



A SAÚDE É COLETIVA

Artigos publicados
n'O Globo



ABRASCO

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

PRESIDÊNCIA

Luis Eugenio de Souza

VICE-PRESIDENTES

Eli Iola Gurgel

Laura Feuerwerker

Maria Fátima Sousa

Nelson da Cruz Gouveia

Nilson do Rosário Costa

CONSELHO

Luiz Augusto Facchini

Ligia Bahia

Rosana Onocko Campos

Eronildo Felisberto

Ethel Leonor Noia Maciel

SECRETARIA EXECUTIVA

Carlos Silva

Thiago Barreto

GERENTE ADMINISTRATIVA

Hebe Conceição Patolea

SETOR DE CONTABILIDADE

Rozane Landskron Gonçalves

ADMINISTRATIVOS

Cátia Pinheiro

Dayane Souza

Andrea Souza

Aline Macario

Jorge Luiz Lucas

SECRETARIA E ACESSORIA GERAL

Marco Aurélio Ferreira Pinto

Maria Inês Genoese

Roberta Nascimento

SETOR DE ASSOCIADOS

Janaina Hora

ABRASCO LIVROS

Inez Saurim

Fidel Pinheiro

Monica da Silva

SETOR DE COMUNICAÇÃO

Vilma Reis

Bruno Dias

IDEIA ORIGINAL

Luis Eugenio de Souza

CONCEPÇÃO E TEXTO

Vilma Reis

PESQUISA

Vilma Reis

PROJETO GRÁFICO

Michael Oliveira

TRATAMENTO DE IMAGENS

Michael Oliveira

SUPERVISÃO GERAL

Vilma Reis

IMAGEM DE CAPA

Depositphotos

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Abrasco n'O Globo: artigos publicados entre agosto de 2013 e outubro de 2014 : Áquilas Mendes, Gastão Wagner Campos, Mauricio L. Barreto e Luis Eugenio de Souza, Cesar Victora, Fernando Carneiro, Rosana Onocko, Paulo Cesar Basta, Luiz Augusto Facchini, Naomar Almeida, Gulnar Azevedo e Silva e Estela Aquino. – Rio de Janeiro, 2015.

18f.

1. Jornalismo. 2. Editoração e imprensa documentária e educativa
I. Título.

ISBN: 978-85-85740-05-4

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 04

Lígia Bahia

AGRADECIMENTO 05

Luis Eugenio Souza

UMA BOA ALTERNATIVA 07

Áquilas Mendes

FALTAM R\$ 55 BILHÕES POR ANO NA SAÚDE 08

Gastão Wagner Campos

SAÚDE COLETIVA PRECISA DE PESQUISA E INOVAÇÃO 09

Maurício L. Barreto e Luís Eugenio de Souza

SAÚDE INTEGRAL 10

Cesar Victora

O PERIGO DOS AGROTÓXICOS 11

Fernando Carneiro

ISOLAR DOENTE MENTAL NÃO É UMA ATITUDE SÃ 12

Rosana Onocko

A ALDEIA ESTÁ DOENTE 13

Paulo Cesar Basta

ESTRATÉGIA SAUDÁVEL 14

Luiz Augusto Facchini

EDUCAÇÃO PERVERSA 15

Naomar Almeida

AÇÃO CONTRA O CÂNCER 16

Gulnar Azevedo e Silva e Estela Aquino

APRESENTAÇÃO

É muito difícil transformar o mundo sem compreendê-lo e seria no mínimo pretensioso supor a possibilidade de costurá-lo por meio de conceitos abstratos. O conhecimento pode conduzir mudanças, quando, em vez de mera reflexão especulativa sobre a realidade, instaura-se um processo histórico, no qual o saber *que não se separa do entender como*.

Os textos de pesquisadores da saúde coletiva, divulgados por um jornal da grande imprensa, expressam uma forma peculiar de cognição: a conjugação de fatos e valores, referida não apenas à análise sobre se o conhecimento é proveitoso para o público, mas também à motivação para divulgá-lo.

Deslocar-se da situação de eventuais provedores de informações para matérias sobre saúde, que repercutem problemas cotidianos filtrados e proposições oficiais, para o de formuladores de uma agenda de prioridades permite afirmar a vocação política da saúde coletiva. A ex-

cepcional qualidade acadêmica e jornalística dos artigos reunidos nessa coletânea comprova o potencial da área para interagir com a “opinião pública”. A tarefa de sintetizar concepções teóricas e evidências científicas é complexa e enriquecedora. Requer esforços de reconhecimento dos obstáculos para alterar conjunturas e estruturas e assim produzir um novo auto entendimento.

Essa florada de artigos é resultante de um trabalho coordenado pela Abrasco para ampliar a presença das reflexões sistematizadas de cientistas brasileiros na mídia. Nesses tempos, em que a democracia e a igualdade voltaram a ser tensionadas por visões reducionistas sobre as distinções entre cidadãos e indivíduos e produtores e consumidores, não é pouco estabelecer contrapontos, análises, interrogações e equacionamentos sobre a saúde no Brasil. A leitura desses artigos, certamente, permitirá identificar lacunas, estimular debates, gerar a publicação de novos textos que reafirmem compromissos de transformar o que procuramos compreender.

Ligia Bahia

AGRADECIMENTO

A publicação desses artigos no jornal O Globo decorreu da iniciativa e da articulação de Ligia Bahia. Nos últimos seis anos, ela foi vice-presidente (2009-2012) e conselheira (2012-2015) da Abrasco, tendo atuado intensa e generosamente em prol da ciência e do projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Ligia Bahia é, sem dúvida, uma das mais importantes pesquisadoras da área da saúde coletiva. Sua atuação na direção da Abrasco foi marcante e contribuiu decisivamente para o fortalecimento da entidade como espaço de representação de um pujante campo científico e de interlocução com a sociedade em busca de um caminho para a democratização da saúde.

Luis Eugenio de Souza

“NARRAR É RESISTIR.

Guimarães Rosa



UMA BOA ALTERNATIVA

Áquilas Mendes — 23 de agosto de 2013

Devemos saudar o Movimento Saúde +10 pela proposição do Projeto de Iniciativa Popular que estabelece a aplicação do governo federal em saúde de 10%, no mínimo, da sua Receita Corrente Bruta (RCB). Isso significará R\$ 40 bilhões a mais no SUS em 2013 (0,8% do PIB). O seu pleito é importante para a sobrevivência do SUS, mas temos consciência de que não resolve completamente o seu subfinanciamento histórico. Os recursos públicos envolvidos sempre foram insuficientes para garantir uma saúde pública universal. Em 2011, o gasto público em saúde (União, estados e municípios) foi de 3,84% do PIB, enquanto que a média dos países europeus com sistemas universais foi de 8,3%. A grande reivindicação do Projeto é pelo comprometimento do governo federal no financiamento do SUS. Em 1995, esse governo gastou com saúde o equivalente a 1,75% do PIB; passados 17 anos (2012), essa proporção praticamente se manteve.

Ao se deparar com esse Projeto, o governo federal retorna com os mesmos argumentos utilizados nos embates da Lei 141/2012 (regulamentação da Emenda Constitucional 29). Primeiro, o governo insiste em co-

mentar a sua rigidez orçamentária. Do total do seu orçamento para 2013 (R\$ 2,2 trilhões), 46% estão comprometidos com as despesas financeiras, o pagamento de amortização e juros da dívida. Interessante é que aqui não fica explicitado que se trata de uma escolha prioritária há anos. Os demais 54% do orçamento referem-se às despesas obrigatórias e discricionárias. Assim, reforça que não há recursos livres e para ampliá-los para a saúde é preciso conseguir nova fonte.

Segundo, o governo é contrário a RCB. Para ele, há que descontar dessa base de cálculo os recursos das transferências constitucionais para estados e municípios (FPM, FPE), do Fundeb, dos royalties, do salário-educação, das contribuições previdenciárias e outros. Porém, não está definido no Projeto de Iniciativa Popular que os 10% devem ser retirados de cada uma das fontes, mas sim o correspondente ao “montante igual ou superior a 10% da RCB”. A base RCB busca distanciar-se das variações cíclicas da economia, mensuradas pelo PIB, que não vem crescendo no mesmo patamar que a arrecadação da União. A RCB cresceu entre 2000 a 2012, 65,5%, enquanto o PIB aumentou apenas 5,9% (valores

deflacionados IGP-DI/FGV). A Receita Corrente Líquida da União - base de cálculo defendida pelo governo - teve incremento inferior a RCB, sendo 56,6%, nesse mesmo período.

Diferentemente do governo, entendemos que a RCB pode assegurar a sustentabilidade financeira para o SUS, desejada desde a sua criação. A metodologia de aplicação da União deve se equipar à dos estados e municípios (total das receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais). Trata-se de garantir a isonomia nas três esferas de governo.

Ainda, a defesa pela utilização da RCB decorre de sua visibilidade nas contas públicas federais e de difícil manipulação, o que poderia ser o caso da Receita Corrente Líquida. É conhecida a celeuma em torno dos quase dez anos, após a EC 29, sobre o que deveriam ou não ser consideradas como despesas com ações e serviços e saúde. Por fim, a defesa da RCB tem o apoio de 2 milhões de assinaturas dos brasileiros, o que justifica a sua não alteração por todos os que desejam ouvir os gritos das ruas. Apoiemos a defesa do Movimento Saúde +10.

LINK: <http://noblato.globo.com/artigos/noticia/2013/08/uma-boa-alternativa-por-aquilas-mendes-507941.html>



FALTAM R\$ 55 BILHÕES POR ANO NA SAÚDE

Gastão Wagner Campos — 20 de setembro de 2013

Há consenso sobre a insuficiência do financiamento para o Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, esse acordo desaparece quando se discute como e onde gastar. Essa divergência decorre de conflito de interesse entre considerar-se a saúde como direito ou como negócio. Há evidências sólidas, extraídas da experiência internacional, sobre o modo mais efetivo para organizar a saúde. Sistemas públicos e nacionais têm melhor desempenho que modelos privados.

No Brasil, a construção do SUS é incompleta e ainda carente de um projeto nacional estratégico. Impasse a ser enfrentado é o do modelo de gestão. A atual estrutura já demonstrou seu limite. Não avançaremos mais se persistir a atual fragmentação entre os entes federados e a multiplicidade de lógicas organizativas dos serviços (administração direta, contrato e convênios, Organizações Sociais etc.). Não haverá governança nem regulação possível nessa Babel. Um dos pontos relevantes do programa Mais Médicos foi o reconhecimento de que os municípios não darão conta de

resolver impasses do SUS, sequer médicos para a Atenção Básica têm sido conseguidos.

O SUS poderia constituir-se em autarquia pública; uma organização federal, estadual e municipal; tendo como núcleo organizativo as 420 regiões de saúde em que se divide o país. O SUS conformado por normas e modelo de gestão que considerassem a especificidade e complexidade da saúde.

Trazer a racionalidade do mercado para dentro do SUS implica em liquidar o SUS. Nessa lógica já funciona a Saúde Suplementar. Nesse caso, fará sentido gastar-se com uma carreira da saúde para o SUS: para atenção básica, atendimento hospitalar e especializado, vigilância à saúde. Concursos por estado da Federação, mobilidade entre cidades e postos de trabalho, formação continuada.

Outro investimento prioritário seria a expansão da Atenção Básica para 80 a 90% dos brasileiros. Atualmente, custa R\$ 16,8 bilhões por ano atender a 50% da população. Garantir

equipe básica (médico, enfermeiro e apoio matricial multiprofissional) para o dobro de gente custaria R\$ 28 bilhões. A Atenção Básica não se destina somente a populações pobres, trata-se de uma estratégia para resolver 80% dos problemas de saúde mediante cuidado personalizado e que implique em abordagem clínica e preventiva. Para isto será necessário melhorar a qualidade da atenção Básica: melhor infraestrutura e integração com hospitais e serviços especializados. Ampliar a liberdade das famílias, garantindo-lhes a possibilidade de escolher a qual equipe se vincular em uma dada região.

Estima-se a necessidade de 200 novos hospitais gerais em regiões carentes. Para construí-los e equipá-los serão necessários R\$ 10 bilhões, o custeio anual exigirá orçamento semelhante. A recuperação e a reorganização da precária rede já existente custarão outros R\$ 20 bilhões anuais. Haveria ainda que ampliar o gasto com Vigilância em Saúde, controlar epidemias, drogas, violência: outros R\$ 5 bilhões por ano. Evitar milhões de mortes evitáveis: somente com novos R\$ 55 bilhões anuais para o SUS.

LINK: <http://www.abrasco.org.br/site/2013/09/artigo-de-gastao-wagner-no-jornal-o-globo>



SAÚDE COLETIVA PRECISA DE PESQUISA E INOVAÇÃO

Maurício L. Barreto e Luís Eugenio de Souza — 31 de outubro de 2013

Ao se falar em saúde, pensa-se logo em médicos e hospitais. E, de fato, médicos e hospitais são fundamentais para ajudar a recuperar a saúde. Contudo, o cuidado exige muito mais, exige a garantia de condições dignas de vida, que incluem desde ações de saneamento ambiental e de enfrentamento da violência até a realização de transplantes de órgãos, passando pela vacinação e pela dieta nutritiva, entre outras coisas. Construir um sistema capaz de articular todas essas dimensões é tarefa que requer, além de decisão política e capacidade de gestão, um grande investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico.

A Constituição Brasileira, no inciso V do artigo 200, atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico. Em consequência, duas conferências nacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) em saúde foram realizadas (1994 e 2004), com ampla partici-

pação de pesquisadores, gestores e usuários do SUS. E importantes esforços organizacionais têm sido feitos, incluindo a criação, em 2003, de uma secretaria dedicada a CT&I no Ministério da Saúde.

Esses esforços permitiram aproximar as prioridades de pesquisa das necessidades da população e dos programas do SUS, assim como propiciaram o aumento do investimento na pesquisa, criando as condições objetivas para que crescesse a produção científica brasileira. O Brasil é hoje o décimo-terceiro país do mundo em produção científica, com o campo da saúde representando uma proporção significativa desta produção. A comunidade científica brasileira da área, organizada em milhares de grupos de pesquisas de universidades, centros e institutos acadêmicos do país, tem se mobilizado para responder aos desafios postos pela Constituição e, assim, gerar conhecimentos e tecnologias que melhorem as condições de saúde dos brasileiros. Dos

122 Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia, criados há poucos anos pelo CNPq, aproximadamente um terço é da área.

A saúde coletiva é uma das mais produtivas áreas da pesquisa científica, tendo por foco produzir conhecimentos e desenvolver tecnologias relacionados à situação e aos determinantes da saúde das pessoas, bem como a formulação de políticas e a organização de serviços e programas. Se a CT&I, em geral, é vital para o desenvolvimento do país, a CT&I em saúde e, em especial, em saúde coletiva, é importante para que, ao processo de desenvolvimento econômico, se alie o desenvolvimento social.

Para a comunidade da saúde coletiva, a consolidação de um SUS de alta qualidade não visa somente a fazer cumprir um direito constitucional, mas também a promover a construção de uma sociedade mais saudável, o que demanda a utilização do melhor conhecimento científico.

LINK: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/artigo%20o%20globo%20LE.pdf>



SAÚDE INTEGRAL

Cesar Victora — 2 de dezembro de 2013

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) têm ocupado um papel central na agenda global até 2015. Dos oito objetivos, três dizem respeito à saúde: redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos, redução da mortalidade materna e controle de doenças infecciosas como a AIDS e a malária. Destes três objetivos, o Brasil só não atingirá o da mortalidade materna. Alcançamos também enorme progresso na redução da subnutrição infantil, uma das metas do objetivo de erradicar a pobreza. Mais importante ainda, logramos diminuir as brechas entre a saúde de pobres e ricos, ao contrário da grande maioria dos demais países.

Na medida em que os ODM são – ou deixam de ser – alcançados, existe intensa mobilização internacional para definir novos objetivos para o período pós 2015. Países ricos e pobres, órgãos das Nações Unidas, fundações filantrópicas e a sociedade civil estão debatendo dentro de um processo que deverá ser concluído. Assim como ocorreu para

os ODM, a nova agenda direcionará os investimentos globais, públicos e privados, para os próximos 20 anos, o que justifica a acirrada competição para definir as novas metas. Sustentabilidade e equidade serão sem dúvida dois pilares da nova agenda, que deve incluir questões como mudanças climáticas e segurança internacional.

Alguns argumentam que não deveria haver um objetivo específico para a saúde, uma vez que esta já representou 3 dos 8 ODMs. Este seria um grande equívoco, pois a saúde não é importante por si só, mas contribui para o desenvolvimento econômico, assim como para o bem estar individual e social. Não obstante, mesmo dentro do setor saúde há um debate intenso. Argumenta-se que a saúde materno-infantil e as doenças infecciosas já receberam suficiente atenção, sendo agora necessário priorizar as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças mentais. A Organização Mundial da Saúde propõe que a meta seja a cobertura universal – ou acesso de todos os in-

divíduos a serviços de saúde. Como sanitaristas, questionamos este conceito por reduzir a saúde ao consumo de serviços médicos e portanto por ignorar seus determinantes sociais e ambientais. Questionamos ainda o fato de que a meta não discrimina o tipo de serviços de saúde aos quais seria garantido o acesso – se serviços públicos, universais, com alta qualidade e equidade, ou serviços com fins lucrativos contratados a partir de seguradoras privadas. A nova meta de saúde deve contemplar tanto os determinantes médico-assistenciais quanto os determinantes sociais. Esta precisa ainda dar igual ênfase aos distintos tipos de doenças e incapacidades que afligem nossas populações. O indicador que mais bem capta estas distintas dimensões é expectativa de vida saudável. Ao indicar o número médio de anos vividos sem incapacidades importantes, esta medida capta a totalidade da experiência de saúde de uma população, que propicia a oportunidade de um trabalho conjunto para garantir a todos o direito a uma vida plena.

LINK: <http://oglobo.globo.com/opiniao/saude-integral-10927387>



O PERIGO DOS AGROTÓXICOS

Fernando Carneiro — 24 de janeiro de 2014

O agronegócio brasileiro vem pressionando a Presidência da República e o Congresso para diminuir o papel do setor saúde na liberação dos agrotóxicos. O Brasil é o maior consumidor desses venenos no planeta e a cada dia se torna mais dependente deles. Qual o impacto que essas medidas terão na saúde da população brasileira?

No Brasil, a cada ano, cerca de 500 mil pessoas são contaminadas por agrotóxicos segundo o Sistema Único de Saúde (SUS) e estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os brasileiros estão consumindo alimentos com resíduos de agrotóxicos acima do limite permitido e estão ingerindo substâncias tóxicas não autorizadas. Em outubro, a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), revelou que 36% das amostras analisadas de frutas, verduras, legumes e cereais estavam impróprias para o consumo humano ou traziam substâncias proibidas no Brasil, tendência crescente nos últimos anos.

Os agrotóxicos afetam a saúde dos consumidores, moradores do entorno de áreas de produção agrícola

ou de agrotóxicos, comunidades atingidos por resíduos de pulverização aérea e trabalhadores expostos.

Mesmo frente a esse quadro, o mais dramático, é a ofensiva do agronegócio e sua bancada ruralista para aprofundar a desregulamentação do processo de registro de agrotóxicos no país. Qualquer agrotóxico para ser registrado precisa ser analisado por equipes técnicas dos Ministérios da Agricultura, Saúde e Meio Ambiente. Inspirados na CTNBIO, instância criada para avaliar os transgênicos, que até hoje autorizou 100% dos pedidos de liberação a ela submetidos, os ruralistas querem a criação da CTNAGRO onde o olhar da saúde e meio ambiente deixariam de ser determinantes para a liberação de agrotóxicos.

Quem ganha e quem perde com essa medida? Não há dúvida que entre os beneficiários diretos está o grande agronegócio, que tem na sua essência a monocultura para exportação. Esse tipo de produção não pode viver sem o veneno porque baseia-se no domínio de uma

só espécie vegetal, como a soja. Por isso, a cada dia, surgem novas superpragas, que associadas aos transgênicos, tem exigido a liberação de agrotóxicos até então não autorizados para o Brasil. O mais recente caso foi a liberação emergencial do benzoato de amamectina usado para combater a lagarta Helicoverpa que está dizimando as lavouras de soja de norte a sul do país. A lei que garantiu a liberação desse veneno foi tramitada e aprovada em um mês pelo Congresso e Presidência da República.

A pergunta que não quer calar é: no momento em que a população brasileira espera um Estado que garanta o direito constitucional a saúde e ao ambiente por quê estamos vendo o contrário?

Na maioria dos estados brasileiros os agrotóxicos não pagam impostos. O Estado brasileiro tem sido forte para liberalizar o uso de agrotóxicos, mas fraco para monitorar e controlar seus danos a saúde e ao ambiente. Enquanto isso, todos nós estamos pagando para ser contaminados.

LINK: <http://oglobo.globo.com/opiniao/o-perigo-dos-agrotoxicos-11386588>



ISOLAR DOENTE MENTAL NÃO É UMA ATITUDE Sã

Rosana Onocko — 4 de março de 2014

Ser assediado por vozes, ter o corpo invadido em seus orifícios mais íntimos, sentir que o próprio corpo já não lhe pertence, não saber como eliminar essas sensações e sentir-se indefeso e impotente em relação a elas... Assim relatam suas experiências pessoas diagnosticadas dentro do espectro das psicoses.

A loucura espanta a humanidade há séculos, e episódios como o da morte de Eduardo Coutinho nos lembram o porquê. A sociedade tem buscado formas de afastá-la de si como a uma assombração: nau dos loucos, asilos, reclusão domiciliar foram amplamente experimentadas. Desde o início do século XX, as formas de segregação e encerramento dos doentes mentais foram sendo substituídas no mundo ocidental por novas formas de cuidado que buscaram o convívio na comunidade e a reinserção social dos outrora excluídos. O advento dos psicotrópicos trouxe alívio para alguns sintomas e facilitou o manejo de muitos casos, porém não resolveu a questão.

A política de saúde mental brasileira se insere nessa vasta tradição.

Tem sido uma política de Estado desde os anos 90, sustentada por vários governos. Não é a invenção de uns poucos aloprados desinformados e não científicos.

Organizações dos próprios usuários (que escolheram se chamar sobreviventes da psiquiatria no mundo anglo-saxão!) têm chamado a atenção para a importância de estratégias terapêuticas inclusivas e serviços orientados para o recovery. Para eles, recovery não implica a volta a um estado pré-mórbido, nem exige a completa remissão dos sintomas, senão a retomada da vida social, a possibilidade de sentir-se útil e de a vida ter algum sentido.

Quando acontecem passagens ao ato tão dramáticas quanto a que vitimou o grande cineasta Coutinho, não raro alçam-se vozes clamando pela volta das formas fechadas de tratamento, como recentemente reivindicou o poeta Ferreira Gullar.

Apesar de a sensibilidade ser a matéria-prima dos artistas, ela não os coloca em posição privilegiada para proferir julgamentos sobre a

melhor forma de tratar as doenças mentais. Os asilos para doentes mentais remanescentes no Brasil em nada se parecem a lindas clínicas com salas de leitura, como afirma Gullar. Eles mais bem são pocilgas, onde a taxa de mortalidade supera em muito a esperada, e têm sido motivo para o Brasil ser processado na Corte Internacional de Direitos Humanos.

Em muitos episódios dolorosos como o de Coutinho, constata-se a ausência de diagnóstico e/ou tratamento. Mais que clamar pela volta do encerramento (que contraria todas as recomendações internacionais de boas práticas clínicas) deveríamos chamar a atenção para a importância do acesso ao tratamento por meio da ampliação e qualificação da rede territorial de serviços substitutivos: recovery oriented. Que eles venham substituir definitivamente as formas asilares de afastamento da loucura. E os artistas, que venham nos acudir com sua arte, única forma de exorcizar o espanto. Não precisamos de seus conselhos clínicos e, sim, do sublime contato com a beleza.

LINK: <http://oglobo.globo.com/opiniao/isolar-doente-mental-nao-uma-atitude-sa-11739165>



A ALDEIA ESTÁ DOENTE

Paulo Cesar Basta — 28 de abril de 2014

A questão indígena tem ocupado expressivo espaço no noticiário nacional. Com frequência, os indígenas são associados à violência contra não indígenas e responsabilizados por invasões de propriedades “particulares”. Com essa abundante exposição negativa, não é de estranhar que a opinião pública os veja com preconceito e como empecilhos ao desenvolvimento do país, e não se interesse por seus direitos.

A Constituição reconheceu aos povos indígenas o direito de manter sua cultura e os costumes ancestrais, além das terras que tradicionalmente ocupam. Deixou-se assim de enfatizar a “integração” dos indígenas à sociedade nacional e passou-se a reconhecer que o Estado deve assegurar condições mínimas para que possam viver segundo suas tradições, sem a perspectiva inexorável de se “integrar” à sociedade nacional.

Em 1999, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), no âmbito do SUS. O SASI conta com 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, espalhados no território nacional, e propiciou a extensão da

cobertura de ações básicas em saúde a uma população que, segundo dados do Censo 2010, totaliza 890 mil pessoas, representantes de 300 etnias e falantes de 200 línguas.

Apesar de amparados pela legislação, os indígenas permanecem à margem da sociedade. A exclusão tem graves consequências e resulta em vultosas desvantagens que se refletem, sobretudo, nos indicadores de saúde.

Dados do IBGE revelam que a taxa de mortalidade infantil entre indígenas – desde que se iniciou o registro em 1999 – é maior do que a reportada nas outras categorias de cor ou raça.

Entre 2008-2010, aproximadamente um quarto das crianças apresentavam-se cronicamente desnutridas e mais da metade sofriam de anemia, segundo o Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Diarreia e infecção respiratória aguda foram as causas mais frequen-

tes de internação de crianças. Doenças infecciosas como malária, tuberculose, hepatites virais e parasitoses intestinais e doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão, também são problemas frequentes nas aldeias.

Em dezembro de 2013, por ocasião da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, 1209 delegados tiveram a oportunidade de analisar 453 propostas sobre os principais desafios a serem enfrentados na área da saúde. Embora as autoridades tenham afirmado que houve expansão do financiamento, os relatos das lideranças foram enfáticos em declarar que as ações nas comunidades continuam precárias. Na maioria das quase 5000 aldeias existentes no país não há postos de saúde. Naquelas em que há, faltam medicamentos e equipamentos básicos, material para atendimento de urgências e emergências, além de profissionais de saúde. Nesse cenário, crianças continuam adoecendo e morrendo por agravos passíveis de prevenção na atenção básica e os problemas estruturais apontados na última conferência, realizada em 2006, permanecem aguardando solução.

LINK: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/e5d568ff0fe059a01a4febb7bf2b737c3efb85f8.JPG>



EDUCAÇÃO PERVERSA

Naomar de Almeida Filho — 27 de julho de 2014

No Brasil, quem ganha o suficiente para pagar Imposto de Renda tem direito a uma dedução parcial do que gastou na educação dos filhos, ou na sua própria. Este mecanismo facilita aos jovens de classe média alta acesso a ensino básico privado de melhor qualidade e aprovação em processos seletivos competitivos para entrada em universidades públicas. Educação superior nessas universidades gratuitas (para os estudantes, porque são pagas pela sociedade) produz empregabilidade, maior renda, capital político e valor social. Em paralelo, trabalhadores pobres pagam impostos sobre o consumo, financiando o Estado, mas não se beneficiam de renúncias fiscais. Essa maioria social, no mais das vezes, tem acesso a ensino básico de baixíssima qualidade na rede pública. Aos que conseguem concluir o nível médio de ensino, resta o ensino superior privado, muitas vezes de menor qualidade, pago pelo estudante ou por sua família. A formação profissional desse segmento social resulta enfim em menor renda, desemprego, exclusão e pouco capital político.

É impressionante o papel cúmplice da universidade brasileira nessa inversão ou perversão. Aqui, a universidade falha como instrumento ou dispositivo de integração social. Na dinâmica de reprodução social do nosso país, age como promotora de desigualdades. Vagas em universidades públicas de melhor qualidade e nos cursos de maior prestígio social eram (e, em grande medida, ainda são) destinadas quase exclusivamente a uma minoria, apesar das políticas de ações afirmativas compensatórias.

A missão social das políticas públicas de educação, que é formação de cidadãos plenos, aptos a promover dignidade humana, igualdade de direitos, solidariedade, responsabilidade ambiental e justiça social, não está sendo cumprida. Se fizermos uma avaliação do perfil ideológico de egressos das universidades públicas brasileiras — especialmente em áreas como saúde — encontraremos o oposto disso. Profissionais formados em instituições públicas desprezam o caráter público do Estado, engajados

em projetos individuais, numa relação patrimonialista e, tantas vezes, predatória com a universidade. Relacionam-se com a instituição pública como um lugar aonde irão adquirir ou garantir uma carreira pessoal, um projeto individual ou familiar, sem qualquer construção de solidariedade pelo pertencimento à instituição universitária, sustentada pela sociedade.

Solidariedade e consciência cidadã são palavras-chave para garantir a saúde como direito de todos. A promoção desses valores encontra-se, basicamente, na educação, o que requer profunda mudança dos modelos de formação profissional em saúde. A formação de médicos, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, nutricionistas e demais trabalhadores da saúde deve basear-se nas necessidades de saúde das populações, na interdisciplinaridade, na atuação interprofissional e no efetivo conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde. A nova Universidade Federal do Sul da Bahia assumiu o desafio de experimentar essa mudança.

LINK: <http://oglobo.globo.com/opiniao/educacao-perversa-13388723>



ESTRATÉGIA SAUDÁVEL

Luiz Augusto Facchini — 1º de julho de 2014

Apesar dos problemas diariamente destacados, o SUS, implantado em 1988, acumula sucessos na universalização do direito constitucional à saúde. As ações ofertadas gratuitamente pelo sistema estão entre as mais abrangentes dentre os países com sistemas públicos, incluindo de vacinas a transplantes. E são favorecidas pela Estratégia de Saúde da Família.

Implantada em 1994, a Saúde da Família oferta ações de promoção da saúde, exames preventivos e cuidados básicos, principalmente em áreas onde reside a população mais pobre. Em julho de 2013, totalizou 34.185 equipes distribuídas em 5.309 (95%) municípios, desde as pequenas localidades do interior até as grandes cidades, atingindo e 108.096.363 pessoas (56% da população brasileira).

A iniciativa tem sido bastante avaliada e os resultados sinalizam uma tendência de melhoria do desempenho do SUS, em praticamente todos os portes de município, à

medida que aumenta a cobertura. Além disso, a proporção do gasto municipal não aumentou com o incremento da cobertura, sugerindo a eficiência da estratégia.

Os indicadores e serviços melhoraram significativamente nos últimos 20 anos no Brasil, acompanhando a expansão do SUS e da cobertura de Saúde da Família. Entre 1990 e 2012, a taxa de mortalidade infantil caiu 75%, enquanto a taxa de mortalidade de menores de 5 anos foi reduzida em 77%. Nos últimos cinco anos, as internações hospitalares por diabetes diminuíram 25% e a proporção de crianças menores de 5 anos abaixo do peso caiu 67%. O crescimento da cobertura da Saúde da Família está associado à redução da mortalidade infantil e de internações por condições sensíveis à atenção primária, ao maior acesso a consultas gratuitas e ao atendimento domiciliar, especialmente em populações mais pobres.

Várias ações foram praticamente universalizadas. Mais de 95% das mu-

lheres recebem cuidados pré-natais e a cobertura de vacinas contra difteria, tétano e coqueluche em crianças menores de um ano é superior a 95% na maioria dos municípios. Os cuidados de hipertensão e diabetes e o acesso a medicamentos para essas condições alcançam a grande maioria das pessoas com os agravos.

Ainda assim, persistem problemas de estrutura (prédios, equipamentos, registro eletrônico e acesso a internet) e de organização (coordenação do cuidado multiprofissional, especialmente de problemas crônicos) na Saúde da Família e a qualidade dos cuidados deixa a desejar. Apenas 30% das pessoas com diabetes tiveram seus pés examinados, 46% dos pacientes com pressão alta realizaram eletrocardiograma e 60% das puérperas fizeram revisão pós-parto. Investimentos em infraestrutura, coordenação e qualificação dos cuidados integrais vão ser fundamentais para melhorar não apenas a efetividade, mas também a equidade em saúde, dada sua maior presença em municípios e áreas mais pobres.

LINK: <http://oglobo.globo.com/opiniao/estrategia-saudavel-13084802>



AÇÃO CONTRA O CÂNCER

Gulnar Azevedo e Silva e Estela Aquino — 7 de outubro de 2014

A cada dia cerca de 170 mulheres recebem o diagnóstico de câncer de mama no Brasil. O risco de ter a doença deve continuar aumentando em função, principalmente, das mudanças no estilo de vida das mulheres. Elas estão vivendo mais, adiaram a primeira gestação e diminuíram o número de filhos, fatores associados à ocorrência desta doença, mas que são ao mesmo tempo conquistas sociais.

Outros fatores de risco para o câncer de mama — como a obesidade após a menopausa e o consumo de álcool — têm sido alvo de ações de saúde pública por aumentar o risco de várias doenças e serem passíveis de controle por meio de ações preventivas voltadas para toda a população. O uso de terapia hormonal na menopausa igualmente aumenta o risco de câncer de mama, o que levou à recomendação de que sua utilização seja indicada quando estritamente necessária, por curto período de tempo e abaixo dos 60 anos.

Muitas mulheres morrem de câncer de mama e parte delas, se tratada oportunamente, poderia ter melhor

evolução. As técnicas cirúrgicas são hoje menos invasivas e mutiladoras, e a indicação de terapia complementar — radioterapia, hormonoterapia ou quimioterapia — é mais precisa. Porém, para a efetividade do tratamento, é necessário iniciá-lo cedo.

Em países desenvolvidos, o aumento da sobrevivência das pacientes decorre da maior consciência sobre a doença, da detecção precoce dos casos e do aprimoramento do tratamento. Os benefícios do rastreamento da doença em mulheres assintomáticas através de mamografia a cada dois ou três anos só foram confirmados para mulheres entre 50 e 69 anos.

Em 2012, a prestigiosa revista médica inglesa “Lancet” publicou uma revisão de vários estudos pelo Independent UK Panel on Breast Cancer Screening, concluindo que o rastreamento mamográfico reduz apenas 20% das mortes por esta neoplasia entre as mulheres assintomáticas quando comparadas a outras em que o diagnóstico foi feito logo após o aparecimento de sintomas. Ressalve-se que nos países onde os

estudos foram conduzidos existe acesso oportuno a serviços de saúde de boa qualidade, o que minimiza as diferenças entre as mulheres incluídas no grupo com realização regular de mamografia e as que foram alocadas para o grupo controle.

Outro aspecto que desafia a organização de estratégias de controle do câncer de mama diz respeito ao sobrediagnóstico (detecção de casos entre mulheres assintomáticas que nunca evoluiriam para a morte ou complicações). A investigação diagnóstica e o tratamento envolvem procedimentos invasivos e sofrimento, que só se justificam se ocasionarem benefícios.

Por tudo isto, para diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida de todas as mulheres do país é preciso que o rastreamento mamográfico seja acompanhado do diagnóstico e tratamento precoces. É essencial que as mulheres tenham seus direitos respeitados e que recebam as informações necessárias para que possam compartilhar decisões sobre a própria saúde e exercer o controle social sobre as políticas públicas.

LINK: <http://oglobo.globo.com/opiniao/acao-contra-cancer-14162436>

