 (Centro-Oeste).

O aborto induz outro problema: o risco relativo de mortalidade materna em consequência do aborto é maior comparado a todas as outras causas, apontou Mário. Ao analisar grupos por ano de escolaridade, entre as mulheres sem nenhuma escolaridade a taxa de risco relativo de mortalidade é de 5,5 contra 4,9 para todas as causas. Entre as mulheres com 1 a 3 anos de escolaridade, as ta-

xas são de 4,6 para 3,2; de 4 a 7 anos, 2,8 e 1,6; de 8 a 11 anos, 1,6 a 1,0; e com 12 anos ou mais, 1,0 e 1,0.

As desigualdades também aparecem segundo região e cor: entre mulheres pretas, o risco relativo de mortalidade materna por aborto é de 2,5 contra 2,0 para todas as outras causas. Entre mulheres brancas, é de 1,0 contra 1,0 e, entre as pardas, de 1,5 contra 1,4. Por isso, recomenda mais estudos sobre incidência por região, cor e status socioeconômico, "para melhor dimensionamento do fenômeno no Brasil", e que permitam dimensionar o efeito de sequelas, como a esterilidade.

O tema vem sendo objeto de análise pelo sistema internacional de proteção dos direitos humanos, anunciou. "Em 2003, em reunião periódica, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU expressou preocupação com as altas taxas de mortalidade materna no Brasil devido a abortos ilegais, particularmente nas regiões ao norte do país, onde as mulheres têm acesso insuficiente aos equipamentos de saúde pública". No mesmo ano, o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (Cedaw/ONU), em sua 29ª sessão, recomendou "profundas medidas para garantir o efetivo acesso das mulheres a serviços e informações com o cuidado da saúde, particularmente em relação à saúde sexual e reprodutiva, incluindo mulheres jovens, mulheres de grupos em desvantagem e mulheres rurais".

Seguindo tais recomendações, Mário propõe mais debate com pesquisadores, defensores dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres e representantes dos poderes sobre a necessária mudança da lei do aborto e sua retirada da esfera

penal. “Recomenda-se a busca de soluções eficazes no âmbito da saúde pública, sem interferência de dogmas religiosos, como atribuição do Estado laico e democrático”, defendeu.

Um congressista português buscou motivar a mesa: “Quanto à legalização do aborto, não desistam”, pediu. “Em Portugal, lutamos bastante, houve um primeiro referendo e perdemos na época”, contou. “Fizemos um segundo, em fevereiro de 2007, e hoje o aborto é legalizado”. E acrescentou: “As mulheres não fazem aborto porque querem, elas precisam de atenção, e a lei que legalizou a prática veio dar a elas essa atenção necessária e a melhora das condições de saúde da mulher”. Ele chamou atenção para as altas taxas de cesáreas de Portugal, sobretudo no setor privado: “Em meu país, a taxa é de 28% a 30%, tão alta quanto no Brasil, e a frequência é ainda maior no setor privado”, disse. “Nossa sorte é que temos uma ministra de Saúde que defende o parto normal e a maioria das mulheres usa o sistema público de saúde”.



FORMAÇÃO EM SAÚDE

“Pragas da universidade velha: conteudismo, curriculismo, primarismo, fragmentação, profissionalização”

Não ficou esquecido o papel do profissional de saúde nesse contexto de mudanças radicais. “A epidemiologia e a formação em saúde no Brasil: uma universidade nova para um mundo em transformação” foi o tema da palestra do reitor da UFBA, o epidemiologista Naomar de Almeida Filho, que iniciou sua fala analisando os quatro modelos de universidade vigentes no mundo: o americano, o europeu unificado, o europeu mediterrâneo (e de Argentina e Uruguai) e o brasileiro. Sua apresentação mostrou os três primeiros esquematizados de forma organizada e clara; somente o brasileiro apareceu representado por uma profusão de setas que se

cruzavam. “Parece e é muito mais confuso”, afirmou.

Nosso modelo é caracterizado por filtro externo (vestibular), entrada nas profissões, acesso restrito, estrutura fixa e sem mobilidade, com pós-graduação dissociada da graduação, enumerou; o americano tem entrada geral, acesso regulado, estrutura flexível, boa mobilidade e pós-graduação integrada à graduação. O europeu unificado: entrada geral, acesso direto, estrutura semi-flexível, alta mobilidade e doutorado como terceiro ciclo de formação; o argentino: filtro interno, entrada nas profissões, acesso livre, estrutura fixa, imobilidade, pós não-articulada.

O reitor apontou como problemas do modelo brasileiro a precocidade da escolha da carreira, a seleção limitada e traumática, a submissão ao mercado de trabalho e o fosso entre graduação e pós. Também criticou a monodisciplinaridade — “com currículos estreitos e bitolados” — e o foco na técnica — “que leva à formação de sujeitos culturalmente empobrecidos”. Para ele, são “pragas da universidade velha” o conteudismo, o curriculismo, o primarismo (ensino simplificado), a aditividade (pré-requisitos), a linearização, a fragmentação e a profissionalização.

A essas distorções se opõe o projeto “Universidade Nova”, baseado na transdisciplinaridade e no pensamento complexo. Em termos práticos, eis a proposta do epidemiologista: na rede pública, um regime curricular de três ciclos (integrado por bacharelados, cursos profissionalizantes, mestrados acadêmico e profissional e doutorados); novas modalidades de curso superior capazes de evitar a profissionalização e a especialização precoce; graduação alinhada à pós-graduação, em novas formas de processo seletivo.

O bacharelado interdisciplinar duraria três anos, seguido de licenciatura de mais um ou dois anos que habilitaria o interessado a lecionar

no ensino básico, ou de cursos profissionais de mais dois a quatro anos, dependendo da carreira. No lugar do vestibular, a seleção para o bacharelado seria em teste de capacidade nos moldes do Enem. A passagem do bacharelado aos cursos profissionais dependeria do desempenho nos módulos anteriores, em seminários de aptidão e em teste de conhecimento da carreira escolhida.

Na cerimônia de encerramento, no começo da noite de quarta-feira, coube ao médico-sanitarista Moises Goldbaum, professor da Faculdade de Medicina da USP, a leitura da “Carta de Porto Alegre” — documento que sintetiza as reivindicações dos participantes do evento. O texto destaca o amadurecimento da epidemiologia no Brasil, “ao demonstrar presença segura e consequente no estudo de todas as questões relevantes e atuais que demarcam a saúde no país, seja do ponto de vista analítico e metodológico, seja da formulação de propostas de atuação”. Mas ressalva que, para que essa atuação seja efetiva, é necessária a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 e a provisão de condições dignas e justas de trabalho aos profissionais de saúde.

“Os epidemiologistas reconhecem que o enfrentamento dos desafios postos pelo processo saúde-doença implica a organização de um novo pacto, demarcado pela solidariedade entre povos deste e de outros continentes, para que se possa dar consequência ao lema de que a saúde, menos do que gasto, é condição essencial para o digno e pleno desenvolvimento das sociedades”, encerra a carta.

O 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrascão), em 2009, será no Recife, e terá como tema “Compromisso da ciência, tecnologia e inovação com o direito à saúde”. 

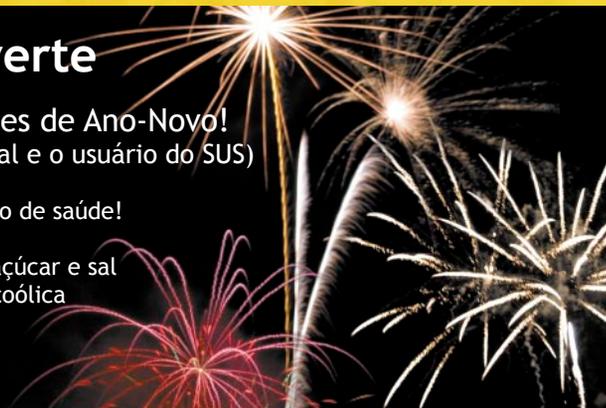
Na próxima edição, epidemiologia e informação em saúde no Epi2008.

Radis adverte

Cinco resoluções de Ano-Novo!
(Para o profissional e o usuário do SUS)

- 5) Homens, ao posto de saúde!
- 4) Fazer exercícios
- 3) Evitar gordura, açúcar e sal
- 2) Evitar bebida alcoólica
- 1) Parar de fumar

Feliz 2009!





Ações concertadas, articuladas e harmonizadas

As intervenções sobre os determinantes sociais da saúde devem estar fundamentadas em três pilares básicos – intersectorialidade, participação social e evidências científicas – para que sejam viáveis, efetivas e sustentáveis. A análise integra a subseção “A institucionalização de processos” do relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), intitulado *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil (Radis 75 e 74)*.

A ação intersectorial, esclarece o documento, implica a agregação formal de órgãos, a efetiva articulação de atores e a definição de objetivos claros de ação e atribuições de responsabilidade. “Essas recomendações seguem tendência mundial sustentada em evidências de que a saúde – por não ser questão exclusivamente biológica nem apenas individual – necessita de ações concertadas, articuladas e harmonizadas para ser implementada no plano coletivo”, opina o sanitarista Paulo Buss, coordenador da CNDSS e presidente da Fiocruz.

O texto cita o exemplo do Bolsa-Família, que objetiva “promover a intersectorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do poder público”, mas em muitos municípios as secretarias setoriais não se articulam para a oferta comum de serviços. Uma exceção é Belo Horizonte, que encaminha beneficiários do Bolsa-Família ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, a iniciativas de geração de emprego e renda da própria prefeitura e ao Programa de Educação de Jovens e Adultos.

As dificuldades de articulação são reproduzidas pelo formato da participação da sociedade civil nos conselhos locais de gestão das políticas sociais, acrescenta o texto. Estudo em Piraí (RJ), cidade de 24 mil habitantes e 14 conselhos, mostra que o mesmo grupo de pessoas tende a participar das várias esferas de controle social. “O formato setorial dos conselhos também induz

à fragmentação setorial das políticas, retirando deles a possibilidade de funcionarem como instâncias integradoras e intersectoriais”, avalia.

O documento sugere políticas que incidam sobre os determinantes vinculados aos comportamentos individuais, às condições de vida e trabalho e à macroestrutura econômica, social e cultural. Primeiro, cita medidas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e promoção da cultura de paz para promover o desenvolvimento sustentável. Também pede políticas que assegurem a melhoria das condições de vida, garantindo a todos o acesso a água limpa, esgoto, habitação adequada, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade.

A lista continua com políticas que favoreçam a promoção da saúde, buscando estreitar relações de solidariedade e fortalecer a participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas. E ainda as que levem a redução de riscos e aumento da qualidade de vida, mediante programas educativos, comunicação social, acesso a alimentos saudáveis, criação de espaços para a prática de esportes e exercícios físicos, além da proibição da propaganda de tabaco e álcool.

Do ponto de vista institucional, a CNDSS recomenda a criação, no âmbito da Casa Civil da Presidência da República, de instância dedicada a Ações Intersetoriais para Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. A principal função seria acompanhar e avaliar projetos, programas, intervenções ou políticas relacionadas. No Ministério da Saúde, propõe parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia no incentivo à produção de evidências científicas sobre DSS e secretaria técnica ou executiva para coordenação das ações.

O projeto de criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde (PL 3.958/08), que em novembro esperava votação no Congresso, é visto por Buss como prova de que “a estratégia será de fato adotada pelo governo

brasileiro”. O sanitarista frisa que é “muito importante e absolutamente necessário” que essas estruturas de gestão e mecanismos de ação sejam rebatidos para as esferas estaduais e municipais, acrescentando à lista comissões estaduais e municipais sobre DSS.

As prioridades, indica o relatório, devem ser a promoção da saúde na infância e na adolescência, as redes de municípios saudáveis, as escolas promotoras da saúde e os ambientes de trabalho saudáveis. Quanto à participação social, reforço dos mecanismos de gestão participativa, principalmente conselhos: “O objetivo final é conferir a necessária base de apoio político às ações sobre DSS e ‘empoderar’ os grupos populacionais vulneráveis, de maneira que possam participar das decisões relativas a sua saúde e bem-estar”.

Buss anunciou à *Radis* a criação de núcleo e observatório sobre determinantes sociais da saúde e políticas intersectoriais no âmbito da Fiocruz, para acompanhamento dessas ações, visando gerar evidências, formar recursos humanos e apoiar estados, municípios, conselhos e outras organizações que queiram dedicar-se à luta pelo enfrentamento e a melhoria dos determinantes sociais da saúde no país. (B.D.)

Mais informações
Íntegra do relatório
Site www.determinantes.fiocruz.br
Versão impressa Editora Fiocruz
Tel. (21) 3882-9039 / 3882-9006
E-mail editora@fiocruz.br



SERVIÇO

EVENTO

45º CONGRESSO DA SOCIEDADE
BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL

Em sua 45ª edição, o evento tem como tema "Perspectivas no controle das grandes epidemias no centenário de descoberta da doença de Chagas". Na programação científica, estudos básicos, ensaios clínicos e avanços em diagnóstico, tratamento e controle de doenças infecciosas e parasitárias, doenças negligenciadas, aids, hepatites, enteroparasitoses, urbanização de endemias, avaliação de programas e ações de controle, entre outros assuntos, no contexto do centenário da descoberta da doença de Chagas, que se comemora em 2009.

Data 8 a 12 de março de 2009

Local Centro de Convenções de Pernambuco, Recife

Mais informações

Tel. (81) 3463-0206 / 3463-0729

Fax (81) 3327-3068

Site www.medtrop2009.com.br

PUBLICAÇÕES

SAÚDE E AMBIENTE

A geografia e o contexto dos problemas de saúde, lançado em novembro pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e organizado pelo pesquisador Christovam Barcellos, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), aborda processos sociais e ambientais, como a evolução das doenças e a transformação dos contextos em que as doenças estão inseridas. O livro conta com a participação de mais de 20 participantes, de profissionais de saúde pública a geógrafos, e é resultado dos debates do 2º Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e do 1º Encontro Luso-Brasileiro de Geografia da Saúde, promovidos em 2005.



A TRAJETÓRIA DO SUS

Políticas e sistema de saúde no Brasil, organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, José de Carvalho Noronha e Antonio Ivo de Carvalho (Editora Fiocruz), é resultado de parceria entre a editora, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Está organizado em cinco partes: a questão da proteção social, políticas e determinantes de saúde; a análise aprofundada da saúde como setor de atividade econômica; um resgate histórico do SUS e sua atual configuração; os setores do SUS; os temas relevantes em políticas e sistemas brasileiros de saúde.



Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica, de Jairnilson Silva Paim (Editora Fiocruz/Edufba) analisa o processo de mudança social e institucional das políticas de saúde nos últimos 30 anos — algumas não saíram do papel, outras tiveram baixo impacto —, do Suds ao SUS. Revisa ainda os governos republicanos, enfatizando idas e vindas da legislação e da normatização do SUS nas diversas conjunturas, e finaliza reavaliando o conceito de Reforma Sanitária.



SAÚDE E AVALIAÇÃO

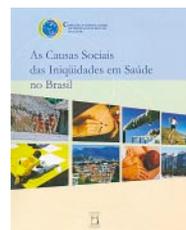
Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática, organizado por Zulmira Maria de Araújo Hartz, Eronildo Felisberto e Lígia Maria Vieira da Silva (Editora Fiocruz), detalha as bases teóricas e opera-



cionais da meta-avaliação em saúde, para que o conjunto de atores setoriais aprimore a capacidade de apreciar a qualidade e a utilidade da avaliação, o que é de interesse para pesquisadores, gestores, estudantes de pós-graduação e profissionais de saúde em geral. O livro tem como eixo orientador a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.

SAÚDE E DESIGUALDADE

As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil (Editora Fiocruz), organizado por Alberto Pellegrini Filho, traz o relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, revisando as transformações econômicas e sociais nas últimas décadas. Além disso, oferece recomendações para o desenvolvimento humano e sustentável que reduza as desigualdades e seus efeitos sobre a saúde e a qualidade de vida da população brasileira.



ENDEREÇOS

Editora Fiocruz

Av. Brasil, 4.036, sala 112
Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ
CEP 21040-361

Tel. (21) 3882-9039 / 3882-9006

E-mail editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora

Edufba

Rua Augusto Viana, Canela, Estacionamento da Reitoria da UFBA
Salvador, BA
CEP 40110-060

Tel./fax (71) 3263-7075 / 3263-6160

E-mail edufba@ufba.br

Site www.edufba.ufba.br

Abrasco Livros

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, sl. 129,
Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ
CEP 21041-210

Tel./fax (21) 2590-2073 / 2598-2526

E-mail abrlivro@ensp.fiocruz.br

PÓS-TUDO

Me belisca...



Michael Moore *

A migos, quem não ficou sem palavras? Derramamos lágrimas. Lágrimas de alegria. Lágrimas de alívio. Que enorme e impressionante avalanche de esperança num momento de tanto desespero.

Para um país fundado sobre o genocídio e construído sobre os ombros dos escravos, foi um momento inesperado, surpreendente em sua simplicidade: Barack Obama, um bom homem, um homem negro, disse que traria mudanças a Washington e a maioria do país gostou da ideia. Os racistas estiveram presentes durante toda a campanha e até nas cabines de votação. Mas já não são a maioria, e veremos como se desvanece a chama de seu ódio no tempo que nos resta de vida.

Houve outra importante "primeira vez". Nunca antes em nossa história um candidato declaradamente antibelicista foi eleito presidente em tempos de guerra. Espero que o presidente eleito Obama se lembre disso enquanto pondera a possibilidade de expandir a guerra no Afeganistão. A fé que temos agora se perderia se Obama esquecesse o principal tema graças ao qual venceu seus companheiros democratas nas primárias e depois um grande herói de guerra nas eleições presidenciais: "O povo americano está cansado da guerra". Doente e cansado. E sua voz ressoou forte e clara no dia de ontem.

Passaram-se 44 inaceitáveis anos desde que um democrata aspirando à presidência obtivesse 51% dos votos [**]. Isto se deve a que a maioria dos

americanos nunca gostou realmente dos democratas. Eles os veem como gente que raramente tem garra para cumprir as tarefas até o fim ou apoiar ao máximo os que os apóiam. Bem, aqui está a chance deles. Foi-lhes entregue, pela votação popular, na forma de um homem que não é um dinossauro de partido nem um "burocrata de carteirinha". Converter-se-á Obama num deles ou os forçará a ser como ele próprio? Rezamos por esta última.

Mas hoje celebramos este triunfo da decência sobre os ataques pessoais, da paz sobre a guerra, da inteligência sobre a crença de que Adão e Eva cavalgaram dinossauros há apenas seis mil anos. Como será ter um presidente inteligente? A ciência, desterrada por oito anos, regressará. Imaginem o que significará apoiar de novo as melhores mentes de nosso país, que buscam curar doenças e descobrir novas formas de energia e trabalham para salvar o planeta. Eu não sei, é incrível, me belisque de novo.

Poderíamos, e é somente uma possibilidade, ser testemunhas também de uma refrescante época de abertura, de luz e criatividade. As artes e os artistas já não serão vistos como inimigos. Quem sabe a arte volte a ser explorada com a finalidade de se descobrirem verdades mais elevadas. Quando Franklin Delano Roosevelt tomou o poder depois de sua avalanche eleitoral de 1932, foi seguido por Frank Capra e Preston Sturgis, Woody Guthrie e John Steinbeck, Dorothea Lange e Orson Welles. Os jornalistas me assediavam perguntando "Xi, Mike, e agora, o que você vai fazer já que Bush vai embora?" Estão brincando? Como será trabalhar e criar num ambiente que

estimula e apóia o cinema, as artes, a ciência e a invenção e a liberdade de ser o que se quiser ser? Florescerão mil flores! Entramos numa nova era, e se pudesse resumir nosso primeiro pensamento coletivo sobre essa nova era seria: tudo é possível!

Um afro-americano eleito presidente dos Estados Unidos! Tudo é possível! Podemos arrancar nossa economia das mãos dos ricos irresponsáveis e temerários e devolvê-la ao povo. Tudo é possível! Poderemos garantir cuidados médicos gratuitos a cada cidadão. Tudo é possível! Podemos deter o derretimento das calotas polares. Tudo é possível! Os que cometeram crimes de guerra serão levados à Justiça. Tudo é possível!

Realmente não temos muito tempo. Há um grande trabalho pela frente. Esta semana, porém, é para celebrarmos este grande momento. Mas sejamos humildes. Não tratemos os republicanos da forma com que nos trataram nos últimos oito anos. Mostremos a eles a generosidade e a bondade que Barack Obama exibiu durante toda a campanha. Ainda que tenham usado todos os insultos do dicionário, Obama não se rebaixou em devolver a lama. Podemos seguir seu exemplo? Será difícil, eu sei.

Quero agradecer a todos que dedicaram tempo e recursos a tornar esta vitória possível. Foi um longo caminho, e um profundo mal foi feito a este grande país, sem mencionar os muitos de vocês que perderam o emprego, que faliram por culpa dos custos do tratamento médico privado ou que sofreram com o embarque de um ente querido para o Iraque. Agora temos que trabalhar todos juntos para reparar esses danos, e acredite, não será fácil.

Mas que jeito de começar! Barack Hussein Obama, 44º presidente dos Estados Unidos. Uau! Sério, uau! 

* Publicado em 5/11/08 em www.michaelmoore.com/

** Obama chegou a 53% do voto popular (365 votos no colégio eleitoral), contra 46% de John McCain (173 votos eleitorais); Bill Clinton, por exemplo, em 1992 obteve 43% dos votos populares (370 eleitorais) e em 1996, 49% (379)

Brasil Saudável

Novo Canal

A programação **completa** do Canal Saúde está agora na NBR

Todos os dias, de segunda a sexta,
das 13:00h às 14:00h

Novo Horário

Novo Programa

Ciência & Letras

Os programas que você já conhece com
nova apresentação

Novo Formato

Participe também do programa SALA DE CONVIDADOS, TODA TERÇA, AO VIVO

Confira aqui a programação:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Canal Saúde	Sala de Convidados	Bate-Papo	Bate-Papo	Ciência & Letras
Ligado em Saúde		Ligado em Saúde		Ligado em Saúde
É com você, Cidadão		Comunidade em Cena	Canal Aberto	É com você, Cidadão
Canal Saúde na Estrada		É com você, Cidadão	Cine Saúde	Canal Saúde na Estrada

A NBR pode ser assistida por antena parabólica e TV a cabo NET.
Dúvidas, fale conosco: 0800-701-8122 (ligação gratuita)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Canal Saúde