

NESTA EDIÇÃO

Saúde sem fronteiras

O contraponto latino-americano entre os sistemas de Cuba e do Chile

**Entrevista:
Tania Araújo-Jorge**

Toda atenção às doenças 'promotoras da pobreza'

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982

Nº 104 • Abril de 2011

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

www.ensp.fiocruz.br/radis



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP



FIOCRUZ

**Mala Direta
Postal**

9912233515/2009-DR/RJ
FIOCRUZ

...CORREIOS...



O SUS que não se vê

Por que o verdadeiro tamanho do sistema
desaparece aos olhos dos brasileiros

Guia orienta reflexão sobre direito ao aborto

Katia Machado

A descriminalização do aborto, com foco nos direitos das mulheres, por várias vezes esteve na pautas de encontros nacionais e de embates políticos. Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, por exemplo, realizada em novembro de 2007, boa parte dos delegados votaram contra a descriminalização, sem considerar que este é um grave problema de saúde pública e de justiça social. Apesar de proibido por lei — a prática é crime, exceto em caso de violência sexual (estupro) ou risco à vida da mulher —, o aborto é amplamente praticado no país por meios inadequados. “Criminalizar não inibe a prática clandestina, embora o recurso à interdição de clínicas

venha sendo cada vez mais utilizado para alimentar a cultura e a política pública da criminalização”, explica Paula Viana, secretária executiva das Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro, na publicação *Aborto, guia para profissionais de comunicação*, organizado pelo Grupo Curumim, Ipas Brasil (organização não governamental de proteção à saúde das mulheres) e Centro Feminista de Estudos e Assessoria.

Lançado em fevereiro, o guia foi preparado por um coletivo de organizações feministas, com base em fontes oficiais, de governos e institutos de pesquisa nacionais e internacionais, trazendo informações que poucas vezes estão na agenda pública. O objetivo é apoiar o trabalho de jornalistas, buscando lançar luzes sobre o tema e criar espaços de interlocução pela mídia, como está informado na apresentação do guia.


REVISÃO LEGISLATIVA

Com 70 páginas e organizada em 10 capítulos, a publicação começa explicando o que são as Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro, criadas em 2004, com os objetivos de impulsionar a agenda dos direitos reprodutivos no Brasil, defender uma revisão legislativa para garantir às mulheres o direito ao aborto seguro e impedir retrocessos no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

O documento apresenta em seguida a história de proibição e a longa luta legislativa pela descriminalização do aborto, trata de temas como anencefalia e danos que uma gravidez de feto anencéfalo levada a termo pode causar à saúde mental e física da mulher, das normas técnicas do Minis-

tério da Saúde sobre o aborto, aprovadas no fim da década de 1990, e do controle da propaganda, na internet, do abortivo misoprostol — cujo nome fantasia é Cytotec — e sua abordagem na mídia.

Aprovado no Brasil em 1985 para o tratamento de úlcera gástrica e duodenal, o misoprostol ficou logo conhecido por sua eficácia como método abortivo, pois tem como efeito colateral contrações uterinas. “O uso hospitalar do medicamento para indução de parto e tratamento de aborto iniciado (provocado ou espontâneo) ajudou a disseminar o efeito abortivo, e a novidade chegou a bater recordes de vendas no mercado farmacêutico do país, com 81.861 caixas vendidas em maio de 1991”, informa o guia.

A publicação reúne também dados sobre o aborto no mundo, na América Latina e Caribe e no Brasil, revela o perfil das mulheres que abortam no país, de que forma praticam o aborto e as consequências do procedimento, além de apresentar argumentos em favor do direito ao aborto. O guia responde uma lista de questões frequentes, entre elas, o que é aborto provocado, como saber o número de abortos clandestinos realizados e qual a diferença entre descriminalização (referente ao comportamento da pessoa) e legalização (referente ao procedimento). Além disso, indica fontes especializadas, de forma a colaborar para pautas e reportagens sobre o assunto. Segundo a publicação, estima-se que, em 2003, 41,6 milhões de gestações no mundo terminaram em abortamento, e quase a metade (19,7 milhões) foi de abortamentos provocados e inseguros. “Cerca de 97% desses abortos inseguros aconteceram nos países em desenvolvimento, que têm leis mais restritivas ou menor acesso à informação e planejamento familiar”, informa. 

O arquivo, em PDF, da publicação está disponível em http://abortoemdebate.com.br/arquivos/Aborto_Guia_comunicacao.pdf

Invisibilidades

A matéria de capa vai levar você a enxergar exemplos e situações, algumas óbvias outras mais imperceptíveis, que demonstram o quanto o Sistema Único de Saúde está presente no cotidiano de 100% dos brasileiros, pobres ou ricos – ao contrário do que possa parecer. O ponto de partida foi o resultado de uma pesquisa do Ipea em que 34% da população considerou nunca utilizado o SUS. Para começar, quem acompanha esta leitura já entrou no sistema, afinal, RADIS, Ensp e Fiocruz são 100% SUS.

Os repórteres descrevem um complexo de atividades, muitas de excelência internacional, que respondem por prevenção à saúde, autorização e fiscalização da qualidade de produtos e serviços, programas pioneiros de acesso gratuito, pesquisas e desenvolvimento tecnológico de ponta. Mais de 8% do PIB brasileiro estão ligados à saúde, superando o percentual referente à agropecuária.

A invisibilidade do SUS serve a muitos interesses. Alguns governantes capturaram o que ele tem de bom em benefício da própria imagem, há profissionais de saúde – inclusive pesquisadores e acadêmicos – sem consciência de que seu trabalho é atividade do sistema, além de áreas de comunicação dos governos que pouco sabem o que é o SUS. Isto, para citar o fogo amigo. A categoria inimigos do SUS reúne todos quantos queiram lucrar com doença e saúde da população. Na mídia, a invisibilidade é produzida ora pela indiferença, ignorando a presença do SUS, ora pelo preconceito, dando

hipervisibilidade à parte do sistema que funciona mal e ocultando suas virtudes.

Num momento em que a agenda oficial propõe que o país só será rico com o fim da pobreza, uma discussão interessante chega aos responsáveis pelo financiamento de pesquisas. Diretora do Instituto Oswaldo Cruz, unidade pioneira da Fiocruz, Tania Araújo-Jorge chama a atenção para doenças que demandam mais pesquisas, porque não só decorrem como realimentam a pobreza, por comprometerem capacidade de trabalho, geração de renda e qualidade de vida. Entre as doenças negligenciadas, tuberculose (só recentemente alvo internacional de investimentos), hanseníase, leishmanioses, Chagas, esquistossomose. Cerca de 93 milhões de brasileiros convivem com verminoses diversas.

RADIS se programou para a cobertura jornalística do Congresso Brasileiro de Medicina Tropical, de 23 a 27/3, em Natal. Por força de decreto de corte linear de despesas, reflexo da sobreposição de políticas econômicas sobre as sociais, uma única passagem aérea para realizar a reportagem teve a solicitação cancelada. A mídia comercial, ocupada em festejar qualquer demonstração de rigor com os “gastos” públicos, não iria mesmo noticiar esse tipo de evento da Saúde. Infelizmente, essa matéria sobre doenças e pesquisas praticamente invisíveis não será escrita. Fica aqui o nosso registro.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

- ♦ Guia orienta reflexão sobre direito ao aborto 2

Editorial

- ♦ Invisibilidades 3

Cartum

- 3

Cartas

- 4

Súmula

- 5

Radis adverte

- 6

Toques da Redação

- 6

Acesso e uso

- ♦ O SUS que não se vê 9
- ♦ Referência no controle e eliminação de doenças 10
- ♦ Acesso universal e gratuito aos antirretrovirais 11
- ♦ Nos laboratórios públicos, foco no cidadão, não no mercado 12
- ♦ O SUS no controle de qualidade de produtos e serviços 13
- ♦ Financiamento de 95% dos transplantes é do SUS 14
- ♦ Medicamentos ao alcance da população 15
- ♦ Socorro para 110 milhões de pessoas na rede pública 16

Saúde sem fronteiras

- ♦ Contrapontos na América Latina 18

Entrevista

- ♦ Tania Araújo-Jorge: 'Passivo da saúde pública do século passado tem de ser enfrentado' 20

Serviço

- 22

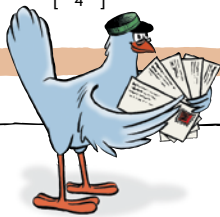
Pós-Tudo

- ♦ 'Cegueira seletiva' enxerga produtos e esconde necessidades 23

Capa Dayane Martins
Ilustrações Dayane Martins (D.M.) e
Sérgio Eduardo de Oliveira (S.E.O.)

CARTUM





CARTAS

Lixo



Queria deixar registrada minha satisfação em receber a revista deste mês, capa Lixo (*Radis* 102). É uma feliz parceria entre assuntos importantes, que expandem, como sempre fez a *Radis*, o conceito de Saúde, e uma diagramação arejada, leve, convidativa. Sempre gostei do que vocês fazem, mas me caía mal o peso das manchas de texto. Sugiro ousar mais, um olho aqui, um **bold** ali. Mas como está já me ganhou de vez. Parabéns para a equipe! E sugiro uma pauta: saúde em situações de eventos extremos, o caso da Região Serrana.

♦ Ana Lagoa, Teresópolis, RJ

DROGAS

Sou psicóloga, especialista em Saúde da Família e Intervenções Psicossociais e atualmente trabalho com a população carcerária de Passo Fundo/RS. A matéria central da *Radis* 101 (Drogas) está excelente, trazendo a importância de uma política que leve em conta o problema do uso abusivo de álcool e drogas de forma integrada, com todas as implicações adjacentes, o que não foi feito até então. Entendo que realmente é urgente e necessário discutir assuntos como a descriminalização, uma vez que os presídios estão cada vez mais superlotados, principalmente, por delitos ligados ao uso de drogas. Parabéns pela matéria e gostaria que fossem abordados mais temas sobre o sistema penitenciário.

♦ Miriane Schmitz, Passo Fundo, RS

MATERIAL DE APOIO

Sou membro da Comissão de Comunicação do Conselho Municipal de Saúde de São Cristóvão (SE) e gostaria de fazer a assinatura da revista *Radis*. Como devo proceder? Aproveitando a oportunidade, gostaria de saber se

poderiam nos enviar algum tipo de material que pudesse ajudar nessa nova empreitada.

♦ Hugo Reis, São Cristóvão, SE

Caro Hugo, para assinar a *Radis*, você deve entrar no nosso site (www.ensp.fiocruz.br/radis) e preencher o cadastro. A assinatura é gratuita, mas sujeita a aumento de tiragem. De qualquer maneira, o Conselho Municipal de Saúde de sua cidade já recebe a revista, que chega a todos os municípios do país. Quanto a material de apoio ao trabalho de vocês, acreditamos que o conteúdo da revista, de maneira geral, deverá interessar bastante. Você pode acessar desde já todas as edições, em meio virtual, no mesmo site, ok?

'RADIS' AGRADECE

Venho elogiar mais uma vez essa maravilhosa redação que dirige esta revista com muito primor, com enfoque jornalístico direcionado à saúde pública no Brasil, de forma brilhante, o que nos fascina a cada edição. Que venham mais cem, mais mil. Um abraço a todos.

♦ Flavia Ferraz Falcão, especialista em Enfermagem do Trabalho, Belford Roxo, RJ

EXPEDIENTE



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 Sergio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 71.500 exemplares

Assinatura grátis
(sujeita à ampliação do cadastro)

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

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Eliane Bardanachvili (Milênio)
Reportagem Katia Machado (subedição/Milênio), Adriano De Lavor, Bruno Dominguez (Milênio) e Patrícia Pimentel (estágio supervisionado)
Arte Dayane Martins (subedição/Milênio), Natalia Calzavara e Sérgio Eduardo de Oliveira (estágio supervisionado)
Documentação Jorge Ricardo Pereira,



Ministério
da Saúde



Lais Tavares e Sandra Benigno
Secretaria e Administração Onésimo
Gouvêa, Fábio Lucas e Vitor Gomes
Neto (estágio supervisionado)
Informática Osvaldo José Filho

Endereço

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

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas)

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

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

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762

Site www.fiocruz.br/ouvidoria

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

FALTA DE RAMPAS

Gostaria que a *Radis* publicasse que na Prefeitura de Maracás, na Câmara dos Vereadores, no Fórum de Justiça, Delegacia de Polícia, Quartel e alguns colégios não há rampa para acesso aos cadeirantes, deficientes visuais e idosos. Encaminhei denúncia ao Conade [Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência]. A lei que obriga a construção de rampas é de 1985, mas quem deveria dar o exemplo é o primeiro a descumprir a lei!

♦ Claudio Dias Santiago, presidente do Sindicato dos Trabalhadores na Agricultura Familiar (Sintraf), Maracás, BA

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA

BRASILEIRO, ANCESTRAL EUROPEU

Pesquisa coordenada pelo geneticista Sérgio Danilo Pena, da Universidade Federal de Minas Gerais, e publicada na revista científica *PLoS*, da Biblioteca Pública de Ciências dos Estados Unidos, revela que os brasileiros são bem mais europeus do que africanos. É o primeiro grande estudo a medir a ancestralidade da população do país a partir de sua genética, informou o site *Globo Online* (17/2). A participação europeia é preponderante, em todas as regiões do país, com percentuais que variam de 60,6% no Nordeste a 77,7% no Sul. Os pesquisadores analisam que a europeização do Brasil ocorreu a partir do fim do século XIX, com o fim do tráfico de negros e o início do fluxo migratório de aproximadamente 6 milhões de trabalhadores europeus. Sérgio Pena ressalta a importância do estudo tanto do ponto de vista histórico e antropológico, quanto do ponto de vista da saúde: os tratamentos podem ser mais homogêneos do que se imaginava. O pesquisador explica que a população brasileira, formada por três diferentes raízes — indígena, europeia e africana —, sempre se acreditou muito heterogênea, mas que, de acordo com o estudo, independentemente de classificações baseadas na cor da pele, os brasileiros são homogêneos do ponto de vista de sua ancestralidade.

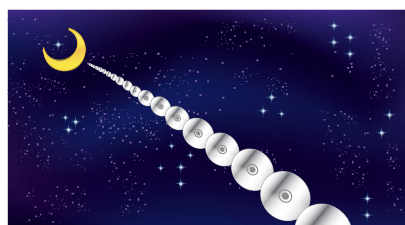
GASTOS SOCIAIS AUMENTAM PIB

Estudo divulgado (4/2) pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) aponta que gastos com educação e saúde resultam em crescimento favorável do Produto Interno Bruto (PIB). Os dados utilizados referem-se ao ano de 2006 e constam da pesquisa *Gasto com a Política Social: Alavanca para o Crescimento com Distribuição de Renda*, informou a *Agência Brasil* (4/2). De acordo com os cálculos, cada R\$ 1 gasto com educação pública gera R\$ 1,85 para o PIB. O mesmo valor gasto na saúde gera R\$ 1,70. Para a redução da desigualdade social, os valores que apresentam maior retorno são aqueles feitos com o programa Bolsa Família, que geram R\$ 2,25 de renda familiar para cada R\$ 1 gasto com o benefício, e os voltados a idosos e portadores de deficiência com renda familiar per capita inferior a 25% do salário mínimo —

que geram R\$ 2,20 para cada R\$ 1 gasto.

O diretor de Estudos e Políticas Sociais do Ipea, Jorge Abrahão, ressalta que “o gasto na educação não gera apenas conhecimento. Gera economia, já que ao pagar salário a professores aumenta-se o consumo, as vendas, os valores adicionados, salários, lucros, juros”. Além desses resultados, 56% dos gastos retornam ao caixa do Tesouro na forma de tributos. Para a técnica de Planejamento e Pesquisa do Ipea Joana Mostafa, “ampliar em 1% do PIB os gastos sociais, na estrutura atual, redonda em 1,37% de crescimento desse PIB. Ou seja, é o tipo de gasto que tem mais benefícios do que custo”.

INFORMAÇÃO ‘ATÉ A LUA’



Pesquisadores da Universidade da Califórnia traduziram em números o manancial de informações com o qual lidam, hoje, os habitantes do planeta. Já se sabia, por exemplo, que uma única edição de um dia de semana do jornal americano *The New York Times* tem mais conteúdo do que o acessado por um inglês médio do início do século 17, em toda sua vida. Agora, pesquisa de Martin Hilbert e Priscila López, contabilizou que se fosse armazenado o volume de informação que circula, hoje, em todo mundo nos mais diversos suportes analógicos e digitais, seriam necessários 404 bilhões de CDs de 730 megabytes cada, reunindo 295 trilhões de megabytes ou 295 exabytes, informou *O Globo* (11/2). De acordo com o estudo, publicado na revista *Science*, tendo cada CD 1,2 milímetros de espessura, isso resultaria em uma pilha que iria da Terra para além da órbita da Lua. Em 1986, cada ser humano tinha o equivalente a 539 megabytes (menos de um CD-ROM) de informação armazenada. O número de discos pulou para 61, em 2007. As formas de armazenamento também mudaram: em 2000, os meios analógicos guardavam cerca de 75% de toda a informação do planeta, mas em apenas sete anos, 94%

da informação já estavam armazenados em formatos digitais.

A capacidade da sociedade de comunicar esse volume de informação também aumentou, atingindo 2 quatrilhões de megabytes, conforme destaca o estudo. A evolução rápida dos computadores propiciou essas mudanças. De acordo com os pesquisadores, todos os computadores pessoais do mundo podem processar juntos aproximadamente 6,4 trilhões de Mips (sigla em inglês para milhões de instruções por segundo). Para Hilbert e López, a quantidade de cálculos que todos os computadores do mundo podem fazer está no mesmo nível da de impulsos nervosos executados pelo cérebro humano em um segundo.

Em entrevista ao *Correio Brasileiro* (11/2), Martin Hilbert observa que, ao longo das duas últimas décadas, nossa capacidade de computar informação cresceu ainda mais rápido que nossa capacidade de comunicar. Ao comparar os números da pesquisa com a capacidade do organismo humano, Hilbert diz que “a complexidade informacional de um ser humano é aproximadamente a mesma da capacidade de todas as nossas informações e tecnologias de comunicação combinadas juntas. Há, de fato, “um mundo” em cada um de nós: um mundo cheio de informação”, finaliza na entrevista ao *Correio*.

500 MIL NOVOS CASOS DE CâNCER SÓ EM 2011

O Instituto Nacional do Câncer (Inca) estima que o Brasil deve registrar 500 mil novos casos de câncer só este ano. O dado indica leve aumento em relação à previsão feita em 2010 — de 489 mil casos —, informou *O Estado de S. Paulo* (5/2). O aumento na ocorrência de casos no Brasil passou a ser registrado, mais recentemente, por causa do envelhecimento da população e dos avanços no tratamento de doenças infecciosas, antigas causas mais frequentes de morte.

De acordo com o jornal, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, durante evento que marcou o Dia Mundial do Câncer (4/2), na sede do Inca, anunciou que vem negociando com a indústria farmacêutica para reduzir o custo de medicamentos voltados para o tratamento da doença. Outra medida que vem sendo levada à frente é a criação de um programa nacional para avaliação da qualidade dos exames de mamografia,

como informou o jornal *Folha de S.Paulo* (05/02). A intenção do governo é ampliar na rede pública o acesso ao tratamento do câncer e intensificar o controle de qualidade de exames preventivos, com o objetivo de impedir erros de diagnóstico.

Cerca de 400 organizações de 120 países se mobilizaram para que sejam adotadas estratégias de prevenção contra o câncer e outros males crônicos não transmissíveis, como diabetes e problemas cardiovasculares e respiratórios, de acordo com o *Correio Braziliense* (5/2). Ao lado do câncer, elas consomem mais de 70% dos gastos com atendimento e tratamento do SUS. Em setembro, está prevista apresentação, pelo governo, na Assembleia Geral da ONU, de agenda estratégica de ações para reduzir o número de casos e o impacto do câncer e outras doenças crônicas no sistema público de saúde. O tema foi incluído na pauta do evento por decisão das Nações Unidas. "Queremos incentivar a vida saudável e o hábito de fazer exames de prevenção para conter os números", explicou ao *Correio Braziliense* o coordenador de ações estratégicas do Inca, Cláudio Noronha. Tumores nas mamas, fígado, pulmão e região colorretal são responsáveis pela maioria das mortes. A recomendação para se precaver é ficar longe do tabaco, prevenir-se contra infecções crônicas por vírus (como o da Hepatite B e o HPV) e evitar o sobrepeso com alimentação equilibrada, completou o jornal *Extra* (5/2).

MULHERES NO MERCADO DE TRABALHO

O sexo feminino ainda está em desigualdade de condições em relação ao masculino, no mercado de trabalho. Dados do Sistema de Indicadores do programa Rio Como Vamos (RCV), referentes ao Rio de Janeiro e divulgados por ocasião do Dia Internacional da Mulher (8 de março), mostraram que, no emprego formal, em 2009, o salário médio das trabalhadoras era 13,2% inferior ao dos homens (R\$1.871 contra R\$2.156),

informou o jornal *O Globo* (28/02). A cidade encerrou 2009 com 2,2 milhões de pessoas empregadas, das quais 59,4% eram homens e 40,6%, mulheres, segundo dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS/MTE). Nos cargos de direção, elas representavam 38%. Dos 888,5 mil trabalhadores que tiveram suas carteiras assinadas, em 2010, de acordo com o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged/MTE), os de sexo feminino foram minoria, mais uma vez: 37%. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad/IBGE) de 2009 mostra que, quando chefes de família, as mulheres gastam 21,2 horas semanais nos trabalhos da casa. Como companheiras do chefe da família, as horas sobem para 23,31. Já os homens passam apenas 5,63 horas semanais em serviços da casa. "O mercado de trabalho mudou com a entrada maciça das mulheres, mas a organização da vida privada, não. Aí reside a maior desigualdade entre homens e mulheres.", disse a presidente do Rio Como Vamos, Rosiska Darcy de Oliveira.

MAPA GENÉTICO DA HEPATITE C

Pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) estão fazendo um mapa genético da hepatite C, de modo a lidar com a grande variação genética do vírus causador da doença. Assim como o HIV, da aids, o vírus da hepatite C (VHC ou HCV, na sigla em inglês) tem alta taxa de mutação, dando origem a cepas que escapam do sistema imunológico. Esta é uma das causas da falha do tratamento antiviral. O estudo, inédito, poderá ajudar a aumentar a chance de cura da doença, informou *O Globo* (11/02). A ideia de investigar a história evolutiva do VHC no Brasil surgiu de pesquisas semelhantes às desenvolvidas com o HIV e pela disponibilidade de grande número de sequências da VHC obtidas pelo Laboratório de Hepatites Virais do IOC, como explica a cientista Elisabeth Lampe, uma das autoras. Sequências genéticas de 231 amostras de casos isolados da doença nas cidades do Rio de Janeiro e Goiânia, entre 1995 e 2007, foram analisadas, com a colaboração do Laboratório de Aids e Imunologia Molecular do IOC. Entre os 2 milhões de brasileiros infectados, prevalecem os subtipos 1a, 1b e 3a (dos seis grandes genótipos), conforme mostram estudos. "As características das linhagens brasileiras do HCV apresentam diferenças entre si, quando comparadas com as que circulam em outros países", explica Elisabeth. Essas características ajudam a entender melhor a disseminação da doença e a buscar novas estratégias de prevenção e tratamento. "É importante



RAPOSAS NO GALINHEIRO

— A tropa de choque dos deputados e senadores ruralistas resolveu combater na origem a formulação de leis voltadas à proteção ambiental. A Comissão de Meio Ambiente do Senado conta entre seus integrantes com nomes como o do senador latifundiário Blairo Maggi (PR-MT), tido como o maior produtor individual de soja do mundo. Na vice-presidência da comissão, está a senadora Kátia Abreu (DEM-TO), presidente da Confederação Nacional da Agricultura. Na Câmara, a comissão de Meio Ambiente tem à frente o deputado Giovanni Cherini, um dos 160 ruralistas do Congresso, listados pelo Departamento Intersindical de assessoria Parlamentar (Diap). Pela declaração da senadora Kátia Abreu ao jornal *O Globo* (26/2), já se pode ter uma ideia das intenções dessa ala da comissão: para ela, informou o jornal, os ruralistas, antes pegos de surpresa, prepararam-se, e hoje o debate é de igual para igual com os ambientalistas. "O tempo da reserva de mercado acabou. Nós, ruralistas, convencemos a sociedade com nossos argumentos", afirmou.

O coordenador de políticas públicas da organização ambiental Greenpeace, Nilo D'Ávila, registrou,

estimar a história evolutiva da infecção por HCV para prever o futuro impacto da doença, principalmente das formas mais graves como a cirrose e o câncer hepático, já que o lapso entre a infecção e o desenvolvimento das sequelas é de várias décadas", alertou. Estudos semelhantes aos da Fiocruz comprovam que o vírus da Hepatite C circula na África e na Ásia há pelo menos 1.100 anos, tendo sido isolado em 1989. Só entre 1980 e 1995, houve redução do crescimento das taxas de infecção. No Brasil, a doença se espalhou após a segunda metade do século 20.

REMÉDIOS SEM CUSTO PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Medicamentos contra a hipertensão e diabetes entraram no grupo dos que chegam à população



na mesma reportagem, sua preocupação com a força que os parlamentares da bancada ruralista adquiriram no colégio de líderes de partidos, citando como exemplos o líder do PSDB na Câmara, deputado Duarte Nogueira (SP), e o do PDT, Giovanni Queiroz (PA).

Para o deputado ambientalista Alfredo Sirkis, a preocupação reside na “visão retrógrada” da bancada ruralista sobre a atividade agropecuária no país. “Muitos ruralistas têm uma visão bélica, são movidos a ganância e ignorância”, resumiu.

As galinhas (parlamentares e cidadãos que defendem o meio ambiente) precisam dobrar a guarda.

ATÉ O ELIO GASPARI — A contar pelos comentários que fez em uma de suas colunas dominicais no jornal *O Globo* (13/2), o jornalista Elio Gaspari admitiu o SUS como um bom caminho para a saúde dos brasileiros. Referindo-se a pesquisa do Instituto de Pesquisa Aplicada (Ipea) que verificou como os brasileiros avaliam o sistema (ver matéria na pag. 9), o jornalista observou que existe “um perigoso ingrediente de ignorância convencional” entre os que percebem a rede de saúde pública brasileira como “um desastre”. Para ele, os resultados que apontam que 34% dos entrevistados que não tiveram experiência alguma com o SUS acharam-no ruim ou muito ruim e só 19,2% acharam-no bom ou muito bom propagam essa “ignorância convencional”. Elio Gaspari fez sua interpretação. “A visão catastrofista está mais em quem não usa o serviço do que naqueles que usam”, escreveu.

E deu um palpite: “quem não usa um serviço que atende o andar de baixo sente-se recompensado ao achar que ele não presta, pois custa-lhe dinheiro fugir da rede de atendimento da patuleia. Julga-se protegido, mesmo suspeitando que o plano de saúde poderá desová-lo na rede pública quando seu tratamento for mais caro”. Depois de enumerar resultados positivos apresentados na pesquisa, como os que se referem ao atendimento no Programa Saúde da Família e à distribuição de remédios, o jornalista apontou que os números do Ipea situam o SUS em patamar “pouco melhor que o do sistema público e privado americano” — ressaltando que isso “não chega a ser um elogio”... — e “um pouco pior que o austríaco”. Embora pareça esquecer-se ou não se dar conta de que é também um usuário do sistema, Elio Gaspari conclui: “se a freguesia do SUS botar a boca no mundo toda vez que for mal atendida, ele melhorará. Se baixar a cabeça, achando que ‘é assim mesmo’, piorará”. A “freguesia do SUS” somos todos nós.

PERDA — A morte do médico, professor, sanitarista e escritor Moacyr Scliar, em 27/2, aos 73 anos, representou grande perda para a saúde pública. Atuante no movimento da Reforma Sanitária, Scliar lutou por melhores condições de saúde e dignidade para todos os cidadãos. Essa preocupação expressou-se



em artigo seu sobre a tuberculose, para o jornal *Correio Braziliense*, em 2008, reproduzido pela *Radis* (65). “Foi a tuberculose que me levou à saúde pública: dei-me conta de que não era suficiente tratar os casos, mas que algo precisava ser feito em termos de população”. Nascido em Porto Alegre, em 1937 e formado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Scliar tornou-se especialista em Saúde Pública e concluiu doutorado em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Como escritor, Moacyr Scliar publicou cerca de 80 livros, nos quais enfatizava as temáticas médicas e judaicas. Por três vezes, ganhou o prêmio Jabuti, considerado o mais importante da literatura brasileira. Em 2003, foi eleito membro da Academia Brasileira de Letras. Moacyr Scliar morreu em Porto Alegre, durante a madrugada, de falência múltipla dos órgãos, depois de ter sofrido um acidente vascular cerebral.

PESQUISA BRASILEIRA NO ‘LANCET’

— A saúde no Brasil é tema da edição de maio do jornal científico americano *The Lancet*, trazendo artigos de renomados pesquisadores brasileiros, sobre sistemas de Saúde, saúde materno-infantil, doenças infecciosas, doenças crônicas e causas externas. Haverá evento de lançamento em Brasília, nos dias 9 e 10 de maio, no auditório da Organização Pan-Americana da Saúde. O evento reunirá autoridades sanitárias nacionais, pesquisadores, gestores da Saúde, autores, entidades como Abrasco e Cebes e os editores do *Lancet*.

sem custo, no programa *Aqui Tem Farmácia Popular*. A divulgação foi feita na primeira cerimônia pública da presidenta Dilma Rousseff, no Palácio do Planalto, um mês depois de tomar posse, informou o jornal *Extra* (4/2). O usuário tem acesso ao medicamento apresentando a receita médica, CPF e documento com foto, dependendo da disponibilidade do produto, em um dos 15 mil estabelecimentos conveniados ao programa do governo, de acordo com *O Estado de S. Paulo* (4/2). Dados do governo apontam que 33 milhões de pessoas têm hipertensão e 7,5 milhões sofrem com o diabetes, aponta o jornal *Extra* (04/02). O acesso aos remédios para controlar pressão e colesterol já é responsável pela queda nos índices dessas doenças dos países mais ricos.

NOVOS GENÉRICOS

A Anvisa liberou (7 e 14/2) registros para os dois primeiros medicamentos genéricos com a substância Tenofovir, utilizada no tratamento de Aids e hepatite, informou o portal G1 (18/2). As concessões para a entrada de pelo menos seis novos genéricos no mercado estão sendo feitas desde novembro de 2010. Os outros genéricos já aprovados foram o fumarato de quetiapina, usado no tratamento de esquizofrenia aguda ou crônica; o entacapona, para tratar o Mal de Parkinson; a dacarbazina, utilizada no tratamento de câncer, e a rosuvastatina cálcica, para o tratamento de redução do colesterol e dos riscos cardiovasculares. A previsão da Anvisa é de aprovar o registro de outros 18

genéricos. “São medicamentos que integram a lista de prioritários. Entre eles, há mais remédios para o tratamento de câncer, leucemia, artrite, entre outros”, explicou o presidente em exercício da Anvisa, Dirceu Barbano. Não há, no entanto, prazo definido para que os medicamentos sejam disponibilizados no mercado. O órgão está priorizando o registro de medicamentos que ainda não contam com genéricos e que são importantes do ponto de vista da saúde pública. O Ministério da Saúde anunciou a produção de 9 milhões de comprimidos do genérico do tenofovir, fabricados pela Fundação Ezequiel Dias (Funed), de acordo com a *Agência Brasil* (18/02). Cerca de 64 mil pessoas com aids usam o medicamento no país. O ministério prevê ainda uma economia de R\$ 80 milhões por ano.

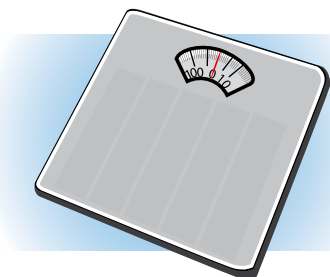
Segundo o site da própria Anvisa (17/2), em 2 de fevereiro, o órgão publicou resolução que instituiu novas regras para os procedimentos de acompanhamento, instrução e análise dos processos de registro e pós-registro de medicamentos de interesse do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda segundo a instituição, foi publicado também em fevereiro o primeiro registro de um insumo farmacêutico ativo (IFA), princípio ativo responsável pelo funcionamento dos medicamentos. O primeiro insumo registrado na agência é o Aciclovir, substância empregada no tratamento da herpes zoster. O início do registro de insumos farmacêuticos vai garantir a isonomia das exigências sanitárias em relação aos produtos elaborados no país e os importados. Isso significa um incentivo ao desenvolvimento dos setores farmoquímicos e farmacêuticos do Brasil, e garante o acesso a produtos de melhor qualidade pela população brasileira.

POLÊMICA NA PROIBIÇÃO DE INIBIDORES DE APETITE

Em audiência pública (23/2) que durou cerca de quatro horas, médicos, farmacêuticos e um representante do Ministério Público discutiram a resolução da Anvisa que proíbe a venda de sibutramina e três outros inibidores de apetite (anfrepamona, femproporex e mazindol) no Brasil. A proibição, que já ocorre nos Estados Unidos e Europa, gerou polêmica e a decisão foi adiada pelo órgão, sem prazo definido, informou o jornal *O Globo* (24/2). Técnicos da Anvisa apresentaram a norma que trata da ineficácia dos três anorexígenos e da sibutramina, utilizados nos medicamentos para emagrecer. A agência decidiu proibir a comercialização de remédios elaborados a partir dessas substâncias, porque estudos revelaram aumento de problemas cardiovasculares entre os usuários. Estudo publicado no *New England Journal of Medicine*, que acompanhou dez mil pacientes em 16 países, revelou que houve aumento de 16% no risco de complicações cardiovasculares entre os usuários da sibutramina. A substância foi banida entre americanos e europeus. O presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Ricardo Meirelles, manifestou-se contra a proibição. Ele sustentou que o objetivo do tratamento de obesos não é fazer o paciente chegar ao peso ideal, mas reduzir os problemas causados pelo excesso de peso. E completou: "Se proibir, será criado um mercado negro. Quem emagreceu voltará a engordar, com os riscos inerentes". Para ele, a comunidade científica precisa ser ouvida antes de a

Anvisa tomar posição. Já o coordenador da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, José Ruben Alcântara, colocou-se a favor da restrição. "Os riscos dos anfetamínicos superam os benefícios, que, aliás, são muito escassos. Para não dizer inexistentes. São pílulas causadoras de doenças", afirmou ele, à frente da entidade que, desde 1991, luta para banir os medicamentos do mercado. Para José Ruben, os médicos não registram os danos causados pelo seu uso, e, por isso, há uma subnotificação de ocorrências de problemas.

NÚMERO DE OBESOS DOBROU




S.E.O.

O mundo tem meio bilhão de pessoas obesas, duas vezes mais do que há trinta anos, concluiu pesquisa publicada (3/2) no jornal científico *Lancet*. Realizada pela Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, e pelo Imperial College London, na Inglaterra, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Fundação Bill e Melinda Gates, a pesquisa trabalhou dados colhidos em 199 países e territórios entre 1980 e 2008, informou a *Folha de S. Paulo* (4/2). Os Estados Unidos aparecem como líderes da tendência ao crescimento, e China e Brasil destacam-se pelo elevado número de pessoas acima do peso. Há 31 anos, 4,8% dos homens e 7,9% das mulheres tinham índice de massa corporal (calculado a partir do peso e da altura) acima de 30, o que configura obesidade. Há três anos, 9,8% dos homens e 13,8% das mulheres tinham passado dessa marca. Mais de um adulto, em cada dez, está obeso. "A obesidade envolve consumo alimentar, muito ligado à emoção e estilo de vida. Não há pílula mágica para tratar isso", observou endocrinologista Bruno Geloneze, coordenador do laboratório de metabolismo e diabetes da Unicamp, em entrevista ao jornal. O médico atribui o quadro não só aos hábitos alimentares, como aos processos de urbanização e automização, que reduzem o gasto energético. "Sua bisavó, quando tomava suco, espremia a laranja. Hoje, é só abrir a geladeira".

LEI MARIA DA PENHA I

Levantamento do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), com base em informações dos tribunais de estados brasileiros concluiu que a Lei Maria da Penha contabiliza resultados positivos crescentes, desde que entrou em vigor, em agosto de 2006, informa o jornal *O Globo* (13/3). No período, pelo menos 70.574 mulheres conseguiram, na Justiça, medidas de proteção para sair da situação de risco, e pelo menos 76.743 sentenças definitivas estão em processo por agressão a mulheres. Nos estados, tramitam 332.216 processos nas 44 varas e juizados especializados, o que representa 87,2% dos 107.597 processos relacionados à violência contra a mulher, segundo o Tribunal de Justiça. A maior estrutura do país está no Rio de Janeiro com 93.843 processos em sete juizados especiais. A juíza Morgana Richa, coordenadora do grupo do CNJ que monitora a aplicação da Lei Maria da Penha defende que o assunto seja também tratado por varas especializadas. "A violência configura um cenário mais complexo do que a agressão. Tem o problema da recorrência, da dependência afetiva, dos vínculos familiares. Daí a importância de a matéria ser tratada não só por sentença", afirma.

LEI MARIA DA PENHA II

Um juiz da comarca de Rio Pardo, (RS), decidiu aplicar a Lei Maria da Penha a uma relação homossexual e concedeu medida de proteção a um homem que afirmou estar sendo ameaçado pelo ex-companheiro, informou o site Último Segundo (25/02). O caso aconteceu quando, segundo o juiz, depois de terminar há dois meses um relacionamento de um ano, a vítima passou a ser perseguida e ameaçada pelo ex-companheiro que chegou a agredi-lo. Ele pediu proteção à Justiça que obrigou o agressor a manter uma distância de, no mínimo, 100 metros do ex-companheiro. O juiz observou que a Lei Maria da Penha tem como objetivo a proteção das mulheres contra a violência doméstica, mas qualquer pessoa em situação vulnerável pode ser beneficiada (*Radis* 92). A lei já foi aplicada em relações homossexuais entre mulheres e também em relações heterossexuais quando o homem é vítima de violência. 

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



O SUS que não se vê

Sistema faz parte do dia a dia de todos os brasileiros, mas não é reconhecido em suas diversas dimensões

Adriano De Lavor, Bruno Dominguez e Katia Machado

Pense no que você fez, em seu dia a dia, nos últimos 12 meses. Se foi à farmácia adquirir um medicamento, vacinou-se, fez uma compra no supermercado ou foi à padaria, precisou de um procedimento médico de alta complexidade para você ou algum familiar, não há dúvida: você usou o SUS. Um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, resultado de luta da sociedade civil organizada, movida pela determinação de bravos sanitaristas, o Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição de 1988 e regulamentado dois anos depois, pelas leis 8.080 e 8.142, tem, quase 21 anos depois de sua criação, uma abrangência muito maior do que a percebida pela maioria dos brasileiros.

Levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) indica que boa parte da população ainda desconhece a amplitude do SUS: 34,3% afirmaram nunca ter usado o sistema — o que é pouco provável. Publicado em fevereiro, o Sistema de Indicadores de Percepção Social (Sips/Ipea) — que tem como finalidade construir indicadores sociais para verificar como a população avalia os serviços de utilidade pública e seu grau de importância para a sociedade — indicou que o SUS recebeu melhor avaliação de quem declarou tê-lo utilizado (68,9%) do que daqueles que afirmaram não fazê-lo.

Entre os que declararam ter tido alguma experiência com o SUS, 30,4% consideram os serviços bons ou muito bons, enquanto, entre os que informaram nunca ter usado o SUS, o índice dos que avaliam os serviços como bons ou muito bons, cai para 19,2%. Por outro lado, os que consideram o SUS ruim ou muito ruim são em maior número entre os que informaram nunca ter usado (34,3%) o sistema, do que entre os que disseram ter usado (27,6%).

Mas será que existe no país quem nunca tenha utilizado o SUS? O que os resultados da pesquisa indicam, indiretamente, é que boa parte dos brasileiros desconhece que o SUS não se restringe ao atendimento prestado em centros e/ou postos de saúde. “A pesquisa do Ipea demonstrou que a avaliação positiva do SUS se dá por quem utiliza os serviços assistenciais”, observa a secretária executiva do Ministério da Saúde, Márcia Amaral. “No entanto, também é importante destacar os benefícios trazidos para a saúde da população brasileira de forma geral, com o advento do sistema”, ressalta, destacando que “por meio da atenção básica foi possível atingir coberturas vacinais e de pré-natal que se aproximam da universalidade” (ver box, na pág. 10).

Radis discute aqui o que faz o Sistema Único de Saúde, em toda a sua extensão, *desaparecer* aos olhos dos brasileiros, buscando localizar como e por que as limitações do sistema se sobressaem, ao mesmo tempo em que o SUS não recebe o devido crédito no que diz respeito às ações de saúde bem sucedidas no país.

RAÍZES

Radis apresenta também exemplos desse SUS que não se vê — ações de vigilância em Saúde, como o trabalho da Anvisa e as campanhas de imunização; procedimentos de alta complexidade, como o transplante de órgãos; programas de prevenção e tratamento reconhecidos internacionalmente, como o de combate ao HIV/aids, além da produção de tecnologia e conhecimento, a exemplo do que se faz na Fiocruz e em outras instituições públicas de pesquisa e/ou ensino em saúde, entre muitos outros.

Esse cenário de desconhecimento tem, em grande medida, raízes em questões relacionadas à comunicação. Percebe-se, no entanto, que está também nas mãos dos gestores públicos, que trazem para si o crédito de realizações que, na verdade, são viabilizadas pelo SUS, a responsabilidade por garantir que o sistema se apresente do tamanho que ele realmente é. Falta, também, mexer na visão da Saúde que predomina, hoje, de consumidora de recursos, enfatizando-a, em vez disso, como geradora de riqueza, como o setor econômico que mais investe em inovação e desenvolvimento tecnológico do país, o que faz dele um motor do desenvolvimento.



No que diz respeito à relação entre o Sistema Único de Saúde e a mídia, não é de hoje que o tema interessa aos pesquisadores da comunicação e da saúde. Em 2000, o jornalista Valdir Oliveira, professor do Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde (Icict/Fiocruz), já chamava atenção para uma pesquisa realizada em 1998, que mostrava que a maioria dos entrevistados não sabia definir com precisão o significado da sigla SUS.

No artigo publicado na edição de agosto daquele ano da revista *Interface* (www.interface.org.br) — voltada a comunicação, saúde e educação —, ele apontava que as principais imagens e informações divulgadas pela mídia sobre

o sistema estavam mais comumente associadas “às mazelas e dificuldades do setor, quase sempre a partir de uma suposta ineficiência do Estado, incompetência das autoridades ou dos profissionais da área”. Valdir advertia que esse realce em aspectos negativos impedia que o SUS criasse para si melhor imagem na esfera pública e desmontasse “uma construção discursiva sectariamente corrosiva e conduzida por grupos contrários a ele”.

O OLHAR DA IMPRENSA

Em julho de 2005, atendendo à sugestão de um leitor, *Radis* (edição 35) mostrou que, 15 anos após a criação do SUS, algumas instituições públicas de

saúde ignoravam a determinação do Ministério da Saúde de exibir a logomarca do sistema — também obrigatória em prédios, veículos, uniformes, ofícios e publicações — e que boa parte da população desconhecia seu significado.

No texto, o comunicador e sanitário Mario Scheffer avaliava que a falta de uso da logomarca também refletia estratégias de desvalorização do sistema. “O lado bom do SUS é pouco conhecido, há preconceito, desinformação e até má fé de setores que lucram com a exposição negativa dos serviços públicos de saúde”, declarou à revista.

O coordenador de redação da Assessoria de Imprensa do Ministério da Saúde, Renato Strauss, considera “desafiador”

COBERTURA VACINAL

Referência no controle e eliminação de doenças

Considerado referência mundial pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Programa Nacional de Imunização (PNI), a cargo da Secretaria de Vigilância em Saúde, faz parte do SUS e vem apresentando resultados notáveis. Se, em 1973, o país erradicou a varíola, em 1994, foi a vez de a poliomielite sair de cena — a Organização Mundial da Saúde (OMS) concedeu ao Brasil o Certificado de Erradicação da doença. A utilização de vacinas contra as duas doenças projetou o Brasil como pioneiro no planejamento e desenvolvimento de campanhas de vacinação em massa.

São 13 diferentes vacinas, com proteção para 19 doenças e êxito comprovado internacionalmente, no que diz respeito a cobertura e controle ou eliminação de doenças. As vacinas antimeníngeocócica, que imuniza contra a doença meningocócica, e pneumocócica 10-valente, que protege contra a bactéria causadora de meningites e pneumonias pneumocócicas, sinusite, inflamação no ouvido e bacteremia (presença de bactérias no sangue), entre outras doenças, foram incorporadas ao Calendário Básico de Vacinação da Criança, em 2010. Segundo o Ministério da Saúde, a previsão é que sejam evitadas cerca de 45 mil internações por pneumonia por ano em todo o Brasil, a partir de 2015. A média dessas internações deverá cair de 54.427 para 9.185 — redução de 83%.

O PNI tem controlado outras tantas doenças que ameaçavam milhares

de crianças brasileiras, passando pelas formas graves de tuberculose, tétano, coqueluche, difteria, sarampo, rubéola, caxumba e febre amarela. As coberturas vacinais em crianças menores de um ano de idade ultrapassaram a meta nacional ao longo dos anos: 90% para a BCG (Bacilo Calmette-Guérin), utilizada para a prevenção da tuberculose, e 95% para as demais.

Dados do Ministério da Saúde mostram que o Brasil foi o primeiro país do mundo a incluir a vacina contra rotavírus no sistema público de saúde. Mais de 60% das crianças menores de um ano foram beneficiadas, já em 2006, ano da inclusão. Em 2009, o percentual da população vacinada com duas doses da vacina atingiu a marca de 84,26%.

Desde 2000, não há também detecção do vírus autóctone do sarampo no país. Em setembro de 2010, foi entregue à Opas o relatório da última etapa para certificação de que o país está livre da circulação do vírus. A cobertura vacinal abrange também a febre amarela: são mais de 65,6 milhões de brasileiros vacinados contra a doença. A maioria (62,5%), residente nas chamadas áreas com recomendação de vacina (ACRV). A rubéola é outro exemplo de doença prevenível por

vacina que teve expressivo declínio no número de casos em apenas quatro anos (96%), passando de 5.867, em 2001, para 233, em 2005. Como, em 2007, registrou-se aumento dos casos, mais de oito mil, o Ministério da Saúde preparou, em 2008, a maior campanha de vacinação já realizada por um país. Foram vacinadas naquele ano, segundo dados do MS, 67,9 milhões de pessoas, o que representou cobertura vacinal de 96,75%.

Situação semelhante aconteceu com o controle da gripe H1N1. Entre abril e dezembro de 2009, o país havia registrado mais de 46 mil casos e 2.051 mortes pela nova gripe. Para enfrentar a segunda onda da pandemia, em 2010, o Brasil realizou complexa campanha de vacinação direcionada para os grupos com maior risco de adoecer gravemente ou morrer em decorrência da gripe: cerca de 90 milhões de pessoas foram imunizadas contra a doença.



Vacina contra a poliomielite é uma das 13 que compõem o programa de imunização do SUS: pioneirismo brasileiro

FOTO: MINISTÉRIO DA SAÚDE



mostrar à imprensa os pontos positivos do SUS, “um dos poucos sistemas de acesso universal à saúde no mundo, ainda em construção”. Ele reconhece que os pontos positivos do sistema não recebem a mesma atenção dos jornalistas que os negativos. As doenças com potencial para gerar epidemias (dengue, gripe e leptospirose, por exemplo), bem como problemas relacionados à assistência — espera por atendimento, acesso a medicamentos, pressão pela inclusão de novos procedimentos — são os assuntos que mais despertam o interesse da imprensa, aponta, devido à “força das imagens e dos relatos das pessoas diretamente afetadas e pela oportunidade de confrontar e cobrar ações do poder público”.

Programas de excelência como tratamento da aids, transplantes e redes de doadores de medula, além da melhora de diversos indicadores de saúde — redução das taxas de mortalidade infantil e na infância e eliminação de doenças como poliomielite, rubéola e sarampo — quando recebem cobertura da imprensa, não aparecem como ações realizadas pelo SUS, informa Renato.



Umberto Trigueiros: “ninguém diz de cara limpa que é contra o SUS”

À frente das assessorias de Comunicação do Ministério da Saúde na gestão do ministro Jamil Haddad, em 1993 e 1994, e da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, nas gestões de Sérgio Arouca e José Noronha, de 1987 a 1990, o jornalista Umberto Trigueiro, diretor do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em



Cristina: trabalho do profissional de comunicação é político

Saúde (Icict) da Fiocruz, identifica “má vontade” da grande mídia em relação ao SUS. Em grande parte resultante de orientação ideológica neoliberal, “uma postura privatista que considera que o público não funciona”. Essa postura também se verifica na cobertura jornalística de outras áreas, como transportes e mineração, por exemplo.

AIDS

Acesso universal e gratuito aos antirretrovirais

O Brasil é referência internacional no tratamento de aids, mas nem todos aprovam as ações na área ou as vinculam ao SUS, no país. O relatório *State of the Aids response* (Estado da resposta à aids), de 2010, do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaids), indica que apenas 50% dos brasileiros confiam que o país está lidando com a doença eficazmente. O próprio relatório discorda dessa visão e cita o país como líder mundial no combate à epidemia.

Desde 1996, o Brasil garante acesso universal e gratuito aos antirretrovirais, com a regulamentação da Lei nº 9.313. Assim, atingiu uma das metas dos *Objetivos do Milênio* — de garantir o acesso universal ao tratamento de HIV/aids para todas as pessoas que necessitem — antes mesmo de estes serem estabelecidos pela Organização das Nações Unidas, em 2000.

O tratamento e os avanços científicos mudaram a morbimortalidade por aids e aumentaram a sobrevida dos pacientes no país. Entre 1996 e 2008, o coeficiente de mortalidade por aids caiu 37,6% — de 9,6 óbitos por 100 mil habitantes para 6,1 óbitos por 100 mil

habitantes, segundo o relatório *Saúde Brasil 2009* (Radis 103).

“Só conseguimos dar acesso universal aos medicamentos porque existe o SUS”, avalia Ronaldo Hallal, coordenador de Cuidado e Qualidade de Vida do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. A Unaids elogia o fato de o país trabalhar a doença a partir da abordagem de direito humano.

POLÍTICA NA PRÁTICA

As ações do SUS começam na prevenção: divulgação de informação e disponibilização de camisinhas masculinas e femininas para a população geral, gel lubrificante para profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens e kits de redução de danos para pessoas que fazem uso de drogas. Em 2009, o governo distribuiu 467 milhões de camisinhas. Nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), é possível fazer testes sigilosos para HIV, sífilis e hepatites B e C. Quem procura o serviço é acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde responsável por orientar sobre o resultado final do exame, independente-

mente de ser positivo ou negativo. Em 2009, foram distribuídos pelo SUS 8,9 milhões de testes de HIV, buscando-se reduzir os casos de diagnóstico tardio.

Quando os resultados são positivos, os CTAs encaminham os pacientes para tratamento nos serviços de referência, onde o paciente deve receber tratamento integral, que inclui cuidados de enfermagem, apoio psicológico, atendimentos em infectologia, ginecologia, pediatria e odontologia, controle e distribuição de antirretrovirais, orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento, distribuição de insumos de prevenção e atividades educativas.

O Brasil também se destaca nas ações relativas à aids por articular a redução de preços de medicamentos e fortalecer a indústria nacional para produção de drogas, exames diagnósticos e outros insumos. Em 2007, o marco desse movimento: o ex-presidente Lula determinou o licenciamento compulsório do antirretroviral Efavirenz, então usado por 38% dos pacientes brasileiros. “Nossa intenção é manter a autonomia, a independência e a sustentabilidade das nossas ações”, diz Hallal.



Umberto observa, no entanto, que essa “má vontade” associa-se às limitações do próprio sistema, acabando por fragilizá-lo. Ele explica que, como muitas das atribuições do SUS, mesmo que retoricamente defendidas por governo e sociedade, ainda não foram implementadas, esse descompasso facilita a ação dos opositores, que não o atacam publicamente, mas se articulam para atrasar seu desenvolvimento. “Ninguém se levanta, de cara limpa, para dizer que é contra o SUS”, observa.

Uma das estratégias para minar o sistema é derrubar fontes de financiamento, por exemplo. Ele lembra que o mesmo governo que defende o

SUS destina recursos do Estado para o financiamento de planos privados. “Isso não aparece na mídia”, aponta Umberto, para quem o sistema de saúde suplementar também funciona mal e somente aparece nos jornais quando é alvo de escândalo.

COMUNICADOR COMO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Outra razão apontada por Umberto diz respeito à rotatividade dos profissionais de comunicação que atuam no SUS, nas assessorias do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais, a maioria com vínculo esporádico, contratada via processos licitatórios e/ou agências.

“Isso desqualifica a atuação”. Ele lembra que são poucas as instituições que, como a Fiocruz, enxergam o comunicador como um profissional da saúde. “Não adianta tratar como se fosse marketing político. Alguém tem que levar a cabo uma política mais alinhada com as diretrizes do sistema”.

A jornalista Cristina Ruas concorda: “Não existe comunicação sem mobilização; nem mobilização sem comunicação”. Pesquisadora do projeto Fundo Global Tuberculose Brasil — voltado à população mais suscetível aos agravos da tuberculose nas regiões metropolitanas —, ela atua na área da saúde desde 1982. Cristina

PESQUISA E DESENVOLVIMENTO

Nos laboratórios públicos, foco no cidadão, não no mercado

Pesquisa e o desenvolvimento de produtos dela decorrentes são motores do crescimento econômico de um país e de seu fortalecimento em nível internacional — geram empregos, enriquecem a indústria nacional e reduzem a dependência do conhecimento estrangeiro. Na saúde, o impacto é ainda mais significativo, pois tende a melhorar o cuidado.

O investimento público é fundamental nessa área, em que se observa a falta de interesse de empresas privadas em voltar sua produção para determinadas doenças — chamadas de negligenciadas. Justamente por isso, o SUS precisa contar com uma base de pesquisa em saúde, hoje formada por 19 laboratórios públicos voltados para desenvolvimento e produção de medicamentos, soros e vacinas. Juntos, produzem 80% das vacinas e 30% dos medicamentos utilizados no sistema.

Entre 2003 e 2010, esses laboratórios receberam R\$ 450 milhões em recursos e três novas fábricas tiveram R\$ 320 milhões de aporte financeiro pelo Ministério da Saúde. Nesse período, o Brasil incorporou três novas vacinas e dois medicamentos por meio de acordo de transferência de tecnologia. Parcerias público-privadas levaram à produção de

21 novos medicamentos, além de dispositivos intrauterinos (DIU), gerando economia de R\$ 170 milhões por ano aos cofres públicos.

Investimentos conjuntos dos ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia, que somaram R\$ 700 milhões, possibilitaram 3,6 mil estudos em mais de 400 instituições acadêmicas.

Entre as instituições públicas de pesquisa, a Fundação Oswaldo Cruz é um dos exemplos mais citados. Somente Farmanguinhos, instituto de pesquisa, desenvolvimento e produção da Fiocruz, produz em torno de 1 bilhão de medicamentos por ano para o SUS — antibióticos, antiulcerosos, analgésicos e produtos dermatológicos, entre outros.

Destacam-se medicamentos para o combate à aids, à tuberculose e à malária, além de kits para assistência farmacêutica em penitenciárias e para calamidades.

“O diferencial de Farmanguinhos como laboratório oficial é que alia pesquisa e desenvolvimento tecnológico”, diz Hayne Felipe, diretor do instituto. Para ele, o Brasil vem evoluindo em pesquisa e desenvolvimento em saúde: está numa segunda fase, em que utiliza e transforma os insumos. O objetivo é ser um país inovador, com uma indústria farmoquímica pujante, produzindo princípios ativos próprios. “É impor-

tante para a soberania do país chegar a essa terceira fase”. Os laboratórios públicos, informa Hayne, vêm discutindo com o Ministério da Saúde maneiras de produzir itens de maior valor tecnológico e valor agregado.

Farmanguinhos se prepara para fabricar o imunossupressor tacrolimo, usado por pacientes submetidos a transplante de rim, e uma combinação de medicamentos 4 em 1 para tuberculose que pode ampliar a adesão ao tratamento e diminuir as taxas de abandono, um dos principais problemas na terapia contra a doença.



FOTO: PETER LUCIEV/FIOCRUZ

Nos laboratórios públicos, pesquisa e produção do que não é de interesse dos privados



explica que a comunicação ideal se baseia em três pilares: técnico, político e financeiro. Na área técnica, ela identifica que falta capacitação para os profissionais. Além disso, nos pequenos municípios, não há como o assessor se apropriar de uma visão abrangente da saúde, já que muitas vezes trabalha sozinho na divulga-

ção de todas as áreas da prefeitura. "Como vai compreender que aquilo que passa para imprensa é parte do SUS?", questiona Cristina, também mestranda do Icict/Fiocruz.

Em relação à dimensão financeira, ela observa que não há investimento de recursos em planejamento e gestão de marca. "Só se atende a

demanda do trabalho de assessoria". Já no campo político, a atuação do profissional de comunicação vai depender do comprometimento do gestor que o contratou e de a instituição incorporar (ou não) sua filiação ao SUS, bem como seus interesses em relação à mídia. "O trabalho do assessor é político", afirma.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O SUS no controle de qualidade de produtos e serviços

Hospitais, clínicas, creches, espaços culturais, orfanatos, presídios, salões de beleza, supermercados, o campo de atuação da vigilância sanitária é amplo e está relacionado ao dia a dia dos cidadãos. Poucos, no entanto, se dão conta de que suas ações integram o Sistema Único de Saúde. A vigilância sanitária tem a missão de garantir qualidade e segurança de produtos e serviços, dos ramos de alimentos, medicamentos, saneantes (inseticidas, desinfetantes etc.), cosméticos, equipamentos para diagnóstico e tratamento de doenças, defensivos agrícolas, bem como serviços médicos, odontológicos, hospitalares e laboratoriais.

Coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) tem impacto direto sobre a saúde da população. "Trabalhamos de forma preventiva na proteção e promoção da saúde das pessoas, ou seja, de maneira a evitar que elas fiquem doentes", destaca a diretora da Anvisa Maria Cecília Martins Brito. O SNVS engloba unidades nos três níveis de governo, federal, estadual e municipal, com ações compartilhadas. A Anvisa é responsável, em nível nacional, pela definição das normas do que é colocado à disposição do cidadão no mercado brasileiro. É a agência que autoriza ou não a comercialização de determinado produto. Para conceder essa autorização, são analisados aspectos como capacidade técnica, condições de higiene e capacitação profissional dos responsáveis pela produção. Nos níveis estadual e municipal, os órgãos de vigilância são responsáveis por fiscalizar. Segundo Maria Cecília, os fiscais da vigilância sanitária visitam regularmente as

empresas que produzem, transportam, armazenam, comercializam ou prestam serviços relacionados à saúde. "Quando são identificadas irregularidades, os responsáveis podem sofrer sanções que variam de uma notificação a multas que chegam a R\$ 1,5 milhão e até mesmo ao fechamento dos estabelecimentos".

PARCERIA COM A POPULAÇÃO

Além de autorizar e fiscalizar, a vigilância atua em trabalhos educativos relativos ao consumo de produtos e serviços que podem representar risco para a saúde. A ideia é que a população atue em parceria com a vigilância sanitária, fiscalizando, recusando produtos e serviços inadequados ao consumo e denunciando práticas ilegais. Maria Cecília enumera exemplos de ações exitosas de participação social e educativa — que são apresentadas, anualmente, nos fóruns regionais de vigilância sanitária do país. No município de Iporá, em Goiás, com cerca de 32 mil habitantes, a vigilância sanitária trabalha em conjunto com comerciantes locais para melhorar a qualidade dos serviços e produtos oferecidos para a população. "Em inspeções de rotina, os fiscais sanitários desenvolvem ações educativas para incentivar o fim da informalidade do comércio", relata Maria Cecília. Já em Silvanópolis (TO), profissionais de saúde apresentaram experiência eficiente no combate ao comércio

de carne clandestina. "Em quatro anos de trabalho educativo com os manipuladores de carne, houve mudança significativa: área de desossa própria, conservação e transporte corretos, instalações bem cuidadas, manipuladores uniformizados", comemora a diretora. "A população, orientada e conscientizada, denuncia quando algo está errado". Trabalhos como esses foram favorecidos pelo novo modelo de repasse de recursos para as vigilâncias sanitárias de estados e municípios, com base em um teto e um piso, definidos em 2007. "Houve aumento no valor dos repasses federais e a vigilância sanitária chegou a lugares que nunca haviam recebido incentivo", ressalta Maria Cecília. Municípios com população de até 20 mil habitantes — e que não tinham acesso a recursos — passaram a receber o valor anual de R\$ 7,2 mil para custeio da estruturação dos serviços de vigilância sanitária. "Os municípios se equipam com veículos, computadores, termômetros e outros instrumentos necessários às inspeções", explica Maria Cecília. Já os municípios com mais 20 mil habitantes recebem repasses proporcionais à população.



Alimentos, assim como remédios, produtos de limpeza, cosméticos e serviços médicos: alvos da vigilância sanitária

FOTO: SÉRGIO EDUARDO OLIVEIRA

NA GESTÃO, GRANDE RESPONSABILIDADE

O secretário municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Hans Dohmann, faz uma autocrítica e considera que a invisibilidade do SUS diz respeito também à gestão e aos gestores, comumente focados em divulgar o que fazem e esquecendo-se de projetar a instituição SUS como um todo. “No máximo, entra a logo em algum projeto nosso, mas isso é pouco”, observa. Ele defende que parte do orçamento para a Saúde deveria destinar-se à comunicação estratégica do SUS. “Afinal, investir em comunicação é investir no SUS”, justifica. “Infelizmente não me recordo,

nesse tempo em que estou diretamente envolvido com a área da Saúde, de ter visto um plano de gestão voltado para a comunicação estratégica”, aponta, referindo-se também à própria gestão.

Um exemplo do que analisa está em uma das iniciativas levadas à frente em sua gestão: a Clínica da Família. Hans buscou refletir sobre o plano de comunicação do projeto, lançado pela Prefeitura do Rio em 2009, com foco na atenção básica resolutiva, que prevê atendimento médico e dentário, pré-natal, farmácia e exames, além de atendimento domiciliar, entre outros serviços, reunindo equipes multiprofissionais.

Ele reconheceu que este vem sendo anunciado em campanhas publicitárias em rádio, TV e jornal, sem menção ao SUS (ver Toques, *Radis* 100). “Não havia me dado conta disso”. A gestão normalmente está mais preocupada em gerir e fazer acontecer, buscando dar conta de uma demanda em um período de tempo, e esquece que é preciso também cuidar da instituição SUS”, observa.

Do lado do usuário, a invisibilidade se concretiza. Hans relata que as placas das Clínicas da Família trazem a logomarca do SUS, mas, ainda assim, houve quem perguntasse quanto teriam que pagar para usar o serviço. “É curioso o quanto ainda temos dificuldade de transmitir que

ALT A COMPLEXIDADE

Financiamento de 95% dos transplantes é do SUS

Quando o “Fantástico” anunciou, em abril de 2009, a estreia da série *Transplante, o dom da vida*, apresentada pelo médico Dráuzio Varella, a produção do programa dominical da TV Globo informou em seu blog — <http://fantastico.globo.com/platb/transplante/page/5/> — que havia 50 mil brasileiros na fila de espera por um transplante. “Muitos morrerão enquanto aguardam. O objetivo desta série é colaborar para que a fila ande mais depressa”, alertava um dos textos de apresentação do quadro.

Apesar do alerta de que mesmo com um “bom seguro saúde e um patrimônio sólido” ninguém seria privilegiado, e da informação de que o sistema era informatizado “e fiscalizado pelos próprios pacientes que aguardam”, os textos publicados no blog deixavam de mencionar o SUS e creditavam o aumento do número de doadores de órgãos à veiculação da série televisiva.

Na verdade, o que o *Fantástico* não divulgou — assim como a maioria das matérias publicadas sobre o assunto — é que o SUS mantém o Sistema Nacional de Transplantes, considerado um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. São 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes em 25 estados do país.

Os transplantes são um dos itens da lista de procedimentos de alta complexidade — isto é, que envolvem alta tecnologia e alto custo — do SUS. Diálise, radioterapia, quimioterapia,

cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, assistência aos portadores de obesidade e reprodução assistida, são alguns exemplos de uma extensa lista.

No caso dos transplantes, o SUS é responsável pela realização de cerca de 95% de procedimentos, cujas diretrizes nacionais determinam gratuidade da doação, beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos.

Dados do Ministério da Saúde informam que o Brasil apresenta “crescimento sustentado” no número de transplantes realizados nos últimos anos. Somente em 2009, foram registradas 20.253 cirurgias — aumento de 59,2% em relação a 2003, quando foram realizados 12.722 procedimentos. Aumento (16,4%) também foi verificado no primeiro semestre de 2010, quando o número de transplantes de órgãos sólidos (coração, fígado, rim, pâncreas e pulmão) subiu de 2.033 (em 2009) para 2.367. Em 2010, no *Dia Nacional do Doador de Órgãos e Tecidos*, o governo destinou R\$ 76 milhões para o setor.

TERCEIRO MAIOR BANCO DE DOADORES DO MUNDO

Do total investido na área pelo governo, em 2009, R\$16 milhões destinam-se à ampliação de centros de transplantes de medula óssea, com instalação de 80 novos leitos para a realização das cirurgias. Indicado no tratamento de leucemias (câncer), linfomas (conjunto de cânceres do sistema linfático) e alguns tipos de anemias graves, o transplante de medula óssea

é realizado no Brasil desde 1979. Entre 2003 e 2009, o SUS ampliou em 57,51% o número de procedimentos.

A medida reflete o sucesso de outra área, nem sempre associada ao SUS — o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome). Com a marca de 1,9 milhão de doadores registrados, é o terceiro maior banco do gênero no mundo (à sua frente estão os registros nos Estados Unidos, com 5 milhões de doadores, e na Alemanha, com 3 milhões). A chance de um portador de leucemia encontrar um doador de medula óssea compatível fora da família é de uma em 100 mil. Com o Redome, as chances se tornaram maiores: em 2000, apenas 10% dos doadores de medula foram brasileiros localizados no cadastro; já em 2009, o percentual passou para 64%. Desde 2009, os registros do Redome foram integrados ao National Marrow Donor Program (NMDP), maior rede de registros de doadores de medula óssea do mundo.

Com a integração, brasileiros têm acesso aos registros internacionais, enquanto pacientes estrangeiros podem identificar e utilizar as células-tronco de doadores daqui. Os custos (cerca de R\$ 50 mil) da identificação internacional de doadores são financiados pelo SUS. Os pacientes com leucemia também contam com a rede de bancos públicos de sangue de cordão umbilical (Rede BrasilCord), fonte alternativa ao transplante. A rede, criada em 2004, reúne hoje 11 bancos públicos: quatro em São Paulo e unidades no Rio de Janeiro, Distrito Federal, Santa Catarina, Ceará, Pará, Pernambuco e Rio Grande do Sul.





FOTO: SÉRGIO EDUARDO OLIVEIRA

Hans: focados em divulgar o que fazem, gestores esquecem de projetar o SUS

aquele é um projeto do SUS”, analisa. “Isso prova que todos nós que militamos mais ou menos no SUS precisamos urgentemente incluir em nosso trabalho um plano de comunicação estratégica”, diz.

O secretário destaca que o SUS é patrimônio do povo brasileiro, independentemente de partido político ou gestor, e, no Rio de Janeiro, não pode

ser diferente. “A Clínica da Família precisa apresentar-se como uma política de estado”, reconhece.

PATRIMÔNIO NACIONAL

Para quem divulga, essa lacuna aparece com nitidez. Especializada em Saúde, com 23 prêmios por reportagens na área, a jornalista Conceição Lemes identifica que os gestores (municipais, estaduais e federais), de fato, não têm o hábito de informar, nos contatos com a imprensa, que os programas bem avaliados, como imunização e aids, são do SUS. “Sobram para o SUS as filas e os hospitais lotados”, observa.

Para Conceição, não se pode ficar esperando que o jornalista tome a iniciativa de perguntar ou inferir para dar crédito ao SUS. Primeiro, por conta da alta rotatividade dos profissionais que cobrem a área — “tem que repetir sempre, como se faz com prevenção”. Ela também considera que está disseminada a cultura de que o SUS “é coisa de pobre”, o que faz com que o jornalista não se sinta parte do sistema — “A pró-

pria mídia não tem interesse em que o SUS dê certo” — e com que as pessoas falem mal, mesmo sem conhecê-lo. Ela identifica que não se divulga quando usuários abastados recorrem ao SUS para procedimentos caros, não pagos por seus planos privados. “Os que se servem deste expediente têm vergonha”.

PATRIMÔNIO NACIONAL

Apresentar o SUS como patrimônio nacional é um dos maiores desafios da gestão, analisa o secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Luiz Odorico Monteiro de Andrade. “Boa parte da população, em especial, a classe média, que ao longo desses anos foi optando por planos de saúde, usa o SUS e acha que não usa, fortalecendo a cultura de que o sistema de saúde público é para pobre”. Odorico ressalta que o SUS não é apenas um sistema de assistência médica e hospitalar. “Articula promoção, proteção, recuperação, reabilitação e muito mais”, esclarece, lembrando que, ao tomar banho, estamos com o SUS, pois a água é monitorada pelo Sistema de

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Medicamentos ao alcance da população

Desde fevereiro, 11 medicamentos para hipertensão e diabetes vêm sendo distribuídos gratuitamente em 15 mil pontos do Brasil por meio do programa Aqui Tem Farmácia Popular — em farmácias populares e drogarias privadas conveniadas. O país tem 33 milhões de hipertensos e 7,5 milhões de diabéticos. Somente na primeira semana, 560 mil pessoas buscaram medicamentos para essas doenças, segundo balanço do Ministério da Saúde. São oferecidos também medicamentos com descontos de até 90% para outras cinco doenças — asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma —, além de fraldas geriátricas.

O programa inclui as farmácias privadas como pontos de venda ou distribuição dos medicamentos, sendo, por isso, alvo de crítica dos que consideram que a assistência farmacêutica deveria se dar nas unidades do SUS: o paciente sairia da consulta com o diagnóstico e os medicamentos necessários para o tratamento. Para o diretor do laboratório Farmanguinhos/Fiocruz, Hayne Felipe, a inclusão das farmácias privadas no programa foi

importante, ampliando o acesso da população aos medicamentos. “Não houve qualquer limitação nos postos de saúde, ao contrário, desde 2004, o governo aumentou os recursos para a assistência farmacêutica básica”, argumenta.

O Aqui Tem Farmácia Popular integra a Política Nacional de Assistência Farmacêutica do SUS, que atua em três frentes. A primeira se dá na atenção básica, pela distribuição de um conjunto de medicamentos elencados pelo Ministério da Saúde a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que lista medicamentos para os principais problemas de saúde dos brasileiros com base em dados epidemiológicos. A segunda volta-se ao atendimento de doenças de caráter transmissível e de alto impacto na saúde da população, cujos programas são coordenados nacionalmente pelo ministério — entre eles, DST/aids, tuberculose, hanseníase e malária, imunobiológicos e insumos de coagulopatias e hemoderivados.

A terceira frente de atuação avalia a necessidade de ampliação do acesso e incorporação de novos medi-

camentos, tomando como referência pedidos encaminhados pelas secretarias de Saúde e ações judiciais movidas por usuários. No ano passado, o Ministério da Saúde gastou R\$ 6,5 bilhões com medicamentos — o equivalente a 12,5% de seu orçamento, contra R\$ 2 bilhões ou 5,8% do orçamento da pasta, em 2003.



FOTO: AGÊNCIA BRASIL

Medicamentos gratuitos e com desconto são oferecidos em 15 mil pontos de venda

Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, do âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. "Quando vamos comprar o pão, compramos na padaria do SUS, pois a vigilância sanitária cuida da fiscalização daquele estabelecimento".

NOÇÃO DE PERTENCIMENTO

A invisibilidade do SUS envolve disputa de valores na sociedade, melhoria

da rede, busca de um financiamento estável e implica discutir com a sociedade a ideia de integralidade em saúde. Odorico recorda que milhões de brasileiros passaram a ter direito à saúde com o advento do SUS. "Mas a expansão da cobertura não foi seguida de investimento maciço na qualidade do acesso, gerando insegurança na população em relação ao sistema", avalia.

Odorico acredita que ainda não se conseguiu discutir o SUS como política

pública que tem raízes solidárias e humanísticas, na busca da universalização da saúde. "Vivemos no Brasil um dilema ético: as pessoas que trabalham e que opinam não são usuárias do sistema, ou melhor, não se reconhecem como tais", diz. Ele lembra que em países onde há sistemas universais, como Canadá e Inglaterra (*Radis* 99), há crises e debates, mas as pessoas que criticam são e fazem questão de ser usuárias de seus sistemas públicos de saúde.

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Socorro para 110 milhões de pessoas na rede pública

O Sistema Único de Saúde brasileiro inclui, desde 2003, o atendimento de socorro à população na rede pública, dentro da Política Nacional de Urgências e Emergências. A face mais visível desta política é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), presente em 1.461 municípios do país, oferecendo cobertura para 110 milhões de pessoas.

O serviço é controlado por 157 centrais de regulação, que organizam o atendimento, realizado por equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas, que contam com o apoio de duas mil ambulâncias. O Samu atende urgências e emergências 24 horas por dia, em qualquer lugar.

O socorro é iniciado a partir do momento em que o cidadão solicita o serviço, através de chamada gratuita para o número 192. Após a identificação da emergência, um médico faz o diagnóstico da situação e, imediatamente, fornece orientações ao usuário, avaliando qual o melhor procedimento: encaminhar a pessoa a um posto de saúde ou enviar uma ambulância de suporte básico para o atendimento no local. Se o caso for mais grave, uma UTI móvel pode ser enviada.

O médico regulador tem poder de autoridade sanitária e comunica a urgência ou emergência a unidades públicas de saúde, para que leitos sejam reservados e haja continuidade nas ações. No site sobre o Samu na internet, o governo federal informa que serviço é responsável pela redução do número de óbitos, tempo de internação em hospitais e sequelas decorrentes da falta de socorro precoce.

A política que ampara o Samu segue os mesmos princípios doutrinários do SUS — universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação social e humanização — e inclui, além do atendimento móvel, a organização das ações de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e equipes da Estratégia Saúde da Família, bem como nas grandes urgências e nos pronto-socorros dos hospitais; ao mesmo tempo, prevê a retaguarda hospitalar para os atendidos nas urgências e propõe estruturas para o atendimento pós-hospitalar.

Outro programa do SUS integrado a esta política é o das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h), que oferecem serviços de raio X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. O modelo ganhou caráter nacional em 2009 (ver *Radis* 83) e tem como objetivo ampliar a assistência, diminuir filas nos prontos-socorros dos hospitais e evitar que casos de menor complexidade sejam encaminhados para as unidades hospitalares.

Durante a inauguração da 104ª UPA 24h (a primeira no Distrito Federal), em fevereiro, o governo divulgou investimento de R\$ 898,8 milhões para as obras das 462 unidades autorizadas em todo o país.

EVENTOS EXTREMOS

As ações de urgência e emergência serão ampliadas com a criação da Força Nacional de Resgate do SUS, uma equipe de profissionais especializados em atendimento a vítimas de desastres naturais, como o que vitimou mais de 890 pessoas na região serrana do Rio de Janeiro, em janeiro.

A proposta do ministro Alexandre Padilha é reunir servidores públicos

que já participaram de ações semelhantes, profissionais de saúde dos hospitais universitários federais, das forças armadas, além de estados e municípios. Depois da tragédia, 20 ambulâncias foram entregues para reforçar o Samu em cidades atingidas pelas chuvas. A ideia é acelerar o processo de implantação do Samu regional, nessas áreas.

As ações dão continuidade ao trabalho de resgate, salvamento e orientação à população iniciado pelo Ministério da Saúde logo após os desastres, com apoio aos abrigos e à atenção básica; disponibilização de leitos, equipe e veículos nos hospitais federais; instalação de farmácia central e farmácias satélites; transferência de recursos; ações de atenção à saúde mental; envio de medicamentos e vacinas e de material de orientação à população e aos profissionais.



Atendimento de urgências e emergências faz parte de política nacional do sistema

FOTO: MINISTÉRIO DA SAÚDE



A secretária executiva do Ministério da Saúde, Márcia Amaral, acredita que, além de dar maior visibilidade para o conjunto de ações de saúde ofertadas pelo SUS, “para que a sociedade possa melhor usá-lo, valorizá-lo, defendê-lo e criticá-lo, exercendo o controle social”, é preciso trabalhar a noção de “pertencimento”. Trata-se, explica, “de um desafio ético, estético e político, do Ministério da Saúde e de todos que defendem o sistema”. Márcia ressalta que o SUS está presente na vida de 100% dos brasileiros, seja por meio da realização de ações preventivas e de promoção à saúde, seja pela oferta e coordenação de serviços assistenciais. “É natural que as áreas com maior dificuldade chamem mais a atenção da população, pois são, constantemente, pautadas pela mídia. Mas, isso não pode ofuscar a qualidade dos serviços que já são prestados pelo SUS”.

APROPRIAÇÃO POLÍTICA

A jornalista Conceição Lemes chama atenção para a apropriação política que se faz das realizações bem sucedidas do SUS. Ela narra caso ilustrativo de janeiro de 2010, quando o governo do estado de São Paulo e a secretaria de Saúde mandaram *release* para mídia anunciando a distribuição de 41 milhões de doses de vacina contra a gripe suína. Segundo ela, de acordo com a comunicação oficial distribuída à imprensa, “parecia que o estado de São Paulo arcaria com os custos das vacinas; faria a distribuição via Ministério da Saúde; e que São Paulo seria o primeiro a dispor das vacinas por ter saído na frente do próprio ministério”. Ela resume a estratégia afirmando que “filho feio não tem pai; já para o bonito, é preciso fazer teste de DNA de tantos candidatos à paternidade”.

O bom atendimento ao usuário do SUS é ponto de partida para que a área de comunicação possa trabalhar a dimensão dos direitos e da gestão pública, como defende a jornalista Cristina Ruas, a partir de sua experiência como assessora de Comunicação em setores da administração pública, em nível municipal, estadual e federal. Para Cristina, não se trata de vender bem a logomarca do SUS, mas “tentar institucionalizar aquilo que é público”, considera. “Muitas vezes, um cartaz informativo apresenta 15 logomarcas que concorrem umas com as outras”. Cristina defende que o Ministério da Saúde invista em estratégias menos comerciais de divulgação” e qualifique melhor o serviço prestado. “Conceitualmente, o SUS sempre foi um projeto social. Enquanto o poder



Odorico: “as pessoas que trabalham e opinam sobre o SUS não se reconhecem como usuárias”

público disputar espaço comercial na mídia, estará desqualificando aquilo que é um direito”.

PAPEL DO CIENTISTA

Além de mídia, gestores, empresários e usuários, outro grupo estaria relacionado à invisibilidade do SUS: os pesquisadores. O jornalista Wagner Oliveira, coordenador de Comunicação Social da Fiocruz, acrescenta à discussão a falta de conscientização de alguns deles de que trabalham para o SUS e para o Estado. Ele lembrou que a “função social do cientista” ficou mais clara após a redemocratização do país, quando a ciência legitimou sua contribuição para um novo projeto de Brasil, com instituições como a SBPC e a Fiocruz. A partir desse debate, foram definidas opções estratégicas sobre o campo da saúde e as necessidades de atenção do cientista e do poder público. Ele acredita que uma cobertura ampla da saúde deve incluir a repercussão da função social do cientista, de modo que o mundo acadêmico possa estreitar sua ligação com os serviços.

“Temos que superar a ideia de marketing pelo marketing”, orienta, “e aproximar o conhecimento científico da população, de maneira que o pesquisador possa prestar contas para a sociedade e fazer com que este saber acadêmico circule”. Wagner lembra que, cada vez mais, a ciência traz impactos à vida das pessoas, quando se fala em células-tronco, transgênicos ou testes genéticos.

DIMENSÃO ECONÔMICA E INDUSTRIAL

Além da dimensão social, o SUS tem uma dimensão econômica e industrial pouco valorizada — reforçando sua invisibilidade. “É um dos raros exemplos que aliam direito de cidadania com alto potencial de inovação e geração de



Gadelha: exemplo de direito de cidadania aliado a alto potencial de inovação e geração de renda

emprego e renda”, nas palavras do secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Carlos Gadelha. O setor alavanca pesquisas e emprega 12 milhões de trabalhadores diretos e indiretos, o que faz dele um motor do desenvolvimento do país. Mais de 8% do Produto Interno Bruto brasileiro estão ligados à saúde, superando inclusive a agropecuária.

“Pesquisa e desenvolvimento são fundamentais para fortalecer a política social: sem tecnologia e base produtiva não garantimos acesso em longo prazo”, diz o secretário. O SUS funciona como coordenador da agenda de pesquisa do Brasil, seja ela pública ou privada, já que é um grande comprador de medicamentos e produtos biotecnológicos. No setor público, há um desafio adicional: as doenças negligenciadas (tais como leishmaniose, doença de Chagas e malária), que não são objeto de investimento por parte do setor privado.

Ao incluir um medicamento na Farmácia Popular, por exemplo, o governo estimula sua produção. “Grande parte do estoque vem de laboratórios privados, que se beneficiam com a expansão do mercado e a queda dos preços para o consumidor, provocadas pela filosofia de copagamento do programa”, explica Hayne Felipe, diretor do laboratório Farmanguinhos/Fiocruz e conselheiro-geral da Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades. “O Estado paga a totalidade ou parte do valor do produto”.

Para Carlos Gadelha, a atual prioridade no que diz respeito à inovação, pesquisa e produção é o acesso de qualidade e em tempo razoável da população ao SUS — eixo único do Ministério da Saúde. “Nossa inovação, produção e pesquisa têm que criar melhores condições de acesso, não mais capacitar por capacitar ou inovar por inovar”.



Contrapontos na América-Latina

Em Cuba, forte presença do Estado e influência nos princípios do SUS brasileiro; no Chile, sistema misto abre espaço público e privado para quem contribui

Adriano De Lavor

No artigo *O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde*, o sanitarista Gastão Wagner aponta que a tradição dos sistemas nacionais de saúde foi construída em articulação com a luta dos trabalhadores, realizadas particularmente em países europeus, durante o século 20, em prol de políticas públicas ou do socialismo. É desta tradição, afirma Gastão, que o SUS recolheu a concepção de direito universal à saúde — “e de que este direito seria concretizado por meio de uma política pública,

ao estilo bem-estar, executada pelo Estado, mediante a constituição de mecanismos orçamentários de financiamento público”, explica o sanitarista.

Nesse sentido, o sistema de saúde de Cuba é citado com frequência por teóricos, por sua influência na criação do SUS e, mesmo os que fazem críticas ao regime político implementado por Fidel Castro e seus correligionários reconhecem sua qualidade. *Radis* pesquisou as principais características do sistema cubano, com presença integral do Estado na saúde, em contraponto com as de outro país latino-americano, o Chile, que descreveu trajetória bem diversa, com setor privado fortalecido e fragmentação dos serviços públicos.



Cuba

PRIORIDADE PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

A rede assistencial de Cuba apresenta hoje 381 áreas de saúde cobertas pelo programa Médico da Família — que inspirou a criação da Estratégia Saúde da Família no Brasil — e conta com 28 mil médicos distribuídos em seu território. Dados oficiais apontam que mais do 99,1% da população cubana estão cobertos com médico e enfermeira

da família. A meta é atingir 100% da população.

No site que mantém na internet, a Embaixada de Cuba no Brasil informa que, antes da revolução, predominavam no país os serviços de saúde privados. À população de baixa renda, restavam as Casas de Socorro, que atendiam principalmente casos de urgência. A quase totalidade dos serviços se localizava na capital, Havana, onde se concentravam 65% dos médicos e o 62% dos leitos disponíveis. Nas zonas rurais, praticamente não existia atendimento médico e havia somente um só hospital.

A partir dos anos 1960, tomou força a ideia de que o atendimento mé-

dico deveria ser gratuito, o que levou à criação do Sistema Nacional de Saúde, disseminando-se as ações de saúde. A mudança priorizou o atendimento primário, baseado no médico e na enfermeira da família, implementado a partir de 1984. O modelo compreende procedimentos e serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, além da proteção de grupos populacionais específicos, com o uso de tecnologias dirigidas “ao indivíduo, à família, à comunidade e o meio”, informa o site.

É o programa de “medicina familiar” que orienta as demais ações. Além da revitalização do atendimento hospitalar — em 2000, eram 270 unida-

des no país, oferecendo 58.713 leitos — a estratégia diminuiu a demanda de internações, consultas de urgências e intervenções cirúrgicas. O sistema também investe em programas de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, insuficiência renal, cardiopatias, além de diagnóstico precoce das afecções congênitas, pré-natais, de sangue e hemoderivados. Nenhuma doença fica fora do sistema de saúde cubano, que oferece tratamentos a problemas que vão de dores de cabeça a enfermidades relacionadas à aids, passando por assistência odontológica e também cirurgias plásticas.

Em Cuba, os maiores índices de mortalidade estão associados às doenças crônicas não transmissíveis; o país distribui vacinas contra 13 doenças e já erradicou de seu território a poliomielite, a difteria, o sarampo, a meningite tuberculosa, o tétano neo-

natal, a síndrome da rubéola congênita e a meningoencefalite pós-parotidite.

Entre os grupos priorizados estão as mulheres, as crianças e o “adulto maior”, já que 14.3% da população têm mais de 60 anos.

ESPERANÇA DE VIDA

Segundo o médico Roberto Santillana Gomez, sanitarista do Programa Saúde da Família em Cuba, o sistema é um conjunto de unidades administrativas de produção e de serviços comprometidos com a atenção integral à saúde. Ele explica que a atenção médica primária é “a porta de entrada da saúde”, e que cada equipe do Programa Saúde da Família atende no máximo 250 famílias. Seus integrantes residem na área de atuação, em edificação construída pelo governo, onde também funciona um consultório. A

medida permite maior relacionamento dos profissionais com a comunidade e garante que sempre vai haver um médico à disposição, diz Roberto.

Além do médico de família, há um clínico geral de bairro, os hospitais de zona e os institutos especializados. Todo atendimento é gratuito, com exceção dos medicamentos, que são subsidiados pelo Estado. O resultado pode ser observado quando se comparam as estatísticas das Nações Unidas sobre esperança de vida. Cuba ocupa o terceiro lugar em todo continente americano, com expectativa de vida de 76 anos para os homens e 80, para as mulheres. Já em relação à mortalidade infantil, as estatísticas da ONU apontam que o índice de Cuba é de cinco mortes a cada mil nascimentos, o que situa o país em um nível só comparável ao do Canadá no continente americano.



Chile

SISTEMA MISTO INCLUI SETOR PÚBLICO E PRIVADO

No artigo *Política e saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação*, a pesquisadora Eliana Labra, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) aponta que o Chile foi o primeiro país a seguir o caminho encontrado pela Grã-Bretanha em seu Serviço Nacional de Saúde (*Radis* 99), implementando, em 1952, um sistema similar, que seguiu o conceito de seguridade social, abrangendo segurança pecuniária e biológica. Ela explica que, tanto o Chile quanto o Brasil empreenderam reformas nas primeiras décadas do século 20 e adotaram formatos institucionais parecidos na sua formulação, mas que posteriormente tomaram rumos diametralmente opostos. Nos anos 1980, enquanto a Reforma Sanitária brasileira buscava fortalecer os serviços públicos criando um sistema único que atendesse a todos os cidadãos por igual, com equidade e controle social, no Chile, a ditadura militar “virava pelo avesso” o sistema econômico, a máquina estatal

e os esquemas de proteção social, que destruíram o sistema estatal construído até então.

Hoje, o sistema de saúde chileno é de caráter misto, com a participação dos setores público e privado. O subsistema público, normatizado e gerido pelo Ministério da Saúde, é responsável pelo fomento e proteção à saúde de toda a população e pelo atendimento de trabalhadores ativos que contribuem para o Fundo Nacional de Saúde (Fonasa), suas famílias e também pessoas de baixa renda que não têm como contribuir.

Enquanto os contribuintes do sistema podem optar por atendimento na rede do Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS) ou pela utilização do sistema de medicina curativa oferecido por médicos e instituições privadas inscritos no Fonasa, a população que não pode contribuir somente é atendida na rede oficial.

Os serviços de atenção primária são gratuitos, e incluem ações preventivas para crianças — como vacinação — e gestantes, além de distribuição de leite. Estes serviços são oferecidos (ou não), dependendo da organização dos municípios.

Integram o sistema público o Ministério da Saúde — que cumpre funções normativas, de avaliação e controle

— o Sistema Nacional de Serviços de Saúde, composto por 26 organismos, o Serviço de Saúde Metropolitano do Ambiente, que são descentralizados, com personalidade jurídica e patrimônio próprio. São eles que executam as ações de saúde, e o Fonasa, que capta e administra os recursos financeiros provenientes da arrecadação de impostos e das contribuições dos afiliados. A Central de Abastecimento e o Instituto de Saúde Pública oferecem suporte aos serviços. Os estabelecimentos de atenção primária (consultórios e postos rurais) são controlados tecnicamente pelo SNSS, mas os recursos são oriundos do Fonasa, distribuídos através de um sistema de faturamento por atenção prestada (Fapem).

O subsistema privado é composto por Instituições de Saúde e Pensão (Isapres), empresas privadas que oferecem à comunidade seguros de saúde destinados a cobrir os gastos de atenção médica de seus afiliados e dependentes. O atendimento é prestado por profissionais e estabelecimentos privados. Existem ainda Isapres exclusivos para contribuintes de empresas, estatais e privadas. Aos empregadores cabe o pagamento de seguro obrigatório contra acidentes de trabalho e enfermidades laborais.

ENTREVISTA

Tania Araújo-Jorge

'O passivo da saúde pública do século passado tem de ser enfrentado'

Bruno Dominguez

Doenças como hanseníase, leishmanioses, tuberculose e Chagas são não só decorrentes, como promotoras da pobreza e devem estar no foco da agenda de pesquisa em saúde do país. Quem chama a atenção para essa demanda é a médica e pesquisadora Tania Araújo-Jorge, diretora do Instituto Oswaldo Cruz, unidade da Fiocruz voltada a pesquisa, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços de referência para diagnóstico de doenças infecciosas e genéticas e controle de vetores. Para Tania, as ações do Brasil para reduzir as doenças infecciosas têm sido produtivas e a curva é descendente. O quadro, no entanto, ainda requer visibilidade e atenção. "As doenças têm grande impacto no desenvolvimento da vida adulta durante uma fase longa e crônica. Comprometem a capacidade de gerar renda e a qualidade de vida", analisa Tania, em entrevista à *Radis*.

Por que chamar as doenças negligenciadas, tais como malária, leishmaniose visceral e doença de Chagas, de doenças promotoras, e não só decorrentes, da pobreza?

As doenças negligenciadas sempre foram consideradas decorrência da situação de pobreza. Em tese, com o aumento da renda haveria o fim dessas doenças. Mas há uma percepção cada vez maior de que elas não só decorrem como realimentam a pobreza. Não são infecciosas agudas, têm grande impacto no desenvolvimento da vida adulta durante uma fase longa e crônica. Comprometem a capacidade de trabalho, a capacidade de gerar renda, a qualidade de vida. Contribuem para alimentar os determinantes sociais da doença e a própria pobreza, na medida em que para se gerar riqueza tem que se estar ativo no mercado de trabalho. A partir de um estudo econômico, constatou-se que essas doenças não só são consequência da pobreza como também são causa dela.



FOTO: DAYANE MARTINS

Não é um conceito novo, é apenas uma revisão do conceito com a integração de causa e consequência.

Como o governo deve lidar com essa questão?

As políticas públicas de controle da pobreza, que são a prioridade número um do governo Dilma, não podem deixar de lado o foco no controle das doenças infecciosas mais antigas. O passivo da saúde pública do século passado tem de ser enfrentado neste século. Nos países desenvolvidos, como Canadá e Estados Unidos, e os europeus de modo geral, doenças como hanseníase e tuberculose foram controladas pela melhoria da qualidade de vida, da habitação, do transporte, pelo aumento do próprio padrão socioeconômico da população. No Brasil, um conjunto multifatorial de problemas gera pobreza e doenças, num ciclo que se realimenta. Esse quadro se coloca tanto para as doenças infecciosas quanto para a desnutrição — que também era vista como decorrência da pobreza, mas é geradora de mais pobreza na medida em que reduz a capacidade de

progresso individual. As políticas públicas de controle da pobreza deveriam elevar o combate a essas doenças a um patamar de atenção e de investimento mais alto. Estamos chamando a atenção do Governo Federal para a necessidade de articular as políticas, não só a fim de reduzir consequências da pobreza, mas também de reduzir causas da pobreza.

O desafio de controlar essas doenças não foi colocado no PAC da Saúde, no Mais Saúde, nem na campanha eleitoral. Como inserir esse tema na agenda do governo?

Evidentemente, é pelo próprio Ministério da Saúde que esse debate tem que começar — e começou. Em dezembro de 2010, a questão foi levantada no encontro que comemorou os dez anos do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, que agora está revisando a agenda nacional de temas prioritários para pesquisa em saúde. Nessa reunião, a discussão ganhou corpo. Os pesquisadores concordaram em que a desnutrição e

as doenças infecciosas são geradoras de pobreza e passaram a enxergá-las como oportunidade de articular desenvolvimento social com saúde em questões que atingem diretamente segmentos pobres da população. Não atingem a sociedade como um todo, mas a população brasileira que mais necessita de cuidados. A ideia é que a gente bata e rebata esse ponto, de modo a dar visibilidade a ele.

Qual é o quadro atual dessas doenças no Brasil?

Tuberculose, hanseníase e leishmanioses são as que preocupam mais, mas existe um conjunto de outras — Chagas, filariose, oncocercose. Algumas não podem ser erradicadas, na medida em que interpodem ciclos complexos de transmissores, de vetores, mas podem ser controladas com boas políticas. Mais de 100 milhões de brasileiros ainda convivem com essas doenças. Dois milhões têm esquistossomose, 500 mil têm leishmanioses, quatro milhões são portadores de doença de Chagas crônica, mais de 75 mil, de hanseníase, e 93 milhões têm outras verminoses. Registram-se 300 mil novos casos de malária por ano. O Brasil tem dado passos grandes no controle da transmissão vetorial da esquistossomose e da doença de Chagas, tendo o tratamento dos casos crônicos como desafio maior nesse campo. Já as leishmanioses e a tuberculose não estão tão bem controladas. É preciso identificar nossas fragilidades e enfrentá-las adequadamente: pautá-las como políticas públicas, com necessidade de financiamento tanto para pesquisa quanto para intervenção em campo.

Como está esse debate no mundo?

Essa não é uma preocupação só do Brasil, mas mundial. A Organização Mundial da Saúde está trabalhando em um relatório global sobre o impacto dessas doenças em todo o mundo e sobre as prioridades de pesquisas. Esse trabalho dura mais de dois anos e envolve cerca de 150 especialistas. Eles listaram 15 doenças que devem ser foco dos governos em países endêmicos. O grande problema é: não podemos ficar à mercê da vontade de indústrias farmacêuticas internacionais e países desenvolvidos de investir nessas doenças. Elas não são prioridade para um conjunto de países no mundo. A ideia é inverter a lógica de quem define a prioridade. Até agora, essas doenças foram negligenciadas na agenda de investigação, de desenvolvimento de novos medicamentos, novas estratégias e novas abordagens ou mesmo de aplicação de abordagens adequadas já existentes. Às vezes já se tem a solução, mas não se consegue o controle. É preciso trabalhar

com pesquisa para inovação, mas também com pesquisa para implementação de estratégias.

O relatório 'Saúde Brasil 2009' mostra o crescimento das doenças crônicas e a diminuição das doenças infecciosas. Qual é o critério para definir as prioridades de pesquisa?

A agenda de pesquisa é muito complexa porque, por exemplo, a redução das doenças infecciosas não se dá da mesma maneira em todas as regiões do país. A aids tem sido reduzida no Brasil de modo geral por uma adequada política de controle, mas no Nordeste está aumentando. Esse é apenas um dos aspectos que temos de considerar na

**NÃO PODEMOS FICAR
À MERCÊ DA VONTADE
DE INDÚSTRIAS
FARMACÊUTICAS
INTERNACIONAIS E
PAÍSES DESENVOLVIDOS.
A IDEIA É INVERTER A
LÓGICA DE QUEM DEFINE
A PRIORIDADE**

complexidade que é este país. Outro é a superposição de doenças infecciosas com doenças crônicas: há cardiopatas com doença de Chagas que têm hipertensão e obesidade. Seria ótimo se uma [crônica] existisse sem a outra [infecciosa], mas quando registramos as duas precisamos lutar nas duas frentes. As ações do Brasil para reduzir as doenças infecciosas têm sido muito produtivas, a curva descendente é clara. Eram a segunda causa de mortalidade infantil e já não são mais; foram tão bem controladas no atendimento natal e perinatal que hoje a segunda causa de mortalidade infantil são as doenças genéticas, as más formações congênitas, com incidência que antes parecia pequena devido à mortalidade por infecções no primeiro ano de vida. Mas não se pode desligar o alarme: é preciso olhar a saúde como um problema complexo, sistêmico, com toda diversidade que se tem no país.

O que falta para a pesquisa nessa área: investimento, prioridade?

Um pouco dos dois. A prioridade dita o investimento, mas quem dita a prioridade? Essa é a discussão. Em

determinados momentos, tem-se um financiamento externo "para investir em obesidade". O dinheiro vem para isso e a pesquisa tem que ser sobre isso. Se os países endêmicos, e o Brasil em especial, não pautarem as doenças infecciosas da pobreza como prioridade, o investimento não vem para isso. Tanto o investimento de fora quanto o de dentro dependem da definição de prioridades. Por isso, a discussão da agenda de prioridades de pesquisa em saúde é tão importante. É essencial sua atualização pelo ministério, regularmente a cada dois, três, quatro anos. O ministério está atualizando agora a agenda que saiu em 2005.


Se não é possível erradicar todas essas doenças, quais seriam as metas de controle a se atingir?

Existe um protocolo firmado com a Organização Pan-Americana da Saúde referente a todas as doenças que são passíveis de controle em curto e médio prazos, que inclui a identificação das lacunas de conhecimento.

Toda essa discussão toca na participação da saúde no desenvolvimento econômico do país...

No governo Lula, a saúde foi incluída na agenda de desenvolvimento econômico — o complexo produtivo e industrial da saúde e todo o movimento de recursos, de volume de pessoas trabalhando, de aportes de serviços e de novos produtos que envolvem o conjunto da saúde. Costuma-se dizer que, se as importações do Brasil parassem hoje, teríamos uma parada completa de todos os CTIs e de todos os laboratórios de diagnóstico, pois todo o material é importado. É um grau de dependência muito forte que o país tem e, evidentemente, todas essas necessidades devem entrar na agenda do desenvolvimento. Nós temos que falar dessa questão, da geração de pobreza a partir das doenças, com os interlocutores do campo do desenvolvimento econômico.

E quanto à participação da saúde para a erradicação da miséria?

A miséria é o determinante central da saúde de qualquer povo, seja na Índia, na China, no Brasil ou no Haiti. Então, todas as políticas que controlarem ou reduzirem a miséria em um país são promotoras de saúde, numa ligação absolutamente direta. As políticas para melhoria das condições de saúde também têm impacto no desenvolvimento social. É uma roda, é um círculo. Por isso é que eu digo que essa não é só uma questão de causa e efeito, é uma inter-relação. Para controlarmos, temos que olhar a partir de todos os ângulos. 

SERVIÇO

EVENTO

63ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC



A 63ª edição da Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) tem como tema central *Cerrado: água, alimento e energia*. Realizado desde 1948, o encontro é importante meio de difusão dos avanços da ciência nas diversas áreas do conhecimento e um fórum de debate de políticas públicas em ciência e tecnologia (C&T). Composta por conferências, simpósios, mesas-redondas, encontros, sessões especiais, minicursos e sessões de pôsteres para apresentação de trabalhos científicos, a reunião é aberta ao público, principalmente, estudantes, pesquisadores, técnicos e gestores públicos e privados. Paralelamente, realiza-se a SBPC Jovem (programação voltada para estudantes da Educação Básica), a ExpoT&C (mostra de ciência e tecnologia) e a SBPC Cultural (atividades artísticas regionais). As inscrições estão abertas.

Data 10 a 15 de julho

Local Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO.

Mais informações

Site www.sbpnet.org.br/goiania/home/

PUBLICAÇÕES

SAÚDE COLETIVA

Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos (Editora Fiocruz), organizado por Virgínia Alonso Hortale, Carlos Otávio Fiúza Moreira, Regina Cele de Andrade Bods-



tein e Célia Leitão Ramos, oferece a estudantes, docentes, pesquisadores e profissionais da área da saúde coletiva um panorama abrangente dos principais debates contemporâneos em torno do tema. Os caminhos da pesquisa em saúde coletiva, questões conceituais, a procura de validade metodológica, a polêmica entre diferentes disciplinas e o confronto entre diversos paradigmas, teorias e abordagens estão entre os tópicos discutidos no livro. A obra também busca responder às necessidades das diversas fases de pesquisa, da elaboração do projeto à apresentação dos resultados. A coletânea põe em xeque os atuais critérios, ainda basicamente quantitativos, utilizados para medir a produtividade em pesquisa. O livro, com 238 páginas, provoca no leitor a tensão de combinar conhecimentos sem banalizá-los.

DIREITOS HUMANOS

Direitos e Ajuda Humanitária: perspectivas sobre família, gênero e saúde (Editora Fiocruz), organiza-

do por Jaqueline Ferreira e Patrice Schuch, é uma coletânea dirigida a todos que se interessam pela interface entre ciências sociais e direitos humanos. O livro tem como um dos objetivos refletir sobre a aplicação de direitos com o humanitarismo atual e apresenta uma série de estudos, a maioria, de cunho etnográfico, sobre práticas sociais que articulam os discursos de direitos e os valores da ajuda humanitária. Problemas sociais, como pobreza e discriminação, e novas formas de intervenção sobre eles, provenientes da ação estatal, jurídica, de ajuda humanitária ou de organizações da sociedade civil, também são abordados na obra.



MATERNIDADE COMO QUESTÃO PÚBLICA

Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional (Editora Fiocruz),

de Mônica Bara Maia, analisa a relação paradoxal da melhoria dos indicadores da saúde das mulheres com a falta de evidências na melhoria da mortalidade materna no Brasil. Tomando como base o caso da rede hospitalar de Belo Horizonte, a autora traz neste livro uma investigação sistemática sobre como disputas em torno do modelo de assistência ao parto tornam-se obstáculos para a implementação de uma política que considere mais o papel da mulher e minimize os impactos negativos de uma excessiva hospitalização do processo, fornecendo, assim, valiosos indicadores para uma efetiva humanização do parto no Brasil.



SAÚDE E TRABALHO

Biossegurança - uma abordagem multidisciplinar (Editora Fiocruz),

organizado pelos pesquisadores da Fiocruz Pedro Teixeira e Silvio Valle, trata da evolução das abordagens em saúde e trabalho, discutindo a política de biossegurança e a gestão da qualidade e das inter-relações que se devem manter com o tema. Em sua segunda edição, a publicação tem 22 capítulos que abordam a biossegurança entendida como proteção ao trabalhador de saúde na pesquisa e na assistência, passando por áreas diversas como riscos biológicos, hepatite B como doença ocupacional, esterilização química, proteção radiológica e organização dos laboratórios de saúde pública. O livro põe em discussão, ainda, as consequências da biotecnologia. 



ENDEREÇO

Editora Fiocruz

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

Email editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora



PÓS-TUDO

'Cegueira seletiva' enxerga produtos e esconde necessidades

Adriano De Lavor

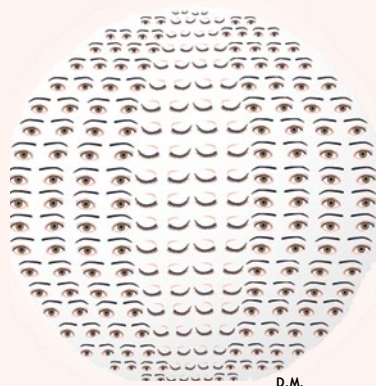
Quando a pesquisa do Ipea aponta que parte dos brasileiros não se considera usuários do Sistema Único de Saúde, a primeira suspeita é que há algo de errado na divulgação do sistema para a população. Mas será mesmo esta a única causa do desconhecimento? Na discussão que propõe sobre invisibilidade social, o cientista político Luiz Eduardo Soares coloca que indiferença e preconceito anulam a pessoa por meios opostos: enquanto a primeira ignora a sua presença, o segundo "corresponde a uma hipervisibilidade, que ilumina uma imagem artificial e pré-construída, obscurecendo a individualidade da pessoa, mantida na penumbra".

Difícil não reconhecer o próprio SUS nesta condição. Mesmo o cidadão que utiliza a saúde suplementar para cuidar de sua família é usuário do SUS. Basta observar o preparo de um inocente churrasco de domingo: a carne terá sido vistoriada pela Vigilância Sanitária, o desinfetante para higienizar o ambiente, também. Assim como o protetor solar usado pela criança, o perfume comprado para esposa e o analgésico que se acredita amenizar a ressaca. Um simples almoço cotidiano, para ser saudável, não prescinde de normas, serviços e profissionais do SUS.

Seja para o rico, seja para o pobre, é o SUS quem financia todas estas ações. Mesmo reconhecendo que condições políticas e econômicas também contribuem para a formação de sua imagem, o SUS é vítima de preconceito, apresentado pela mídia comercial como cenário exclusivo de iniquidades, destino irrevogável de cidadãos de segunda classe que não podem consumir bens de saúde. O reflexo desta imagem estereotipada é a exclusão de suas qualidades da cena discursiva midiática.

Desaparece dos olhos da audiência, por exemplo, o que há de mais caro em sua essência, que é a participação popular. Raríssimas são as pautas ou coberturas jornalísticas que abordam o

poder constitutivo do controle social e suas instâncias. Ausente nas conferências e negligente com os conselhos de saúde, a grande mídia segue utilizando seu discurso denunciatório sobre a ineficácia do que é público na saúde para, repetidamente, ignorar agentes políticos e condenar à invisibilidade tudo aquilo que concorre com a esfera dos negócios, sempre bem iluminada pelas embalagens e pesquisas de produto. Enquanto isso, o discurso desqualifica o que ainda está por construir e que carece da ampla



D.M.

mobilização social para que se cumpra como direito de todos e dever do Estado.


De um lado, a hipervisibilidade de suas limitações; de outro, a negligência em relação às boas práticas que oferece. Observar o que se noticia revela um hiato entre o que se diz sobre o sistema e o que ele realmente é. Nesse contexto, falar sobre o SUS implica supervalorizar filas apinhadas de sofrimentos, instalações carentes de reforma e profissionais ausentes de seus postos; reforçar a ideia de que tudo aquilo é *coisa de pobre* e despesa inútil para o contribuinte. Ao mesmo tempo, as narrativas demonstram indiferença em relação aos avanços do sistema, ignorando a oferta gratuita de procedimentos de alta complexidade que salvam vidas ou o conhecimento produzido em instituições de pesquisa, por exemplo.

Convém esclarecer que não há intenção, nesta rápida análise, de duvidar das carências ou justificar incorreções em qualquer dos serviços; nem demonizar o papel da mídia, como se fosse a exclusiva

culpada por essa situação de desinformação, que também reflete as disputas na esfera política e econômica; ou, ainda, subestimar o poder de reflexão do povo brasileiro, que não é mero receptor de notícias. O que se tenta compreender é como se forjou uma imagem midiática tão sólida de ineficiência pública que faz com que aquilo que existe, comprovadamente funciona e está à disposição da população seja reduzido a uma derrotada política *para os pobres*.

Conquista da mobilização do povo brasileiro no processo de redemocratização e fruto de um movimento que vislumbrou um novo projeto para o país, mais justo e igualitário, o Sistema Único de Saúde universalizou o direito à saúde no Brasil, antes restrito aos que tinham a sorte de ter uma carteira de trabalho assinada. Mas o quadro que pintam sobre ele nos meios de comunicação de grande consumo não utiliza, de seus arquivos, outras imagens que não sejam as da ineficácia e a da ineficiência. A seleção daquilo que estampa as manchetes joga para fora das páginas e dos comentários o que não interessa que seja visto.

Dentro desta estratégia de mostrar e esconder fatos, motivos e versões, a partir do uso de estigmas e negligências, deduz-se que não é o Sistema Único de Saúde que é invisível; o modo que a sociedade o enxerga é de tal modo desviado, que ele somente se torna visível quando alvo das câmeras de televisão — portadoras de uma espécie de *cegueira seletiva* que valoriza apenas as iniciativas privadas, mais afeitas ao espetáculo sensorial dos meios e conexões que constroem o cenário da mídia atual.

Neste sentido, é a própria saúde que se torna invisível, ofuscada pelos holofotes especializados em iluminar artigos para o consumo. No tempo das vitrines *on line* e *on time*, os produtos se tornam mais visíveis que as necessidades. 

* Adriano De Lavor é jornalista da Radis e doutorando no Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde (PP-GICS) no Ict/Fiocruz



RECIIS

Revista Eletrônica de Comunicação
Informação & Inovação em Saúde

Dê visibilidade à sua pesquisa



Revista pluralista, bilíngue e não-doutrinária, publica trabalhos científicos voltados para a compreensão da dinâmica da arena da saúde nas diversas sociedades contemporâneas. As relações e inter-relações com as áreas da informação, comunicação e inovação tecnológica, econômica, institucional, social e de políticas públicas também estão presentes nos trabalhos da Revista. A Reciiis está atualmente indexada no Latindex (Sistema Regional de Información en Línea) para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal, e é classificada na Capes com o Qualis B4.

As normas para publicação e outras informações encontram-se no endereço: www.reciis.icict.fiocruz.br.

