

NESTA EDIÇÃO

Eleições 2010

Especialistas em saúde coletiva apontam desafios do próximo governo

Saúde indígena

Aldeias enfrentam problemas crônicos gerados por mudança de hábitos, mostra estudo nacional

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982

Nº 97 • Setembro de 2010

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

www.ensp.fiocruz.br/radis



Mala Direta
Postal

9912233515/2009-DR/RJ
FIOCRUZ

...CORREIOS...



PARA ALÉM DA SAÚDE MENTAL

**Congresso e conferência
definem abordagem
intersectorial como
a nova agenda da
Reforma Psiquiátrica**



A comunicação a serviço da atenção neonatal



Rede de bancos de leite humano promove o intercâmbio entre 22 países ibero-americanos em prol da redução da mortalidade infantil

FOTO: JIM HAMMERFLICKR

Comunicação e informação estão na base do Programa Ibero-Americano de Banco de Leite Humano (IberBLH), orientado para o intercâmbio de conhecimento e de tecnologia em aleitamento materno, entre Bancos de Leite Humano (BLH), qualificando a atenção neonatal em termos de segurança alimentar e nutricional e voltando-se à redução da mortalidade infantil. Com ênfase na transferência de conhecimento biomédico e sobre sistemas de informação e de gestão dos BLH, o programa é fruto de acordo multilateral entre sete países – Brasil, proponente da iniciativa e responsável pela coordenação e secretaria executiva, Argentina, Bolívia, Espanha, Paraguai, Uruguai e Venezuela –, com objetivo de apoiar a criação de pelo menos um banco de leite humano em cada país ibero-americano.

Desde a sua criação, em 2007, o programa reúne 22 países. O secretário executivo do IberBLH, João Aprígio Guerra de Almeida, do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), referência no assunto para a região ibero-americana, conta que cada país integrante está em um estágio de desenvolvimento da atividade. “Venezuela, por exemplo, tem oito bancos funcionando; Cuba, um, e com projeto de mais nove; Espanha conta com dois BLH; e Portugal, um”, contabiliza.

O programa surge em consequência do investimento em pesquisa e desenvolvimento de BLH realizado no IFF, desde 1985. “Percebemos que

o modelo adotado até então estava muito distante da nossa realidade”, conta Aprígio. Na época, quando ainda eram seis bancos no Brasil – hoje, são 200, formando a Rede Brasileira de BLH, criada em 1998, sob coordenação da Fiocruz –, o investimento feito no IFF permitiu a construção de uma tecnologia de baixo custo, alta resolutividade e facilidade de execução da atividade. A OMS reconheceu, em 2001, o trabalho desenvolvido no Brasil pela Rede Brasileira de BLH, iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e Fiocruz, como uma das ações que mais contribuiu para reduzir a mortalidade infantil. “Naquele ano, foi também solicitado que a mesma tecnologia da rede brasileira fosse aplicada nos países da América Latina”, ressalta Aprígio.

CARTA DE BRASÍLIA

O sistema de informação e gestão de bancos de leite humano foi desenvolvido no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (Icict/Fiocruz) e está em funcionamento, não só nos 200 BLH brasileiros, como também no Equador, Uruguai e Guatemala, fornecendo dados sobre os bancos e auxiliando gestores a administrá-los. No caso do Brasil, o sistema de informação da Rede Brasileira de BLH – que serve de modelo para o programa – também orienta o Ministério da Saúde sobre os locais onde a iniciativa pode ser mais resolutiva, contribuindo para a redução dos índices de mortalidade neonatal.

A proposta de transferir o conhecimento brasileiro aos países ibero-americanos consolidou-se em 2005, durante o 1º Fórum Latinoamericano de Banco de Leite Humano, no qual foi produzida a *Carta de Brasília*, em que 12 países participantes assumiram o compromisso de construir uma rede ibero-americana de BLH. Em 2007, o IberBLH começou a ser formulado, logo depois de a proposta ter sido aprovada pela Cúpula dos Chefes de Governo e de Estado da Ibero-América, como estratégia para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com ênfase na redução da mortalidade infantil.

Aprígio reconhece que o desenvolvimento do programa, que hoje rompe suas fronteiras e chega à África, deve-se à importância da informação e da comunicação, que “facilitam a interlocução entre os pares e a sociedade em geral”, avalia. Banco de leite humano, diz, “é uma casa de apoio à amamentação, e dependemos da comunicação e da informação para que a sociedade tenha isso claro”, acrescenta. Ele toma como exemplo de atuação da comunicação o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, comemorado em 1º de outubro. Criada em 2004, a data, hoje, põe em evidência a importância da amamentação. “Pretendemos propor, no 1º Congresso Ibero-Americano de Bancos de Leite Humano, este mês, concomitantemente ao 5º Congresso Brasileiro de BLH e ao Fórum de Cooperação Internacional de BLH, o Dia Mundial de Doação de Leite Humano”, antecipa. (K.M.)

Saúde é intersetorial

Nenhuma atividade humana – o comportamento, a existência – é isolada. Compreender a vida e a saúde requer múltiplos enfoques. De perto, todo mundo é intersetorial.

A intersetorialidade, tão cara à saúde coletiva e tema frequente nesta revista, emergiu em dois grandes eventos de saúde mental que a principal estratégia para fazer avançar a Reforma Psiquiátrica brasileira.

No 2º Congresso Brasileiro, realizado no Rio de Janeiro, e na 3ª Conferência Nacional, em Brasília, nossos repórteres cobriram debates e colheram depoimentos que analisam entraves e perspectivas da luta antimanicomial e da atenção à saúde mental. Formas de ampliar e qualificar tratamentos fora de instituições asilares, em tempo integral – especialmente para o atendimento em casos de crise e de usuários de álcool e outras drogas –, além de alternativas para substituir os manicômios judiciais, dividiram as preocupações, análises e propostas dos participantes, com temas como o lugar de fala dos adolescentes, a importância da economia solidária e das articulações sociais em cada território, a valorização profissional e o financiamento da saúde pública.

Participaram dos encontros usuários, profissionais e representantes de entidades de diversas áreas. A conferência foi convocada em conjunto pelos ministérios do Desenvolvimento Social, da Justiça, da Cultura, da Educação, da Saúde e do Trabalho e pela Secretaria Especial de Direitos Humanos. “A saúde mental não tem que incorporar outras áreas, mas se abrir para elas”, desafiou um representante do Ministério

da Saúde. Um acadêmico defendeu aproximação com todos os setores da sociedade e mais controle social sobre o Estado. Ele sintetizou as propostas de trabalho conjunto como a substituição de “ou” pelo “e”, para construir um novo movimento sanitário.

Na matéria sobre nutrição entre populações indígenas, é intersetorial também a abordagem para lidar com os diferentes fatores econômicos, políticos e culturais que alteram hábitos e produzem doenças, segundo os pesquisadores que apresentaram detalhado levantamento ao Conselho Nacional de Saúde.

As vésperas das eleições, sanitistas de várias origens dizem o que esperam dos futuros governantes em benefício da saúde pública. A agenda proposta evidencia muito do que já poderia ter sido feito pelos diferentes governos e legislaturas federal, estaduais e municipais. Uma lista de tarefas para os que vierem a ser eleitos. Mas também de reivindicações pelas quais a sociedade pode e deve brigar.

Em dezembro, chegaremos à centésima edição de *Radis*, esperando corresponder, por exemplo, à expectativa da leitora Lígia, de Curitiba: informar, atualizar, ser um fórum de discussão nacional e valorosa fonte de consulta, catalisar forças pela saúde. Agradecemos se os demais leitores puderem nos escrever também, respondendo, até 10 de outubro, à enquete sobre matérias preferidas e formas de utilização da revista. Aguardaremos em radiscem@ensp.fiocruz.br, cheios de curiosidade.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

CARTUM



Comunicação e Saúde

- ♦ A comunicação a serviço da atenção neonatal 2

Editorial

- ♦ Saúde é intersetorial 3

Cartum

- 3

Cartas

- 4



- Súmula 5

Radis adverte

- 6

Toques da Redação

- 7

Saúde indígena

- ♦ Mudança de hábitos alimentares leva doenças crônicas às aldeias 8

Saúde mental

- ♦ A palavra é intersetorialidade 12
- ♦ Entrevista – Pedro Gabriel Delgado: ‘A nova fronteira intersetorial ainda está por ser conquistada’ 18

Eleições 2010

- ♦ O novo governo e o lugar do SUS na agenda brasileira 19

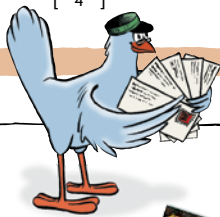
Serviço

- 22



Pós-Tudo

- ♦ Muito aquém da saúde mental 23



CARTAS

RADIS 95



Como assinante desta valiosa revista que tanto amplia meus conhecimentos e aguça minha consciência para os problemas socioambientais e culturais, venho, em nome da Assembleia Permanente de Entidades Defensoras do Meio Ambiente (Apedema-RJ), parabenizar a *Radis* pelos excelentes artigos publicados na edição nº 95. Em especial, o editorial *Combate aos ambiencidas* e os textos *Morte do índio xukuru*, *Lente de aumento sobre as injustiças ambientais* e *Agrotóxicos: proteção para quem?*. Aproveito a oportunidade para informar que estou repassando para nossos associados e parceiros o site www.ensp.fiocruz.br/radis para que também possam ter acesso ao complemento da edição impressa. Saudações ecossociais.

♦ Markus Stephan Wolfjundkell Budzynkz, coordenação Apedema Regional Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, RJ

RADIS AGRADECE

Sou assinante e leitora assídua da *Radis*, desde 2007, e quero parabenizar todos os que trabalham na construção mensal da revista, abordando sempre temas atuais e relevantes. Utilizo muito as reportagens para o dia a dia e em trabalhos da pós-graduação. Com certeza, é uma ferramenta de comunicação fiel e importante para todos os profissionais e gestores da área da Saúde. Mais uma vez, parabéns e bom trabalho.

♦ Franciane Scheren, Humaitá, RS

Radis, sem medo de exagerar, é a melhor revista que já pude acompanhar!! Quando leio esta maravilhosa publicação, percebo que sem ela fica difícil fazer contraponto à avalanche de notícias que não têm feito cumprir sua tarefa de levar a reflexão a todos nós, brasileiros!! Parabéns!!! Muito grata pela maravilhosa publicação da Ensp.

♦ Isabel Nascimento, Rio de Janeiro, RJ

Gostaria de cumprimentá-los pela excelente revista que nos chega mensalmente, atualizando,

informando, construindo um fórum de discussão nacional sobre saúde pública, sendo fonte de consulta de valor inestimável, além de catalisador de forças para o enfrentamento das questões da saúde. Quero também agradecer esses anos todos em que pude ter acesso a tanta informação, debates, posturas, enfim, acompanhar o que acontece nos bastidores da saúde coletiva. Neste momento peço a desvinculação da assinatura da *Radis*, tendo em vista minha mudança para o exterior. Mais uma vez, parabênizo toda essa brilhante equipe!!!

♦ Lígia S. Pereira, Curitiba, PR

DENGUE E MÍDIA

Estou conselheiro municipal de Saúde e do Fórum dos Trabalhadores em Saúde. Gostaria de parabenizá-los pela reportagem da *Radis* nº 92, abordando dengue e mídia.

♦ Mario Jânio da Silva, Nova Alvorada do Sul, MS

NOS MUNICÍPIOS

Fiquei muito satisfeito com a medida tomada por vocês, enviando esta conceituada revista a todas as secretarias municipais de Saúde, pois será mais fácil para os funcionários, coordenadores e secretário ficar por dentro dos artigos e de toda comunicação em saúde.

♦ José Paiva dos Santos, Jequié, BA

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 72.000 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 Lucas Sakalem (estágio supervisionado)

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

Documentação Jorge Ricardo Pereira,



Ministério
da Saúde



Laís Tavares e Sandra Benigno
Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Lucas, Cristiane Abrantes e Thailanne Siqueira de Melo (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.

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.

Como você usa
ou já usou a *Radis*?

Qual a sua matéria
Predileta da revista?



Envie a resposta para
radiscem@ensp.fiocruz.br

SÚMULA

ÁGUA POTÁVEL, DIREITO HUMANO

A Assembleia Geral da ONU declarou (28/7) o acesso à água potável e ao saneamento básico direito humano essencial. A votação, realizada na sede da entidade, em Nova York, envolvendo 166 países, espelhou a preocupação mundial com a situação de 884 milhões de pessoas que não têm acesso a fontes de água limpa, e de 2,6 bilhões que não dispõem de saneamento básico. Foram 124 votos a favor – entre eles, o do Brasil – nenhum contra e 42 abstenções, de países como Estados Unidos, Grécia e Japão. De acordo com pesquisas, cerca de 1,5 milhão de crianças menores de cinco anos morrem e 443 milhões de aulas são perdidas todos os anos no planeta por conta de doenças relacionadas à falta de água potável e à precariedade dos serviços de saneamento básico (Agência Estado, 28/7).

ANALFABETISMO NO CAMPO

Durante a cerimônia de abertura (27/7) do 2ª Festival Nacional da Juventude Rural, em Brasília, a secretária de Jovens Trabalhadores Rurais da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), Maria Elenice, afirmou que cerca de 40% das pessoas entre 16 e 32 anos que moram e trabalham no campo são analfabetas. O analfabetismo atinge 3 milhões dos quase 8 milhões de trabalhadores rurais do país nesta faixa etária. Para a secretária, as condições atuais do ensino obrigam o jovem a escolher entre o estudo e o trabalho. A coordenadora do curso de Licenciatura em Educação no Campo da Universidade de Brasília, Mônica Molina, acredita que a pouca oferta de escolas no campo também é fator responsável. Em pesquisa feita em assentamentos de reforma agrária, Molina constatou que aproximadamente 70% das escolas rurais são de 1ª a 4ª série, enquanto 25% atendem os alunos de 5ª a 8ª e apenas 4% têm turma de ensino médio. Consequentemente, poucos alunos passam dos primeiros anos de escolaridade. Mônica e Maria Elenice defendem ampliação do número de escolas no campo para solucionar esse problema. “De 2005 a 2007, foram fechadas 8 mil escolas

rurais e agora temos que garantir as que já existem”, disse Molina. “Não adianta investir em transporte para cidades próximas. Poucos vão arriscar a vida em pau de arara para terminar o ensino médio”, completou Maria Elenice (Agência Brasil, 27/7).

UNIÃO CIVIL ENTRE HOMOSSEXUAIS

Argentina tornou-se o primeiro país da América Latina e o décimo do mundo a legalizar a união civil entre homossexuais. A lei foi aprovada no Congresso por 33 votos a favor e 27 contra, informou *O Globo* (15/7). Manifestantes esperaram até 4h da manhã pelo resultado do debate, que durou 14 horas. Durante esse tempo, houve conflito entre dois grupos: de um lado, os cristãos, erguendo imagens da Virgem Maria e rosários; do outro, representantes da comunidade gay e de organizações políticas, que balançavam bandeiras com as cores do arco-íris. Em 30/7, foram realizados os dois primeiros casamentos de pessoas do mesmo sexo no país. Não foram registradas manifestações de apoio ou protestos durante a cerimônia, informou *O Estado de S. Paulo* (30/7). Até o fim de julho, cerca de 200 casamentos homossexuais estavam programados, segundo a Federação Argentina de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais. No Brasil, a Receita Federal publicou, no *Diário Oficial da União*, decisão que dá direito aos homossexuais de incluir o companheiro ou companheira como dependente na declaração do Imposto de Renda.

ANTICORPOS CONTRA A AIDS

Pesquisadores do Centro de Pesquisas de Vacina do Instituto Nacional de Doenças Alérgicas e Infeciosas dos Estados Unidos anunciaram ter

encontrado dois potentes anticorpos – VRC01 e VRC02 – capazes de bloquear a ação de no mínimo 90% das variantes conhecidas do HIV, vírus causador da aids. A pesquisa, publicada na revista *Science*, é vista como grande passo para a criação de uma vacina contra a doença e para a melhoria de terapias já existentes, informou o *Correio Braziliense* (9/7). Os testes, realizados em células humanas cultivadas em laboratório, mostraram que os anticorpos são produzidos por pessoas após serem infectadas pelo HIV (*O Estado de S. Paulo*, 9/7). Embora seja de constante mutação, o vírus tem pequenas áreas da proteína, identificadas pelos pesquisadores, que não sofrem transformações e estão presentes em todas as variantes conhecidas. Nessas áreas, localizadas na superfície do vírus, o HIV ataca as células do sistema imunológico e as infecta. Os anticorpos VCR01 e VCR02, no entanto, bloqueiam a infecção, atando-se ao vírus antes que ele atinja as células humanas. Durante o estudo, os cientistas determinaram a estrutura atômica do VCR01 no momento em que ele se junta ao HIV para neutralizar sua ação. O motivo: iniciar a idealização, ainda embrionária, dos componentes necessários para uma vacina que ensinaria ao sistema imunológico a produzir apenas anticorpos semelhantes ao VCR01, prevenindo a infecção pela grande maioria das variantes do vírus que circulam pelo mundo, como informou o *Correio Braziliense*. De acordo com John R. Mascola, diretor adjunto do Centro de Pesquisas de Vacinas, a equipe já está trabalhando no desenvolvimento do imunizante: “Estamos atualmente construindo a vacina, com base no que aprendemos desses anticorpos. Essas vacinas em potencial ainda estão no estágio inicial dos testes de laboratório e poderão estar prontas para testes em humanos nos próximos anos”, explicou.

GEL VAGINAL E HIV

A 18ª Conferência Internacional Sobre a Aids, que ocorreu em Genebra (Áustria), de 18 a 23/7, trouxe boas notícias para o mundo no que diz respeito à prevenção e tratamento da doença, que hoje afeta mais de 33 milhões em todo o mundo e, a cada ano, atinge 2,7 milhões. Uma delas

foi anunciada por pesquisadores sul-africanos do Centre for the Aids Program of Research in South Africa, em teleconferência para a imprensa mundial. Eles apresentaram os resultados de pesquisa que mostra a eficácia de um gel vaginal, com substância germicida que contém 1% do antirretroviral tenofovir em sua fórmula, no combate à transmissão do HIV, informou o *Correio Braziliense* (20/7). O novo medicamento poderá ser uma medida de segurança para mulheres cujos parceiros se recusam a usar preservativos. Participaram do teste, iniciado em fevereiro de 2007, 889 mulheres sexualmente ativas e com idades entre 18 e 40 anos, moradores da província de KwaZulu-Natal, na África do Sul. Divididas em dois grupos – placebo e gel –, elas foram orientadas a ter comportamento sexual seguro, utilizar preservativo e passar o gel 12 horas antes das relações sexuais e 12 horas depois. Ao longo de 30 meses, cientistas as monitoraram. O resultado: das 444 que receberam placebo, 60 foram infectadas ao fim do estudo, contra 38 infecções registradas nas 445 que estavam usando o germicida. Entre essas últimas, a incidência do HIV foi 54% mais baixa nas que seguiram o tratamento corretamente. Comparando-se com o placebo, as que usaram o gel poucas vezes tiveram 28% menos infecção. Nenhuma das participantes apresentou efeitos adversos (*Correio Braziliense*).

Na mesma conferência, a OMS anunciou (19/7) as novas diretrizes para o combate ao HIV, recomendando que se “comece o tratamento num nível mais baixo da infecção, apesar dos custos que isso implica”. Segundo as estimativas, colocar em tratamento todos os pacientes com nível 350 ou menos de CD4 (células de defesa do

organismo) poderá aumentar em 49% o número de pessoas tratadas, baixar o número de mortes em 20% até 2015 e, ainda, reduzir a transmissão do vírus.

MAIS VACINA CONTRA A HEPATITE B

O Ministério da Saúde aumentou para a vacinação gratuita contra a hepatite B e o total de unidades públicas onde o imunizante pode ser aplicado, informou *O Estado de S. Paulo* (21/7). Gestantes após o terceiro mês de gravidez, manicures, pedicures, podólogos, mulheres que fazem sexo com mulheres, travestis, portadores de doenças sexualmente transmissíveis e do sangue e populações de assentamentos e acampamentos são os novos beneficiados pela cobertura via SUS. Além disso, a vacina agora pode ser tomada em qualquer posto de saúde – são 60 mil novos locais.

VÍRUS DA HEPATITE E DETECTADO EM BRASILEIRO

Pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz anunciaram ter detectado, pela primeira vez, a presença do vírus da hepatite E em um paciente brasileiro (*Folha de S. Paulo*, 2/8). Foi possível comparar o sequenciamento genético do vírus presente no paciente com o encontrado nos suínos criados no país. Por conta da semelhança, os pesquisadores acreditam que a transmissão esteja relacionada com o consumo de carne de porco mal passada. Segundo o Ministério da Saúde, a detecção não altera a política de enfrentamento da doença – as ações desenvolvidas para enfrentar a he-

patite A, tais como ingerir alimentos cozidos ou fervidos, lavar bem frutas e legumes e verificar a qualidade da água a ser consumida, são eficientes contra a hepatite E.

FIM DO CLIMAGATE?

A equipe de pesquisadores da Unidade de Pesquisas Climáticas da Universidade de East Anglia, na Inglaterra, acusada de manipular seus estudos para confirmar o papel da ação humana no aquecimento global, foi inocentada no terceiro e último inquérito independente sobre o escândalo, conhecido como *climagate*, divulgou *O Globo* (8/7). As denúncias, que começaram em novembro, sugeriam que a equipe liderada pelo climatologista Phil Jones, após vazamento de aproximadamente mil e-mails, tinha seus trabalhos forjados. Com o resultado do inquérito, Jones, que estava afastado, voltará à universidade. De acordo com o relatório divulgado (7/7), “os pesquisadores de East Anglia agiram com rigor e honestidade, e seus estudos não devem ser postos em dúvida”. Contudo, houve críticas ao trabalho de Jones e sua equipe cuja falta de colaboração deixou os investigadores insatisfeitos. Ainda que os cientistas da universidade britânica estejam inocentados, mantêm-se as investigações sobre a climatologia. Desde março, uma comissão independente revisa relatórios do Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas. O principal alvo é pesquisa de 2007, que inclui previsão de que as geleiras do Himalaia desapareceriam até 2035.

COBAIAS EM EXPERIMENTOS

O Ministério da Ciência e Tecnologia iniciou campanha em defesa do uso de animais como cobaias em estudos científicos. Com a mensagem “Sem animais, não há pesquisa”, o ministério quer mostrar à população a importância da experimentação animal para o desenvolvimento de medicamentos e tratamentos: “O Brasil já é o 13º país do mundo em produção científica, especialmente na área médica, por isso, a necessidade de uma campanha que esclareça ao cidadão comum que a maioria dos tratamentos só é possível graças a esse tipo de pesquisa”, disse, ao *Correio Braziliense* (23/7), o coordenador da iniciativa, Marcelo Morales, professor da UFRJ e presidente da Federação Latino-Americana de Biofísica. “A legislação estipula as condições nas



toques
da
redação



MANIFESTO POR TODOS — Entidades médicas publicaram (4/8) no jornal *O Globo* um *Manifesto dos Médicos à Nação*, fazendo a defesa do SUS e do acesso universal aos serviços públicos de saúde e clamando pela regulamentação da Emenda Constitucional 29. Merecem, assim, a atenção de todos os candidatos às eleições 2010 (a quem também se dirigem). Desde que, é claro, a centralidade no “papel do médico”, “valorização do médico” e “carreira do médico” seja substituída pela defesa do conjunto das categorias de profissionais de saúde. Dessa forma, o resultado será a valorização e o fortalecimento das equipes multiprofissionais e da integralidade na atenção à saúde.

FOCO NA DOENÇA — O Ministério da Saúde quer discutir com o CFM a Resolução nº 1.952, publicada pelo conselho, em 7 de julho de 2010, “adotando como instrumento norteador das políticas de saúde mental no país” as diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), de 15 de agosto de 2006 (a resolução indica erradamente o ano como 2008). Essas diretrizes apontam para a substituição dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) por Centros de Atenção Médica, Psicológica e Social (Camps), desta-

cando a vertente médica do atendimento e indo de encontro às propostas de intersectorialidade e integralidade da Reforma Psiquiátrica (leia sobre a conferência e o congresso nacionais de Saúde Mental a partir da pág. 12). De acordo com o coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado, a resolução “apresenta aparentemente uma mensagem que desautoriza, no plano simbólico, uma instância deliberativa do SUS, que é a Conferência Nacional de Saúde Mental, substituindo-a por uma norma vertical e burocrática, oriunda de uma entidade corporativa”, criticou. Pedro Gabriel observa que uma corporação profissional como o CFM não tem competência jurídica, ética ou política para determinar como deve se dar uma política pública. “Ela pode e deve expressar o ponto de vista corporativo, submetendo-o ao debate”, disse. Para Pedro Gabriel, não tem sentido substituir os Caps por Camps. “Já superamos o modelo focado na doença. Hoje estamos muito à frente disso, discutindo a intersectorialidade”, ressaltou, lembrando que o assunto não esteve entre as deliberações finais da Conferência, apesar de a ABP integrar a comissão organizadora do evento. A resolução preocupa os defensores de uma política focada no atendimento aberto, como propõe o Ministério da Saúde. A reunião com o CFM deverá ter em pauta os papéis institucionais da gestão e do conselho profissional. “Eventuais divergências de concepção não devem impedir o diálogo entre o Ministério da Saúde e as entidades médicas ou de outras categorias profissionais”, enfatizou Pedro Gabriel.

CÉLULAS MILAGROSAS? — A geneticista Mayana Zatz, do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo, deu entrevista a *O Globo* (4/8) em que alerta para o risco do uso indiscriminado das células-tronco, já empregadas para fazer até preenchimento de rugas faciais. “Quem garante que a célula vai parar por ali?”, indaga a pesquisadora, considerando que o procedimento pode ter futuro, mas que ainda é muito prematuro. Ela destaca com preocupação também a ação dos pesquisadores chineses, que não publicam suas experiências nas revistas internacionais (só nas chinesas), e, portanto, não compartilham o que fazem, embora atraíam para a China dezenas de pessoas que embarcam atrás de esperança de cura para seus males. “Ninguém sabe dizer o que estão injetando nas pessoas, e só mostram resultados de pacientes que dizem que melhoraram”, aponta. “Tampouco se sabe dizer se melhoraram pelo efeito placebo, por qualquer outra coisa, ou, simplesmente, se o sujeito é pago para falar aquilo”. Zatz, no entanto, vê as pesquisas com células-tronco com otimismo. “É importante que tenhamos conseguido fazer as pesquisas com células embrionárias, que tenhamos obtido a permissão”.


RADIS Nº 100 — Em dezembro, *Radis* chega à sua centésima edição e quer ouvir seus leitores. Queremos saber: 1) como você usa ou já usou *Radis*? e 2) Qual a sua edição predileta? Envie as respostas para radiscem@ensp.fiocruz.br, até 10 de outubro. Aguardamos sua participação!

quais a experimentação animal pode acontecer, quantos e quais animais podem ser utilizados, que eles devem ser sedados e não podem ser submetidos a sofrimento”, completa o pesquisador.

De acordo com o jornal, a discussão sobre o uso ou não de cobaias, que é antiga, voltou à tona após ter sido sancionada, em 2008, a Lei nº 11.794 — a Lei Arouca —, que obriga todos os centros de pesquisa que utilizam animais para experimentos a criar núcleos internos para autorizar os testes — as Comissões Éticas no Uso de Animais. Essas comissões avaliam se os resultados esperados pelo estudo justificam sua execução, “além de questões como o grau de sofrimento a que esses animais serão submetidos e a quantidade de cobaias a serem utilizadas”.

Mesmo com a campanha de incentivo, há quem discorde: o advogado e professor da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Daniel Lourenço, disse ao *Correio* que o uso de cobaias não é correto. Para ele, normas que assegurem os direitos básicos aos animais devem ser adotadas: “Temos aí uma questão ética. Se os animais são tão parecidos com os seres humanos ao ponto de pesquisas com eles validarem estudos de tratamentos para os homens, não dá para tratá-los como tão diferentes, ao ponto de negar-lhes o direito à vida e ao não sofrimento”, defendeu. Segundo ele, a solução seria a utilização de protocolos científicos que dispensem as cobaias. Contudo, Marcelo Morales afirmou que “os protocolos que não

utilizam cobaias ainda precisam ser testados e comprovados, portanto, até que isso aconteça a única forma de realizar determinados experimentos é por meio de animais”.

No Rio de Janeiro, o Comitê de Ética de Pesquisa com Animais da Universidade Federal Fluminense decidiu reduzir o uso de cobaias em seus cursos. Embora o curso de Medicina Veterinária necessite da presença do animal em todas as fases, há um esforço para que, sempre que possível, haja substituição por modelos alternativos, informou o *Jornal do Brasil* (19/7). 

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

SAÚDE INDÍGENA

Mudança de hábitos alimentares leva doenças crônicas às aldeias

FOTO: ROGÉRIO LANNES



Mulheres indígenas da aldeia Vila Nova do Xié, no Amazonas, mantêm a tradição, produzindo a farinha de mandioca

Adriano De Lavour

Alterações nos padrões alimentares e de atividade física têm provocado drásticas transformações na saúde indígena, levando para as aldeias problemas como obesidade, hipertensão arterial e diabetes. Essa foi a principal conclusão do 1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, maior estudo sobre a saúde dos povos indígenas já realizado no país. Apresentado na 74ª reunião da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi) do Conselho Nacional de Saúde, em Brasília, em 26 e 27 de julho, o estudo teve seus primeiros resultados divulgados por dois de seus coordenadores, Carlos Coimbra e Andrey Cardoso, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), e tratou das recentes transformações observadas na situação alimentar e nutricional e seus fatores determinantes, em crianças indígenas menores de 30

meses de idade e em mulheres indígenas de 14 a 49 anos no Brasil. A pesquisa também apontou altas prevalências de desnutrição (em crianças) e de anemia (em mulheres e crianças).

O inquérito teve a participação de pesquisadores de dezenas de instituições brasileiras, sob coordenação geral de pesquisadores da Ensp — além de Coimbra e Andrey, Ricardo Ventura Santos — e da Universidade Federal de Pelotas — Bernardo Horta. Na Ensp, a equipe conta também com a participação de alunos dos programas de pós-graduação da Escola e egressos. Os pesquisadores fizeram sua apresentação ao lado de representantes de setores interessados na condução das ações de saúde indígena no país, como a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), responsável pela área no Ministério da Saúde, o Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e a Empresa Brasileira de Pesquisa

Agropecuária (Embrapa), e lideranças indígenas, como Edmilson Canale Terena, do Conselho Indígena de Cuiabá e coordenador do Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi). Edmilson Terena considerou que os resultados refletem a situação “crítica e caótica da saúde indígena” e a falta de resolutividade da Funasa — “se estivesse tudo bem, não estaríamos pleiteando a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai)”.

INTERSETORIALIDADE E PROTAGONISMO

A secretaria a que Edmilson Terena se refere é uma das seis previstas para o Ministério da Saúde, segundo o Projeto de Lei de Conversão (PLV 8/2010) da Medida Provisória (MP 483) que modifica a estrutura da Presidência da República. Aprovado no Senado em 3 de agosto, o Projeto de Lei depende da sanção do presidente Lula.

Os defensores da proposta da secretaria advogam que, com a retirada da Funasa, o atendimento à saúde indígena seguirá um “novo modelo de gestão focado na intersectorialidade”. Diante de problemas apontados pelo estudo — desnutrição e anemia entre crianças e obesidade, hipertensão arterial e diabetes entre mulheres adultas — Edmilson comentou: “Se já temos este diagnóstico, temos que tomá-lo como norte”.

Ele lembrou que muitos dos problemas são velhos conhecidos e têm como origem a falta de saneamento e a baixa qualidade da água consumida pelos índios (Tabela 1), que levam a problemas como a diarreia (Tabela 2). Os dados indicam a necessidade de ações permanentes e uma solução para além do setor Saúde, como observa Edmilson, que defendeu o protagonismo: “Cansamos de ser coadjuvantes”.

Para Carla Teixeira, representante da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) na Cisi, o estudo demonstra, além da complexidade da situação dos índios, que o modelo de atendimento implementado nas áreas está mais focado no tratamento do doente e que os dados serão importantes para ajudar a implementação de uma alternativa “mais fiel aos preceitos do SUS, com promoção à saúde no subsistema de saúde indígena. Além disso, revela também a disposição dos índios em se colocarem como sujeitos do processo, no sentido de “ditarem o rumo e o ritmo das mudanças”.

TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E NUTRICIONAL

O inquérito trouxe à tona outras informações importantes sobre o perfil atualizado das sociedades indígenas no Brasil — são aproximadamente 500 mil pessoas, divididas em mais de 200 etnias, e que falam cerca de 180 línguas. As terras indígenas constituem aproximadamente 15% do território nacional, ausentes apenas no Piauí e no Rio Grande do Norte.

Os dados retratam que os índios experimentam importante transição



FOTO: ADRIANO DE LAVOR

Coimbra (E), que coordenou o estudo com Andrey: “precisamos ir além da roça, entrar no supermercado e na cozinha a gás”

nos modos de produção e consumo de alimentos. Os sistemas de subsistência indígenas foram afetados por fatores como a redução territorial e a pressão exercida pela expansão dos projetos de colonização rural e empresas agropecuárias, garimpos e indústria extrativista, além de sofrerem as consequências de ambientes degradados.

Muitas comunidades indígenas, em particular, nas regiões onde as extensões das terras são menores, como no Nordeste e Sul/Sudeste, já não comem mais aquilo que produzem, ocasionando um processo que os pesquisadores definem como transição epidemiológica e nutricional (Tabela 3). Essa mudança compromete sua segurança

TABELA 1 Origem da água utilizada para beber nos domicílios indígenas, segundo macrorregiões

Origem	Torneira dentro de casa		Torneira fora de casa, de uso do domicílio		Torneira fora de casa, de uso coletivo		Poço		Rio, igarapé, lago, açude		Outro	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Macrorregião												
Norte	82	4,5	423	23,1	198	10,8	233	12,7	504	27,5	393	21,4
Centro-Oeste	142	13,1	688	63,5	136	12,6	40	3,7	39	3,6	38	3,5
Nordeste	478	32,7	425	29,0	144	9,8	90	6,1	23	1,6	303	20,7
Sul/Sudeste	306	34,2	394	44,0	117	13,1	50	5,6	12	1,3	16	1,8
Brasil	1008	19,1	1930	36,6	595	11,3	413	7,8	578	11,0	750	14,2

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos indígenas, Brasil, 2008-2009

TABELA 2 Distribuição das crianças menores de cinco anos, por macrorregião, de acordo com a incidência de diarreia na última semana

Situação	Criança teve diarreia na última semana		Criança com diarreia usou terapia de reidratação oral	
	n°	%	n°	%
Macrorregião				
Norte	992	37,9	538	54,6
Centro-Oeste	283	21,7	181	64,7
Nordeste	267	19,5	125	47,1
Sul/Sudeste	156	17,5	91	59,4
Brasil	1698	23,5	935	56,4

TABELA 3 Fontes de alimentos referidas pelos domicílios indígenas, segundo macrorregiões

Fonte	Cultivo ou criação coletiva		Caça ou coleta coletiva		Cultivo ou criação domiciliar		Caça ou pesca domiciliar		Coleta domiciliar		Compra		Cesta básica		Outras doações de fora da aldeia		Outros	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Macrorregião																		
Norte	222	12,1	340	18,5	1637	89,3	1722	93,9	1565	85,3	1682	91,7	64	3,5	48	2,6	104	5,7
Centro-Oeste	59	5,4	77	7,1	946	87,3	487	45,0	674	62,2	1060	97,9	960	88,6	15	1,4	162	15,0
Nordeste	62	4,2	103	7,0	1049	71,7	774	52,9	878	60,0	1452	99,2	448	30,6	167	11,4	87	5,9
Sul/Sudeste	141	15,7	166	18,5	757	84,6	432	48,3	521	58,2	887	99,1	696	77,8	105	11,7	41	4,6
Brasil	484	9,2	686	13,0	4389	83,2	3415	64,7	3638	69,0	5081	96,3	2168	41,1	335	6,4	394	7,5

TABELA 4 Fontes de renda dos domicílios indígenas, segundo macrorregiões

Fonte	Trabalho remunerado		Venda de produtos da agricultura/pecuária		Venda de artesanato ou produção cultural		Aposentadoria		Benefícios sociais		Venda de produtos de extrativismo		Outros	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Macrorregião														
Norte	773	42,1	1029	56,1	516	28,1	442	24,1	1067	58,2	741	40,4	340	18,5
Centro-Oeste	847	78,2	257	23,7	94	8,7	173	16,0	691	63,8	37	3,4	69	6,4
Nordeste	949	64,8	399	27,3	488	33,3	260	17,8	1023	69,9	137	9,4	275	18,8
Sul/Sudeste	703	78,5	254	28,4	386	43,1	165	18,4	590	65,9	47	5,3	41	4,6
Brasil	3272	62,0	1939	36,8	1484	28,1	1040	19,7	3371	63,9	962	18,2	725	13,7

alimentar e a saúde em geral, como demonstram os números.

A tendência de aumento registrada no consumo de alimentos industrializados também tem relação com a introdução de fontes de renda entre os indígenas, oriundas de trabalho assalariado, venda de produtos diversos, aposentadorias e outros benefícios sociais (Tabela 4).

Edmilson considera o programa Bolsa Família “um mal necessário”, já que supre necessidades urgentes das famílias indígenas, embora, por

outro lado, estimule o consumo de produtos que não fazem parte da dieta nas aldeias, trazendo problemas como diabetes e hipertensão.

Valdenir Andrade França, coordenador da Cisi e representante da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab), é contrário à distribuição de cestas básicas em locais onde há produção de alimentos. “O governo está criando índios preguiçosos”, alerta.

Clovis Boufler, coordenador adjunto da Cisi e conselheiro nacional

de Saúde, destaca a relevância do estudo na política de etnodesenvolvimento e economias sustentáveis em áreas indígenas, objeto de reflexão da comissão desde que era coordenada pela médica Zilda Arns (1934-2010), cujo objetivo é encontrar saídas de acordo com realidades regionais. Ele acredita que o inquérito permitirá a definição de “políticas mais estruturantes” no setor e será utilizado como instrumento de pressão política: “Os parâmetros de urgência da pesquisa sugerem ações imediatas no campo. São áreas de perigo para a saúde”.

O conselheiro defende, ainda, o protagonismo dos indígenas, informando que, cada vez mais, as reivindicações dos índios são levadas em consideração. Na área de segurança alimentar, ele indica que deve existir uma política intersectorial, baseada no diálogo e auxiliada por apoio técnico. E ressalta: “Quando se fala de alimentação, fala-se de um processo produtivo de longo prazo, que exige assistência técnica”. Para ele, os principais problemas apresentados – obesidade e diabetes – devem ter prioridade e exigem programas de combate urgentes, já que são apenas “a ponta do iceberg” e escondem outros problemas.

ANEMIA E SOBREPESO

Os dados do inquérito justificam a preocupação dos integrantes da Cisi. A anemia foi diagnosticada entre os povos indígenas em todas as macrorregiões, atingindo em 51,3% as crianças (Tabela 5). Os índices verificados entre as mulheres, que chegam a 32,7% (Tabela 6), são muito superiores aos descritos em pesquisas para a população brasileira em geral. Os resultados confirmam que a desnutrição, mensurada por meio do indicador *baixa estatura/idade* atinge uma em cada três crianças indígenas (Gráfico 1). A prevalência supera os 40% na macrorregião Norte.

TABELA 5 Prevalência de anemia em crianças com idade entre 6 e 59 meses, de acordo com a macrorregião

Situação	Criança tem anemia (hemoglobina < 11 g/dL)				
	Sim		Não		Total
	n°	%	n°	%	
Macrorregião					n°
Norte	1546	66,0	796	34,0	2342
Centro-Oeste	590	51,5	561	48,5	1151
Nordeste	507	40,9	732	59,1	1239
Sul/Sudeste	382	48,5	408	51,5	790
Brasil	3025	51,3	2497	48,7	5522

TABELA 6 Prevalência de anemia em mulheres indígenas não grávidas e grávidas, segundo macrorregiões

Situação	Anemia Mulheres não grávidas		Anemia Mulheres grávidas	
	n°	%	n°	%
Macrorregião				
Norte	966	46,9	142	44,8
Centro-Oeste	389	34,9	46	40,1
Nordeste	366	22,6	33	25,3
Sul/Sudeste	286	30,6	23	28,0
Brasil	2007	32,7	244	35,2

Notas: Mulheres não grávidas: Hb < 12mg/dL; Mulheres grávidas: Hb < 11mg/dL. Hb (hemoglobina)

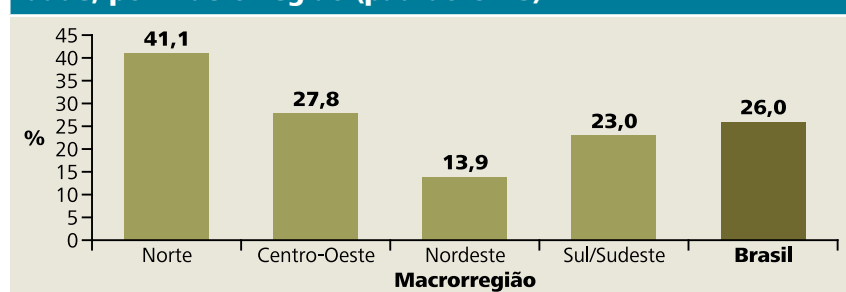
GRÁFICO 1 Proporção de crianças com déficit de estatura para idade, por macrorregião (padrão OMS)

TABELA 7 Distribuição das mulheres de 14 a 49 anos por categoria de IMC*, segundo macrorregião

Situação	Baixo peso		Peso adequado		Sobrepeso		Obesidade	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Macrorregião								
Norte	51	2,3	1479	66,7	558	24,9	135	6,1
Centro-Oeste	11	1,0	545	46,9	409	34,7	207	17,5
Nordeste	59	3,6	911	55,5	448	27,6	216	13,3
Sul/Sudeste	24	2,4	425	43,0	315	32,2	216	22,4
Brasil	145	2,3	3360	51,8	1730	30,2	774	15,7

* Índice de Massa Corporal

Por outro lado, o estudo registra a emergência de sobrepeso e obesidade em jovens e adultas indígenas e a ocorrência expressiva de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes. Segundo a pesquisa, além da mudança no padrão alimentar, verifica-se também tendência à redução da frequência e intensidade da atividade física, devido às alterações nas estratégias de subsistência e nos padrões de assentamento.

O binômio alimentos industrializados/sedentarismo pode fornecer explicações para os números que indicam que em torno de 50% das mulheres no Centro-Oeste e no Sul/Sudeste sofrem com sobrepeso e obesidade (Tabela 7), enquanto 15% são atingidas pela hipertensão arterial (Tabela 8). Em relação ao diabetes, o índice de 1,2% verificado no país (Tabela 9) é um alerta, como analisa Ricardo Ventura Santos, um

dos coordenadores da pesquisa. “É um valor baixo, mas significativo, pois indica um problema de saúde emergindo”, explica.

Carlos Coimbra considera que as ações em saúde indígena ainda são muito conservadoras e alerta para a complexidade da situação. “A ênfase na autossubsistência é certamente a mais importante, mas há outros aspectos que precisam ser considerados”, defende. Segundo o pesquisador, mudanças importantes estão em curso nas aldeias. Ele citou como exemplo os jovens indígenas que já fazem cursos na área de Saúde e que não estariam dispostos a voltar a trabalhar nas atividades de subsistência tradicionais.

AÇÃO PIONEIRA E MOBILIZADORA

Outra das múltiplas situações de sociodiversidade pode ser observada com a introdução de novas fontes de

renda, o que modifica a dinâmica das comunidades. Ele sugere medidas que contemplem não somente a agricultura, mas também sejam educativas no que diz respeito ao consumo de alimentos, como discutir com as comunidades os problemas de saúde que podem decorrer do consumo de sal, óleo e açúcar em demasia.

Coimbra lembra que economia doméstica e atividades econômicas não são excludentes: “Precisamos ir além da roça, entrar no supermercado e na cozinha a gás. Muitos não querem mais a enxada e temos que respeitar isso”. Irânia Marques, representante da Fundação Nacional do Índio (Funai) na comissão, concorda e complementa: “Os índios nos mostram que são ótimos gestores”.

O pesquisador da Ensp defendeu que a realização de inquéritos de saúde e nutrição indígena deve se tornar uma rotina, de modo que não se perca a continuidade do levantamento de dados, tão importante para a elaboração e acompanhamento de políticas públicas. Para ele, “não podemos perder o comparativo” e, para isso é preciso investir na regularidade desse tipo de estudo.

Os indígenas nunca haviam sido contemplados como segmento específico de análise nas grandes pesquisas nacionais, com exceção dos censos demográficos conduzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que, a partir de 1991, passaram a incluir a categoria “indígena” sob o quesito cor/raça. O que se espera é que as informações se transformem em subsídios para a avaliação do subsistema de atenção à saúde indígena e também para o necessário aperfeiçoamento do atual modelo de atenção à saúde indígena no país.


Além disso, espera-se que os dados do inquérito subsidiem a construção de uma linha de base do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para os Povos Indígenas (Sisvan Indígena), em implantação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis), contribuindo para a avaliação de ações de saúde conduzidas pelo órgão gestor do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – atualmente a Funasa – e sirvam de referência para a realização de inquéritos futuros comparativos da tendência da situação de saúde entre povos indígenas. Um caminho para que novas possibilidades, pouco exploradas, possam ter espaço na formulação de políticas: “O quadro é muito mais complexo. A visão tradicional do indigenismo não dá conta”, diz Coimbra. 

TABELA 9 Prevalência de glicemia casual indicativa de diabetes mellitus (glicemia casual ≥ 200 mg/dL), entre mulheres de 14 a 49 anos, segundo macrorregião

Situação	Glicemia casual alterada sugestiva de diabetes mellitus (≥ 200 mg/dL)	
	n°	%
Macrorregião		
Norte	14	0,5
Centro-Oeste	17	1,3
Nordeste	17	1,0
Sul/Sudeste	18	1,7
Brasil	66	1,2

Nota: Os números incluem as pessoas que apresentavam glicemia alta e as que usavam medicamento hipoglicemiante.

TABELA 8 Prevalência de pressão arterial sugestiva de hipertensão arterial entre mulheres de 18 a 49 anos, segundo macrorregião

Situação	Pressão arterial alterada sugestiva de hipertensão arterial (JNC)		Pressão arterial alterada sugestiva de hipertensão arterial (OMS)	
	n°	%	n°	%
Macrorregião				
Norte	67	3,8	42	2,4
Centro-Oeste	166	17,2	104	10,7
Nordeste	157	11,3	119	8,5
Sul/Sudeste	140	17,3	96	12,1
Brasil	530	13,1	361	8,9

Notas: Critério JNC [Join National Committee] = 140x90 mmHg; Critério OMS [Organização Mundial de Saúde] = 160x95 mmHg. Os números incluem as pessoas que apresentavam hipertensão arterial e as que usavam medicamento anti-hipertensivo.

A palavra é intersetorialidade

Congresso e conferência propõem agenda que reforça a importância do cuidado integral fora dos manicômios e recomendam ampliação dos serviços substitutivos

Katia Machado e Bruno Dominguez

Os caminhos trilhados pela saúde mental brasileira nos últimos nove anos estiveram no centro de dois encontros nacionais promovidos em junho, que se destacaram pelo foco dado à intersetorialidade e nos quais se reafirmou a necessidade de consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira, o tratamento fora de instituições asilares ou manicomial e a ampliação da rede de atenção psicossocial – especialmente para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas e em casos de crise.

O 2º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, realizado entre os dias 3 e 5 de junho, no Rio de Janeiro, reuniu quase 3 mil pessoas em torno do tema *Loucura e Saúde Mental no século 21: enfrentamentos, territórios e fronteiras*. Em seguida, de 27/6 a 1º/7, realizou-se, em Brasília, a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (CNSM-1), sob o tema *Saúde Mental: direito e compromisso de todos – consolidar avanços e enfrentar desafios*. Além do Ministério da Saúde, fizeram parte dessa edição a Secretaria Especial de Direitos Humanos e os ministérios do Desenvolvimento Social, da Justiça, da Cultura, da Educação e do Trabalho, expressando a demanda por uma abordagem intersetorial.

Segundo a coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, 12% da população brasileira (ou seja, 23 milhões de pessoas) necessitam de algum atendimento em saúde mental e pelo menos 3% (cerca de 5 milhões) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. Diante de números tão expressivos, o objetivo do governo desde a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (nº 10.216), em abril de 2001, é investir na rede de atenção psicossocial, que tem como base os centros de assistência psicossocial (Caps), as residências terapêuticas e o programa *De volta pra casa*, medidas que visam a tirar a loucura dos hospícios.

Intersetorialidade foi, por sinal, a palavra-chave da 4ª CNSM-I. Dividida em três eixos temáticos – 1. *Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais*; 2. *Consolidando a rede de atenção psicossocial e fortalecendo os movimentos sociais*; e 3. *Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial* – a conferência, que se realizou nove anos depois da 3ª CNSM e da aprovação da Lei 10.216, reuniu usuários e familiares dos serviços de saúde mental, e profissionais e gestores das diferentes áreas, em torno de três grandes mesas, nas quais os temas de cada eixo foram discutidos, 37 painéis e 54 grupos de trabalho, além da plenária final.

Na mesa que tratou do eixo 1, o presidente da conferência e coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado, mostrou como os setores podem trabalhar em conjunto em prol da sociedade. “A saúde mental não tem que incorporar outras áreas, mas se abrir para elas”, disse. Sua crítica é de que os Caps, por exemplo, não conhecem os Cras (Centros de Referência de Assistência Social, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome) e vice-versa.

Ele aproveitou para fazer uma análise das mudanças ocorridas entre a 3ª e a 4ª conferências. A primeira constatação foi que a realidade da saúde mental é hoje radicalmente diferente da observada em 2001. A Reforma Psiquiátrica, avaliou, mudou o modelo anterior hospitalocêntrico (focado nos manicômios e instituições asilares) para outro voltado à atenção básica na comunidade, pela qual destacam-se os Caps. Mas, é um desafio fazer com que esses serviços funcionem em sua potencialidade, ressaltou. “Temos pacientes muito graves que frequentam os Caps e, paradoxalmente, são pacientes abandonados: o modelo psicossocial não serviu para que construíssem uma vida melhor”, lamentou. Esses centros, salientou, deveriam funcionar para articular as forças do território e potencializar a solidariedade, um dos motores da ação psicossocial. (O tema do potencial dos Caps no processo de desinstitucionalização foi abordado também no Congresso Brasileiro de Saúde Mental – ver página 16)

Hoje, as prioridades do governo, citou, são a desinstitucionalização, a saúde mental na infância e na ado-

lescência e a atenção aos usuários de álcool e outras drogas – três temas que se destacariam nos debates da conferência. “O futuro é intersetorial, mas a saúde deve fazer o seu dever de casa”, observou.

No mesmo debate, o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, se dispôs a fazer um diagnóstico do sistema de saúde em sua totalidade. O primeiro ponto frágil do SUS, identificou, é o financiamento, “insuficiente, inadequado e equivocado”. Outra fragilidade é a manutenção do predomínio do modelo curativista, hospitalocêntrico e médico-centrado, assim como a privatização dos serviços e a precarização do trabalho. Sobre esse último, lamentou que especialistas – incluindo psiquiatras, fisioterapeutas e farmacêuticos – não queiram trabalhar no SUS. “Falta remuneração adequada e perspectivas profissionais”, disse. E, por fim, criticou o exercício do controle social: poucos conselhos de saúde no país cumprem minimamente seu papel. “Estamos desperdiçando um espaço privilegiado”, alertou.

Júnior apresentou uma lista de sugestões para resolver as questões:

Investimento público reforça luta antimanicomial

Em rápida visita à conferência em 30/6, o ministro da saúde José Gomes Temporão destacou o expressivo crescimento nos investimentos do Governo Federal na política de saúde mental, nos últimos sete anos: de R\$ 619,2 milhões, em 2002, passou para R\$ 1,5 bilhão, em 2009 – aumento de 142,2%. Já o número de Caps saltou de 424 unidades, em 2002, para 1.541, hoje, em todo o país, atingindo 63% da

cobertura. “A meta é chegar a 100%”, comprometeu-se, ressaltando também a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que contam com profissionais de apoio ao tratamento às pessoas com transtorno mental. Temporão atribuiu esses avanços à sociedade brasileira, que lutou contra o estigma da loucura. “Os que pensam que um dia conseguirão estancar esse processo devem ter claro que a Reforma Psiquiátrica veio para ficar. O que nós temos que fazer é qualificá-la e aperfeiçoá-la”, disse com entusiasmo à plateia que em seguida o cercou para cumprimentos e fotos.

Enquanto os investimentos do governo com o tratamento comunitário aumentaram de 24,76% do orçamento da política de Saúde Mental, em 2002, para 75,24% em 2009, os gastos com internações em hospitais psiquiátricos (os antigos manicômios) caíram de 75,24%, em 2002, para 32,4%, no mesmo período. “A redução dos leitos psiquiátricos acontece de maneira gradual, à medida que aumenta a oferta de leitos em hospitais gerais e os Caps”, observou Temporão.

O ministro ressaltou que ainda há muito que fazer na área, principal-

mente no que se refere ao uso abusivo e prejudicial de drogas. Não à toa, o tema tem merecido atenção do governo. Em maio de 2010, lembrou, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva lançou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, que tem, entre outras características, uma visão intersetorial. Entre os investimentos previstos no plano, está a ampliação de 2,5 mil para 5 mil do número de leitos especializados em atendimento de usuários em hospitais gerais, o que representa investimento de R\$ 180 milhões por ano, além de 136 novos Caps Álcool e Drogas 24 horas, e a implantação de iniciativas como os consultórios de rua (espaços de promoção à saúde, cuidados básicos e redução de danos de pessoas que moram ou estão em situação de rua e são usuárias ou dependentes de álcool e drogas), casas de acolhimento transitório e casas de passagem. “Propor a internação dos dependentes em instituições como centro da estratégia é reducionista e irresponsável”, criticou sob fortes aplausos dos delegados.



FOTO: WILSON DIAS/ABR

Temporão:
Reforma
Psiquiátrica
veio para ficar



Singer: exclusão e desigualdade entre as causas dos transtornos mentais

FOTOS: NATÁLIA CALZAVARA



resgatar o conceito e o dispositivo legal da seguridade social, regulamentar a Emenda Constitucional 29, garantir autonomia administrativa e financeira dos serviços bem como a profissionalização da gestão, criar carreira única do SUS com estímulo à dedicação exclusiva, implantar o serviço civil obrigatório para os profissionais formados em universidades públicas, aprofundar a estruturação da rede de atenção psicossocial, estabelecer políticas intersetoriais e fortalecer o controle social.

A intersetorialidade voltaria a ser tratada na mesa dedicada ao eixo 2, pelo sanitarista Gastão Wagner de Souza Campos, professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Em sua avaliação, a saúde precisa se unir a outros setores — “inclusive a setores contrários à Reforma Sanitária” — para ganhar o apoio da sociedade e, assim, garantir recursos para a expansão e a qualificação do SUS. “Diminuir o número de inimigos e aumentar o controle social” é o objetivo.

Gastão disse acreditar que atualmente o setor está na defensiva diante de uma situação de crise: “E quem fica na defensiva no máximo empata, não ganha”. Essa atitude, segundo ele, esteve refletida nas últimas conferências nacionais. “Enquanto a 8ª tinha propostas claras para o país, nas demais, passamos todo o tempo jogando pedra uns nos outros, e o que ficou delas?”, questionou. Nesse sentido, defendeu que se substitua o “ou” pelo “e”, e se trabalhe em conjunto para construir um novo movimento sanitário. Nesse momento, ele foi aplaudido de pé.

Também nos debates do eixo 3, a intersetorialidade ganhou destaque. Em discurso empolgado, o deputado Paulo Delgado (PT-MG), autor da Lei 10.216, defendeu a Reforma Psiquiá-

trica brasileira, organizada em torno dos princípios de desinstitucionalização e desospitalização, como forma de garantir os direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais. “Cuidado é o princípio que norteia essa lei”, lembrou, sob fortes aplausos. Ele ainda defendeu, como “urgente” a criação de uma lei correlata que proteja as pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos. (O atendimento a essas pessoas foi analisado também durante o Congresso — ver pág. 17)

Na mesma mesa, a subsecretária nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, Carmen Oliveira, afirmou que não há intersetorialidade sem a participação de todos os segmentos da sociedade, especialmente dos adolescentes. “Eles são um terço da população brasileira. Apesar disso, não temos nenhum adolescente nessa conferência”, observou. Carmen falou com indignação sobre a forma como a sociedade trata o adolescente. “A sociedade que apresenta a adolescência como ideal social é a mesma que quer colocar os adolescentes com 14 anos na prisão e que não chora por aqueles que estão em risco”, observou, recomendando a participação de crianças e adolescentes na próxima conferência, como já ocorre com outros usuários dos programas de saúde mental.

O economista brasileiro Paul Singer, titular da Secretaria Nacional de Economia Solidária, ligada ao Ministério

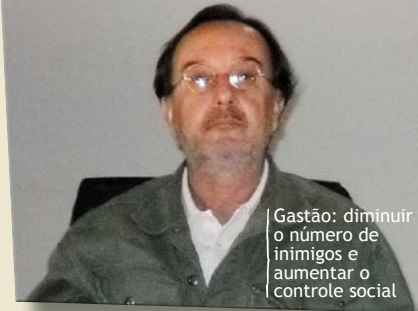
A saúde mental não tem que incorporar outras áreas, mas se abrir para elas

PEDRO GABRIEL DELGADO

do Trabalho e Emprego, trato da relação entre saúde mental e contextos sociais. Para Singer, as causas das doenças mentais têm caráter econômico e social. Ele citou a violência implícita na exclusão e na desigualdade, que oprime os mais pobres e desempregados, como uma das maiores causas de transtornos mentais.

Singer fez menção às cooperativas sociais como forma de superação dos transtornos mentais. “Elas têm papel fundamental e não se trata apenas de criar cooperativas de usuários de serviços de saúde mental, como também dos presos, dos jovens em instituições

INTERSETORIAL
Compromisso
e Enfrentar Desafios



Gastão: diminuir o número de inimigos e aumentar o controle social

socioeducativas e de populações que vivem nas ruas”, recomendou, citando em seguida que já existem mais de 300 cooperativas sociais formadas por egressos de manicômios.

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O painel *Álcool e outras drogas como desafio da saúde pública* lotou uma das salas da conferência. Coordenadora do Departamento de Dependências da Associação Brasileira de Psiquiatria, a psiquiatra Ana Cecília Marques tratou dos desafios para a implementação de novas políticas sobre drogas. “Precisamos em primeiro lugar superar as medidas preventivas que insistem em adotar caráter terrorista, culpabilizando os usuários e tratando um tema complexo de forma simples”, criticou. Para ela, as estratégias de atenção ao usuário devem envolver múltiplos determinantes como a geopolítica e a economia mundial, e várias instituições sociais, como a família, a escola, a comunidade científica, as empresas e o governo. O trabalho não é simples nem segue receita pronta. Recursos formais de atenção ao dependente químico, como hospitais-dia, Caps AD (voltados a usuários de álcool e outras drogas) e pronto-socorros, não são suficientes sozinhos, frisou. “Nem os recursos informais, como as comunidades terapêuticas”. Os dois sistemas de atenção ao usuário de drogas, formais e informais, precisam nesse caso estar integrados, formando uma rede assistencial e de reinserção social, “e todos, incluindo os usuários, devem ser ouvidos pela gestão pública”, recomendou.

Para o deputado Paulo Teixeira (PT-SP), que falou em seguida, o surgimento das chamadas cracolândias, onde reúnem-se usuários de crack, em sua maioria, moradores de rua, deve-se à ausência do Estado. “Já está provado que onde o Estado está presente o consumo de drogas diminui”, disse. A



questão, segundo ele, não pode ser resolvida, como muitos estados têm feito, com repressão policial, “mas com ações sociais de inclusão”. Em sua avaliação, o tema é de toda a sociedade e precisa com urgência sair do âmbito do sistema criminal. “Quando se trata de consumo de drogas, é preciso ir da área penal para a civil, de direitos à educação, ao trabalho, ao lazer e à saúde”, resumiu. “Mas infelizmente ainda tratamos o usuário de droga como o último cidadão de direito”, criticou.

O cenário de assistência aos usuários no país foi apresentado pelo médico Marcelo Kimati, consultor da Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas do MS. “Essa é uma política recente. Temos ainda lacunas históricas de saúde pública no campo das drogas”, reconheceu. Para ele, apesar do aumento do consumo do crack, não se pode pensar exclusivamente num modelo assistencial apenas para essa droga. Para ele, o álcool gera alto custo social e tem sido colocado há muito tempo em segundo plano.

Tratar de consumo de drogas implica discutir assistência à crise, resgatar o caráter intersetorial do tema, garantir os direitos humanos e respeitar o usuário. Com foco na assistência ao usuário de todos os tipos de drogas, informou Marcelo, foi lançado em junho de 2009 o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (Pead), para atuar no SUS, diversificando as ações orientadas à prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos e construindo respostas intersetoriais.

O plano tem como primeiro foco os 100 maiores municípios, incluindo todas as capitais e municípios de fronteira selecionados. Ou seja, 77.686.057 habitantes (41,2% da população brasileira), em especial crianças, adolescentes e jovens em situação de grande vulnerabilidade social. Até março de 2010, o plano cadastrou 52 novos Caps para atenção desse público, 14 consultórios de rua (para atendimento de pessoas que vivem na rua) e inclui as escolas de redutores de danos (trabalho realizado segundo a realidade da comunidade a que se destina). Para o segundo semestre, a proposta é aumentar a rede de cuidado contínuo, ou seja, expandir os leitos de atenção integral e os leitos diferenciados e ampliar o acesso e as intervenções no território.

Para a promotora de Justiça da Infância e da Juventude do Estado do Rio de Janeiro, Karina Fleury, o Pead se soma a muitas outras iniciativas

que buscam enfrentar a questão do consumo de drogas pelo caminho da intersetorialidade. “Basta olharmos para o que diz a Constituição Federal de 88, para o SUS, Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, Lei 10.216, Sistema Único de Assistência Social/Suas, Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas e para a Política Nacional de Saúde Mental”, listou. A intersetorialidade, exemplificou, é obrigatória segundo o artigo 227 da Constituição Federal. “Está também presente no artigo 86 do ECA”, reforçou. Mas muitas vezes a lei não é cumprida, principalmente quando trata-se de usuários de drogas sem suporte familiar.

A 4ª CNSM-I incluiu ainda nos debates os direitos das crianças e adolescentes que cometeram delitos e estão privados de liberdade, muitos deles com transtornos mentais. No painel *Medidas Socioeducativas*, Marcus Vinícius Almeida Magalhães falou do Programa Nacional de Implementação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), do qual é assessor e que tem se mostrado exemplo de ação intersetorial. O projeto, lançado em 2006, por resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), e ligado à Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, prevê normas para padronizar os procedimentos jurídicos envolvendo menores de idade, que vão desde a apuração do ato infracional até a aplicação das medidas socioeducativas. Entre as mudanças estabelecidas está a exigência de que cada unidade

de atendimento em regime fechado (medidas socioeducativas de privação de liberdade) atenda, no máximo, a 90 adolescentes por vez, sendo que os quartos deverão ser ocupados por apenas três jovens. Também está prevista a mudança na arquitetura dessas unidades, que deverá privilegiar as construções horizontais e espaços para atividades físicas, como também os serviços de educação, saúde, lazer, cultura, esporte e profissionalização.

A proposta prioriza as medidas em meio aberto (prestação de serviço à comunidade e liberdade assistida) em detrimento das restritivas da liberdade (semiliberdade e internação em estabelecimento educacional, a serem usadas em caráter de excepcionalidade e brevidade). Segundo Marcus Vinícius, alguns resultados positivos já podem ser observados: a taxa geral no meio fechado caiu de 7% (2006 a 2007) para 2% (2007 a 2008) e 0,4% (2008 a 2009). A queda continuou de 2009 para 2010, quando a internação decresceu em 16 estados, inclusive no Rio de Janeiro. Apesar do avanço nesse sentido, mostrou o especialista, o estado ainda aparece em sétimo lugar entre as dez primeiras unidades da federação com maior número de adolescentes internos em 2010. Na ordem decrescente seguem São Paulo (6.506), Pernambuco (1.647), Minas Gerais (1.172), Rio Grande do Sul (1.037), Ceará (985), Paraná (968), Rio de Janeiro (633), Distrito Federal (609), Santa Catarina (607) e Espírito Santo (508).

O desafio é árduo, avaliou. Hoje, o número de adolescentes privados da liberdade corresponde a 0,05% da população de adolescentes brasileiros, ou a 0,008% da população geral. Eles repre-

Atracção do Congresso de Saúde Mental, a banda Sistema Nervoso Alterado é formada por usuários, profissionais e colaboradores do Espaço Aberto ao Tempo, instituição ligada aos Caps do Rio de Janeiro





Venturini: os Caps deveriam ser o lugar de cuidado das crises

sentam um pouco menos de 4% do total de presos no sistema penal brasileiro, ou seja, a 446 mil, e sofrem ainda com uma relação desigual de números de vagas e adolescentes. Em 40% dos sistemas socioeducativos persiste a superlotação, ou seja, mais adolescentes do que vagas disponíveis; em 44% o número de vagas é igual ao número de adolescentes internos; e apenas 16% das instituições apresentam maior número de vagas do que de adolescentes.

REPÚDIO AOS MANICÔMIOS

Os 1.060 delegados da 4ª CNSM-I avaliaram 1.265 propostas, que deverão nortear a Política Nacional de Saúde Mental nos próximos anos. Durante o dia e até a madrugada, os participantes reafirmaram seu repúdio aos manicômios e instituições asilares, reforçando o modelo de serviço aberto e humanizado para atender pessoas com transtornos mentais. Foram aprovadas todas as propostas que pediam ampliação, consolidação e fortalecimento da rede de serviços substitutivos em saúde mental, como também a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Foi proposta e aprovada a criação de Caps-AD 24 horas como nova estratégia para atender usuários de drogas e a expansão dos Caps 3, que funcionam 24 horas, para acolher, inclusive, usuários em crise. O repúdio aos manicômios ficou evidente quando, por unanimidade, os delegados da conferência votaram a favor de uma proposta que impede a revisão da Lei 10.216.

Outra proposta aprovada foi a de criação de grupos de ajuda mútua de doentes mentais. A ideia, inspirada em experiências internacionais bem-sucedidas, baseia-se em encontros de até 20 usuários do serviço de saúde mental para discutir sobre as adversidades do

dia a dia e como enfrentá-las — a exemplo dos alcoólicos anônimos. Segundo a coordenação de Saúde Mental do MS, um projeto-piloto já foi desenvolvido pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com financiamento do governo — R\$ 181 mil para promover as reuniões e capacitar os próprios pacientes a atuar como líderes das discussões.

DIREITOS HUMANOS, CULTURA E SAÚDE MENTAL

Temas abordados na 4ª CNSM-I, com o objetivo de aprovar propostas orientadoras das políticas de saúde mental do país, haviam estado em debate também no Congresso Brasileiro de Saúde Mental, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Entre eles, o aproveitamento do potencial dos Caps, de maneira a acolherem pessoas em crise psiquiátrica, e a forma adequada de lidar com aqueles que têm transtornos mentais e cometeram algum crime. O evento reuniu, em sua maioria, um público formado por jovens técnicos. “Talvez porque a saúde mental seja uma área que absorva muitos recém-formados à procura de orientação”, observou o psiquiatra e sanitarista Paulo Amarante, presidente do congresso e pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Fiocruz (Laps/Ensp/Fiocruz). Ele destacou como ponto essencial desse evento a participação de vários setores, em especial o de Direitos Humanos e da Cultura. “Não se pode pensar no louco como aquele que está no hospital ou que é doente; a loucura é uma condição social também”, observou. “A grande demanda de se criar um hospital para isolar pessoas parte da sociedade, do que ela aprendeu a temer. Para mudar essa cultura, nada mais eficaz do que a cultura-arte. Uma música, uma peça de teatro, uma poesia pode mexer em coisas estruturais”.

Na abertura do evento, o secretário da Identidade e da Diversidade Cultural do Ministério da Cultura, Américo Cordola, falou sobre a importância da arte e da cultura para a saúde mental. Para ele, a arte alcançou uma visão mais humana da perturbação mental. A terapia ocupacional tornou-se importante para a recuperação psicossocial e para o tratamento das pessoas com transtornos, porque utilizou a perturbação como fonte de criação, ou seja, a criatividade para a expressão de emoções. A arte, resumiu, ignorou as diferenças entre as frágeis fronteiras da sanidade e da loucura.

A temática dos direitos humanos foi apresentada pelo ministro Paulo Vannuchi, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Em sua avaliação, o Plano Nacional de Direitos Humanos 3 (PNDH 3) fortalece a luta antimanicomial. Ele tratou dos ataques que o plano sofreu da Igreja Católica — por incluir a descriminalização do aborto —, da mídia, que o considerou mecanismo de censura à imprensa, da Confederação Nacional de Agricultura, cuja “visão equivocada” vê as pessoas que ocupam terra como “bandidos e criminosos”, e do Ministério da Defesa, já que o plano condena torturas e punições que ferem os direitos humanos. Para o ministro, o PNDH 3 sintetiza os lemas de igualdade, fraternidade e liberdade da Revolução Francesa (1789), atualizando e incorporando demandas recentes, entre elas, a diversidade.

VAZIO A SER PREENCHIDO

Apesar do avanço da Reforma Psiquiátrica, a necessidade de se manterem instituições manicomiais ainda existe, conforme avaliou o psiquiatra italiano Ernesto Venturini, ao buscar responder à indagação presente no título de sua conferência, *A não saúde mental: até quando permanecerá a necessidade do manicômio?*. Colaborador do psiquiatra italiano Franco Basaglia, na Reforma Psiquiátrica da Itália, Venturini considerou que “alguns ambientes da psiquiatria falam em insegurança, sublinham que há doentes perigosos e defendem uma psiquiatria baseada no diagnóstico, na necessidade de lugares fechados, mesmo que menos violentos”. Ele interpretou que essa pretensa “necessidade” de uma psiquiatria manicomial é favorecida por um vazio ainda não preenchido pela Reforma Psiquiátrica. “É a incapacidade da psiquiatria comunitária de cuidar do doente grave”, reconheceu. Segundo ele, a crise psiquiátrica frequentemente encontra resposta na internação em hospitais psiquiátricos ou, “no melhor dos casos”, nas enfermarias psiquiátricas dos hospitais gerais, quando os Caps abertos 24 horas (Caps 3) deveriam ser o lugar natural de cuidado das crises, inclusive as mais graves. “Mas eles ainda são poucos e com poucos recursos”, criticou.

Venturini criticou também a produção científica da Reforma Psiquiátrica, que considera insuficiente. “Na realidade, parece o contrário: a quantidade de livros, de artigos, de seminários, de eventos em saúde mental é grande, mas



Amarante: a cultura como forma de promover mudanças estruturais



não vem acompanhada da qualidade”, analisou, apontando a necessidade de trabalhos que, ao lado dos tradicionais, que mostram indicadores de redução de leitos hospitalares e de crescimento do número dos Caps, comparem custos diretos e indiretos das ações antes e depois da Reforma Psiquiátrica, além de análises do impacto econômico e social da mudança e dos efeitos do cuidado na comunidade.

PROCESSO COLETIVO

As perspectivas da atenção psicossocial estiveram no centro de uma das mesas de debates. Coordenadora do projeto Capitães de Areia, desenvolvido há dois anos em Salvador (BA) com crianças e adolescentes em vulnerabilidade social, especialmente usuários de crack do centro da cidade, a psiquiatra Anna Pitta lembrou que o campo da atenção psicossocial é relativamente recente e, conseqüentemente, implica superar desafios. Ela citou atitudes a serem tomadas: políticas públicas de atendimento comunitário e aberto, em detrimento do modelo hospitalocêntrico; promoção e inclusão ativa dos pacientes por meio de projetos de renda mínima, residência segura, etc; combater o estigma; operar em rede para dar conta de fenômenos complexos, como é o caso do consumo abusivo de drogas; criação de conselhos gestores comunitários nos serviços de saúde mental; revolução docente para capacitar adequadamente os profissionais da Saúde Mental; e uso de evidências científicas.

Para Moysés Rodrigues, coordenador da Fundação Projetos Terapêuticos (SP), a atenção psicossocial é um processo coletivo. As práticas da atenção psicossocial se definem pelo enfrentamento frente a frente e estão articuladas com outros setores do conhecimento. As perspectivas dessa atenção, listou, são trabalhar com

território, transversalmente, e aplicar a prática da escuta que vai além da psicanálise. “É encontrar outras possibilidades de perceber o sujeito”, disse. Na análise da psicanalista Izabel Marazina, de São Paulo, a psiquiatria precisa associar-se à atenção psicossocial. “Mas precisamos prestar atenção no que contraria o Movimento de Luta Antimanicomial, como as ideias da psiquiatria moderna de que o medicamento resolve tudo”, alertou.

O congresso, que ressaltou a importância da Reforma Psiquiátrica como meio de garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais, através de cuidado humanizado e com liberdade, também tratou criticamente de como a reforma não conseguiu atingir os manicômios judiciais – antecipando questões que seriam discutidas na 4ª Conferência. A discussão teve espaço na mesa *Medidas de Segurança, Reforma Psiquiátrica e a 4ª CNSM-I*, na qual o coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado, afirmou que a ideia de autonomia do paciente, preconizada pela Reforma Psiquiátrica, não chegou às medidas de segurança previstas pelo Código Penal.

Ele defendeu novas formas de cuidado dos detentos a exemplo do que se faz em Minas Gerais, no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (Pai-PJ) do estado – “o pai, nesse caso, é o Tribunal de Justiça”, explicou Pedro. O programa realiza acompanhamento das pessoas com sofrimento mental que cometeram algum crime. “Essas pessoas são atendidas pela rede de saúde mental”, informou. Mas, para isso, ressaltou, foi desenvolvida tecnologia adequada dentro dos Caps de forma a atender casos bastante complexos.

Pedro ainda deu como exemplo exitosa ação desenvolvida na Inglaterra, onde equipes preparadas e multidisciplinares são responsáveis por cuidar de pessoas psicóticas que cometeram algum delito, usuários de drogas ou que se negam a tomar medicamentos, em um determinado território. “Os pacientes são atendidos em casa, nas ruas e nos hospitais, onde quer que estejam. Cada equipe tem de 100 a 120 pacientes e se reúnem em instituições como os nossos Caps, para avaliar situações de pacientes em crise”, explicou. A Inglaterra, observou, seguiu um caminho pelo qual o psicótico é tratado sem precisar entrar no sistema penal. “Nosso papel deveria ser esse: fazer com que essas pessoas com transtornos mentais severos sintam que são respon-

sáveis pelo que fazem e, dando conta disso, não precisem se confrontar com o sistema penal”, observou.

Superintendente de Proteção Básica Social, da Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos do Estado do Rio de Janeiro, Leonardo Pecoraro corroborou a avaliação. Para ele, os manicômios judiciais e os abrigos de longa duração são mantidos porque são baratos. Ele propôs novos instrumentos de cuidado das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos, entre eles, as residências terapêuticas. “É preciso para isso discutir a gestão do sistema penal, pois muitos gestores falam por aí que só vão construir residências na iminência de serem presos”, criticou, defendendo ainda maior investimento nos encarcerados. “Essas pessoas, que muitas vezes cometeram delitos quando em crise, precisam ser ouvidas. A crise não é permanente, é preciso lembrar”, frisou.

A desinstitucionalização dos hospitais de custódia foi abordada pela psicanalista da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro, Tânia Kolker, que apresentou os processos percorridos pelos hospitais Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro, que integrava o já



Pecoraro: é preciso discutir a gestão do sistema penal

desativado complexo penitenciário da Frei Caneca, no centro da cidade, e Henrique Roxo, em Niterói. O trabalho, descreveu, inclui a redução do tempo de internação e a desativação do Heitor Carrilho. O desafio de acabar com essa unidade é dar conta de muitos pacientes que estão internados há anos e que já não têm mais laços familiares e sociais. “Ele vai fechar e o nosso objetivo é pactuar com as outras secretarias – Saúde, Habitação, Assistência Social e Direitos Humanos – formas de custeio para programas de moradia, de renda, de trabalho assistido, ou seja, para a inclusão desses pacientes”, informou.



ENTREVISTA

Pedro Gabriel Delgado

‘A nova fronteira intersetorial ainda está por ser conquistada’



Nos nove anos que se passaram desde a aprovação da Lei 10.216, da Reforma Psiquiátrica, a política de saúde mental do SUS se materializou em diversas iniciativas e conquistas, mas ainda há lacunas e contradições a se enfrentar, avalia, em entrevista à *Radis*, o coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado. Para ele, a 4ª CNSM-I, pela primeira vez intersetorial, evidenciou o quanto é complexo construir uma agenda visível, clara e estratégica da intersectorialidade. “Essa é a nova agenda da Reforma Psiquiátrica”.

Que balanço faz, hoje, da Reforma Psiquiátrica brasileira?

Entre a 3ª e a 4ª conferências, sob vigência da Lei 10.216, o cenário da saúde mental pública se transformou completamente. Os serviços substitutivos não são mais experiências heroicas, desfinanciadas, dependentes de contextos municipais favoráveis, isolados e frágeis. Hoje, a política de saúde mental do SUS se materializa na forma de 1.541 Caps, 580 residências terapêuticas, centenas de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e mais de 500 experiências de empreendimentos solidários geradores de renda e de inclusão social e ações culturais permanentes e diversificadas. Mas, este novo cenário é também marcado por lacunas, contradições, carências, algumas típicas do momento atual do SUS, outras próprias do desafio específico de construir uma atenção integral em saúde mental no território.

O que é preciso para vencer esse desafio?

Garantir a qualidade da atenção nos serviços substitutivos, com participação efetiva de usuários e familiares, assegurar a sustentabilidade financeira, política e técnica desses serviços, mudando inclusive o cenário de formação de novos profissionais e de produção de conhecimento, e sustentar a sabedoria necessária da Reforma Psiquiátrica, para prosseguir no rumo da consolidação da mudança, enfrentando de maneira competente as

flechas da oposição hospitalocêntrica e as fragilidades reais desta política que é complexa. Isso não é uma tarefa fácil.

Por que ainda há 12 mil pessoas internadas em hospitais psiquiátricos?

De fato, mudar esse quadro requer grande esforço e isso é tarefa essencial da política de saúde mental. Mais da metade desses pacientes estão no estado de São Paulo, que iniciou um esforço recente de desinstitucionalização, mas esbarrou em dificuldades imensas, especialmente na resistência política dos próprios hospitais. Mas, entre 2002 e 2010, os macro-hospitais (acima de 400 leitos) — que representavam mais da metade dos leitos existentes — reduziram-se em torno de 15%. Entre as duas conferências (2001 e 2010), foram fechados 20 mil leitos. Não é possível fazer isto de forma mais rápida. A gestão pública tem uma responsabilidade ética e social com essas pessoas.

Qual o papel dos Caps 3, com atendimento 24 horas, na consolidação da Reforma Psiquiátrica?

Foi muito bom a 4ª CNSM-I reafirmar a necessidade dos Caps 3 e incorporar a este desafio a área de Assistência Social. Funcionando 24 horas, todos os dias da semana, tendo cobertura regionalizada, estando ligados à atenção primária pelos Nasfs [Núcleos de Atenção à Saúde da Família] e articulados na ponta com a rede de Cras [Centros de Referência de Assistência Social] e Creas [Centro de Referência Especializado de Assistência Social], os Caps 3 se fazem a via régia para a consolidação da Reforma, seja nas grandes cidades, seja em pactuações intermunicipais no interior do país.

A falta de atendimento nos surtos pode remeter à ideia de carência de leitos psiquiátricos, criando-se argumentos contra a Reforma?

O atendimento no momento da crise é mais frágil, especialmente, nas grandes cidades, expondo com frequência as fragilidades da rede de atenção e da própria reforma quanto à regulação e articulação

dos serviços. Reaparece então a falsa ideia de que “faltam leitos psiquiátricos”. Mas, onde o sistema urgência-emergência está bem articulado com a rede de Caps 3 e a atenção básica é forte, por exemplo, os momentos de crise são acolhidos adequadamente, como acontece em Campinas e Belo Horizonte — e são grandes cidades. Temos no Brasil 14 municípios com mais de 1 milhão de habitantes, com problemas reais de articulação da rede (não só de saúde mental, obviamente). Nos municípios de médio porte, o atendimento às crises vem sendo equacionado, e, nos pequenos municípios, a capacidade de acolhimento é muito maior, e este problema não é tão grave.

Que desafios o caminho da intersectorialidade traz para a saúde mental?

A conferência evidenciou o quanto é complexo construir uma agenda visível, clara e estratégica da intersectorialidade. Avançamos muito, é verdade. Porém, a nova fronteira intersectorial ainda está por ser conquistada, a exemplo da articulação com os Cras e Creas, da saúde mental no sistema socioeducativo e da articulação entre Justiça e Saúde Pública na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, na abordagem clínica das questões da violência e na promoção e prevenção à saúde da primeira infância e na escola. Depois da conferência intersectorial, esta é a nova agenda da Reforma Psiquiátrica.

Quanto ao investimento do governo federal em saúde mental, apesar do crescimento registrado nos últimos anos, os recursos são suficientes?

Com a Reforma Psiquiátrica, o SUS mais que dobrou o investimento em saúde mental, mas ainda não é o suficiente. O SUS gasta 2,7% do seu orçamento com saúde mental. Mas precisamos seguir ampliando este orçamento, chegando próximo dos 4% do total do orçamento do Ministério da Saúde. Afinal, a demanda de saúde mental afeta pelo menos 25% da população geral, em algum momento da vida, e 12% ao longo de um ano. (K.M.)



ELEIÇÕES 2010

O novo governo e o lugar do SUS na agenda brasileira

A pedido de Radis, especialistas em saúde coletiva apontam entraves do sistema e desafios que os eleitos precisarão enfrentar (e resolver!)

Adriano de Lavor *

O Brasil vai às urnas, em 3 de outubro, e o resultado do pleito, que escolherá o novo presidente da República, governadores, senadores e deputados, estará diretamente relacionado ao futuro da saúde no país. Foram duas décadas, desde a criação do SUS (ver Radis 95), e dois grandes ciclos de governo — oito anos de gestão FHC e oito, de Lula —, perfazendo 16 anos em que se poderia consolidar a propos-

ta de atenção universal à saúde com base nas necessidades e direitos da população. No entanto, questões relativas ao (sub)financiamento do sistema — expressas na não regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC-29) —, à definição de um plano de carreira para os trabalhadores de saúde, às necessidades de mudança no modelo de atenção e à relação do SUS com o mercado de planos privados, entre outras, ainda estão por se resolver.

Sistema baseado na universalização de acesso e não na capacidade contributiva dos cidadãos — modelo

também da Itália, Espanha, Inglaterra e Canadá —, e organizado de forma a oferecer serviços em condições iguais para todos, sem separação de clientela, o SUS abre horizontes e possibilidades para a saúde brasileira, ao mesmo tempo em que expõe sua fragilidade. Identificar os acertos e os problemas pode se traduzir em orientações para o próximo governo. Para contribuir com o debate, Radis ouviu especialistas em saúde coletiva sobre entraves do SUS e pontos urgentes que a nova gestão em Saúde terá de enfrentar.

Reforma incompleta

Nem o governo de Fernando Henrique Cardoso, tampouco o governo Lula priorizaram a realização de uma reforma sanitária com base em um sistema nacional. O SUS é uma reforma incompleta, ainda em processo de construção. Faltou financiamento adequado, reforma do Estado e mudança do modelo de atenção, como fizeram países europeus e alguns outros que criaram sistemas universais e públicos de saúde. Apesar disso, conseguiu-se muito por meio do SUS: expandiu-se a capacidade de atendimento do sistema público, permitindo o acesso de milhões de brasileiros a programas preventivos e assistenciais — algumas linhas de intervenção porém têm qualificação precária, como a rede de atenção primária, a rede de serviços e o cuidado ao câncer, que ampliou o acesso ao tratamento, mas pouco alterou a sobrevida dos atendidos. Faltou esforço para discutir com a sociedade a importância do SUS. Faltou elevar os gastos com o sistema até pelo menos 7% a 8% do PIB. O SUS não conseguiu ainda funcionar em rede. Não houve regionalização, e os serviços, particularmente os hospitais, têm baixa integração. Por fim, faltou uma política de pessoal decente, que combine direitos dos trabalhadores em saúde com a construção de responsabilidade sanitária. É preciso ampliar o investimento federal no SUS, como também ampliar, rever e qualificar a Estratégia Saúde da Família,

para que, em quatro anos, pelo menos, 80% dos brasileiros estejam inscritos e utilizem os serviços de alguma equipe de atenção primária. E também ampliar e rever o modelo de gestão e de atenção de hospitais e centros de referência especializados, integrando-os em rede e definindo suas responsabilidades sanitárias regionais e por segmento populacional. Por fim, é urgente realizar uma reforma do Estado, avançar na regionalização com sistemas de cogestão e elaboração de contratos sanitários entre municípios, estados e União, criar carreiras públicas para os trabalhadores do SUS, segundo especificidades da saúde, com remuneração adequada, avaliação e progressão por mérito, e fomentar a educação continuada, superando a polaridade entre lógica de mercado e tradição estatal.”

• **Gastão Wagner**, SANITARISTA E PROFESSOR TITULAR DA UNICAMP

Mudanças estruturais

É fato que o SUS avançou nesses 16 anos, mas as oscilações políticas a favor do sistema público e universal não foram definitivas. A igualdade de acesso à saúde está até agora inviabilizada no Brasil, principalmente, porque não está claro o lugar do financiamento privado e da prestação privada no sistema. Além do famigerado subfinanciamento, assistimos à valorização crescente da privatização e ao avanço de organizações e segmentos com fins lucrativos, financiados de múltiplas formas com

dinheiro público, que encontram no sistema de saúde fragmentado uma oportunidade de negócio. Espero que o próximo governo cuide do sistema de saúde como um todo, e que, para isso, promova mudanças estruturais no modo de financiamento, de organização e de tomada de decisões. Se teremos pela frente mais crescimento econômico, o que faremos com o aumento da riqueza do país? Podemos usá-la para radicalizar a implantação do SUS, fortalecer o público e promover a inclusão de acordo com as necessidades de saúde do nosso povo; ou podemos simplesmente turbinar o privado e ver crescer a noção do acesso em função da capacidade de pagamento de cada um.”

• **Mário Scheffer**, COMUNICADOR SOCIAL, SANITARISTA E PESQUISADOR DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP

Financiamento solidário

Estamos lutando há dez anos pela regulamentação da EC-29, passo importante para minorar o subfinanciamento da Saúde. É o primeiro desafio apontado para o próximo governo. Os municípios já vêm cumprindo a emenda. Hoje, a média de investimento em saúde pelos municípios é de 19,5%, segundo dados de 2008 do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). São esses entes que fazem de fato a saúde da população, que assumem a maior carga de responsabilidades. É urgente e necessário o financiamento

* Colaboraram: Bruno Dominguez e Katia Machado

solidário e tripartite para a viabilização desse direito. Precisamos inverter a lógica do financiamento, com o aumento nominal do piso de atenção básica. A Estratégia Saúde da Família já demonstrou mudar positivamente o perfil epidemiológico de uma região quando se tem boa cobertura. Precisamos garantir que seus princípios sejam vinculados à qualidade e à resolutividade, mas, ao mesmo tempo, que possibilitem a construção de diferentes modelos programáticos para atendimento das realidades locais e regionais. Precisamos avançar para implementar uma política de valorização do trabalho e do trabalhador de saúde que possibilite a despreciação dos vínculos e a implementação de um plano de carreira que garanta a promoção do trabalhador e contribua com a fixação de profissionais nas áreas de necessidade. Outra estratégia importante para o SUS é a implementação do serviço civil para os profissionais que se formaram em universidades públicas. A formação dos profissionais de saúde deve ser pautada nas demandas do SUS. Para tanto, é necessário fortalecer as ações estratégicas que apostam na mudança curricular e na integração ensino-serviço. Precisamos fortalecer os aspectos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que garante o controle público dos gastos, considerando as especificidades da área de Saúde, como a descentralização. No que diz respeito à contratação de pessoal, os municípios são responsáveis por quase 70% dos empregos públicos em saúde. Que o novo presidente da República possa se comprometer com o setor para que, com o colegiado de líderes partidários, aprove a regulamentação da EC-29, no primeiro semestre de 2011.”

• **Antônio Carlos Nardi**, PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

Rompendo a resignação

“O principal entrave é político. Não considero os governos de FHC e Lula, especialmente o segundo mandato de Lula, idênticos. No entanto, a apreensão política de ambos os ciclos governamentais sobre o sistema público de saúde foi nucleada pela concepção de que saúde é um conjunto de realizações assistenciais *para quem não pode pagar*. Essa afirmação genérica não significa desconhecer avanços importantes na ampliação de coberturas e, tampouco, deixar de lado marcas de estilo. Todos os ministros da Saúde dos governos Lula foram recrutados das fileiras dos sanitaristas. Esse fato é inédito e assegurou certa continuidade administrativa. Não se poderia também deixar de consignar as repercussões de Serra no Ministério da Saúde, decorrentes de sua trajetória política e sua inserção no núcleo decisório do governo FHC. Minha principal expectativa é o rompimento da resignação sobre a vigência de um padrão estratificado, mercadorizado e

extremamente perverso no sistema de saúde brasileiro. Evidentemente, não espero que esse processo seja protagonizado pelo governo, mas pelas entidades da sociedade civil. Contudo, considero que nossos governantes vêm contribuindo e muito para ampliar os recursos simbólicos e materiais para o subsistema privado. Se pararem de aumentar os subsídios fiscais, os gastos públicos diretos e das estatais com planos privados de saúde e de nomear representantes dos empresários para cargos estratégicos para o reordenamento das relações entre o público e o privado, certamente, estabeleceremos novas bases políticas e econômicas para a efetivação do SUS.”

• **Ligia Bahia**, SANITARISTA, PROFESSORA DE ECONOMIA DA SAÚDE DA UFRJ

Dinheiro novo

“Os últimos 16 anos de governo, especialmente os últimos oito, foram de avanços para o país em termos sociais e institucionais. A democracia se consolidou, as instituições se fortaleceram e o país assumiu presença internacional compatível com sua dimensão continental e potencialidade social. Neste contexto, podemos destacar o SUS como um dos mais importantes sistemas públicos de saúde no mundo. A redução da mortalidade infantil, a expansão de cobertura da Saúde da Família e da Saúde Bucal, o Samu, a vigilância epidemiológica e em saúde, as vacinações infantis universais e de adultos e idosos com alta cobertura, o financiamento à pesquisa e o Pacto em Defesa do SUS são alguns exemplos de alcances do sistema. Entretanto, muitos aspectos do SUS, nestes dois ciclos de governo, não foram resolvidos, demandando energia e criatividade para um adequado encaminhamento. O subfinanciamento é um problema histórico de um sistema que já faz muito com poucos recursos e necessita de dinheiro novo. Precisamos de uma expansão do gasto público em saúde. Além disso, é preciso avançar no uso criterioso dos recursos disponíveis. A reforma de Estado também será fundamental para o SUS, incluindo temas de profissionalização da gestão, Fundação Estatal e carreira para os trabalhadores de saúde. O próximo governo precisa colocar a saúde e o SUS como prioridades de ação, liderar esse processo junto a sua base aliada no Congresso, ao cidadão e aos trabalhadores de saúde. Precisamos duplicar o orçamento do Ministério da Saúde e para isso novas fontes de financiamento serão fundamentais. Além disso, certas assimetrias na distribuição do orçamento público federal em saúde precisam ser corrigidas – se a rede básica de saúde deve atender com resolutividade cerca de 80% da demanda do SUS, o valor *per capita* do Programa de Atenção Básica não pode ser cerca de dez vezes menor do que o dos procedimentos de média e alta complexidade. O SUS funcionará de fato como sistema de excelência quando o

setor público diminuir sua dependência do setor privado. Os planos de saúde são um dos campeões de reclamação dos usuários. A proliferação de planos que reprimem demanda, recusam cobertura integral e maltratam o cidadão não ocupa o mesmo espaço na mídia que as acusações feitas ao SUS por problemas similares. A reversão da campanha ideológica contra o SUS depende, em boa medida, da prioridade que o SUS desfrutará na agenda política do próximo governo. A atenção primária é reconhecida o melhor dispositivo para responder às necessidades de saúde da população e ordenar os demais níveis de atenção. Os próximos anos serão cruciais para superar seu papel ambíguo e subalterno no SUS.”

• **Luiz Augusto Facchini**, PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCOS)

Contradições

“O desafio relacionado ao SUS para o próximo governo será materializar a promessa constitucional de um sistema de saúde universal, integral e equitativo, em busca de igualdade em qualidade resolutiva para todas as classes sociais, em qualquer canto do país. Para tanto, e alavancados pelos avanços nesses 22 anos, temos que colocar no centro do debate as insuficiências persistentes e as contradições de um projeto socializante, que não encontra no econômico e na própria gestão o sustento do compromisso constitucional. Com altas taxas de crescimento econômico projetadas, temos que sair da mendicidade de 300 dólares *per capita* de gasto público em saúde para 600, no próximo governo, e para pelo menos 900, no seguinte, de modo a tornar matematicamente viável um sistema universal de qualidade – de forma ainda modesta frente aos custos dos outros sistemas universais no mundo. Tomo o exemplo da crise hospitalar persistente no país, com apenas 2,7 leitos por mil habitantes, sendo pelo menos metade com graves deficiências resolutivas, e vemos a distância para outros sistemas, seja os que se equilibram em pelos menos 3,8 leitos, como o espanhol, seja os que têm mais de 7, como os da França e Itália, para chegar a 14, na Dinamarca. Os desequilíbrios regionais em infra-estrutura pública abrem espaço para a privatização do sistema, com tabelas de remuneração paralelas e *diferenciais de classe*. A insuficiência de recursos financeiros afeta a possibilidade de profissionalização com dedicação exclusiva, carreiras e salários dignos, levando a uma *favelização* da gestão de pessoal. A relação público-privado, no âmbito do SUS, necessita do equilíbrio gerado por um setor público estatal capaz de estabelecer padrões de competitividade com qualidade, oportunidade e resultados em saúde, e, assim, regular o mercado e submetê-lo às regras do interesse público – ou seja, de toda a população. Necessitamos, pois, de um controle social que

discuta os desafios estratégicos do sistema e sobre eles incida, saindo da burocratização de funções e promovendo uma agenda que insira a saúde na luta maior por um sistema universal de seguridade social que afete os determinantes da própria saúde e o desenvolvimento social. ”

• **Armando de Negri**, EPIDEMIOLOGISTA E INTEGRANTE DA COMISSÃO ORGANIZADORA DA I CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS UNIVERSAIS DE SEGURIDADE SOCIAL

Fortalecimento dos municípios

“ Infelizmente temos que conviver com um distanciamento entre o SUS ideal e o que realmente acontece. Ainda lutamos para atingir aspectos universais mínimos, como atendimento com dignidade e no tempo certo. Precisamos ter nas áreas sociais o mesmo ritmo de avanços proporcionados pelo desenvolvimento econômico do país. O perigo do descompasso é a diminuição da oferta de serviços públicos, maior busca por serviços privados e o crescimento da desigualdade, uma ameaça para o SUS. Quatro grandes aspectos merecem atenção: aumento de recursos nos orçamentos para as áreas sociais; preparação dos que administram os recursos da saúde (gestores); melhoria da qualidade dos serviços oferecidos; e incentivos à participação e controle social. O que se faz no SUS é ainda insuficiente para promover hábitos saudáveis, prevenir mortes e doenças. O SUS depende da atuação articulada dos governos federal, estadual e municipal, como sabemos. Mas quem realiza as ações e recebe cobranças imediatas é o município. Portanto, é lá que o SUS precisa ter mais capacidade técnica, de gestão, e disponibilidade de recursos. O próximo governo deve fortalecer os municípios. E investir para prevenir o sofrimento das pessoas, com ações simples ligadas às famílias e comunidades — e menos em hospitais e ambulatórios. Além disso, é preciso avaliar como medir o esforço dos trabalhadores da saúde para premiar quem oferece serviço de qualidade aos usuários do SUS. Destaco a necessidade de soluções para ocupação de cargos públicos baseados na capacidade técnica e na competência, e a definição de metas e cobrança de resultados da ação dos trabalhadores em prol da população. ”

• **Clovis Bouffleur**, GESTOR DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS DA PASTORAL DA CRIANÇA E CONSELHEIRO NACIONAL DE SAÚDE

Foco no cidadão

“ Em primeiro lugar, a questão do financiamento não foi resolvida. De acordo com as disposições transitórias da Constituição de 1988, deveria caber à Saúde pelo menos 30% do orçamento da Seguridade Social. No entanto, nenhuma das leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) desses dois ciclos de governo considerou tal

parâmetro. Os oito anos do governo Lula não foram aproveitados para avançar na regulamentação da EC-29 e o Governo Federal vem reduzindo relativamente sua participação nos gastos com saúde. A participação do gasto público no PIB é menor que a do privado, quando nos países que optaram por um sistema universal, como é a pretensão do SUS, o gasto público é superior a 70% do gasto total. Em segundo lugar, a falta de profissionalização da gestão e a quantidade exagerada de cargos públicos no SUS estimulam o uso da saúde como moeda de troca política, reproduzindo o clientelismo e a partidização da gestão. Em terceiro lugar, os governos acumularam grande dívida com os trabalhadores do SUS, por não privilegiarem planos de carreira, cargos e salários, favorecendo a precarização do trabalho e as terceirizações, além de afastar parte desses profissionais do desenvolvimento e da defesa do sistema. Em quarto lugar, a expansão dos planos privados de saúde não foi acompanhada de devida regulação, e as relações público-privado não têm sido favoráveis ao SUS, nem aos consumidores de planos de saúde. Em quinto lugar, não houve mudanças significativas no modelo de atenção, ainda bastante centrado nos procedimentos da assistência hospitalar e especializada, com poucas intervenções na promoção da saúde ou nas ações intersectoriais. Enfim, por mais que tenha havido certo desenvolvimento do SUS nesses dois ciclos de governo, ainda não temos um sistema de saúde cujo foco central seja o cidadão que conquistou o direito à saúde na Constituição e na legislação ordinária. Temos um SUS pobre para os pobres e um SUS complementar que serve às operadoras e aos consumidores de planos de saúde. Não tenho grandes expectativas para o SUS no próximo governo, particularmente, se não forem revigorados os movimentos sociais em defesa da cidadania e da Reforma Sanitária. Não há choque de gestão que dê conta dos desafios. Ou a sociedade se organiza, ou continuaremos patinando num SUS para pobres e num SUS real, reféns do clientelismo político e das imposições da área econômica. ”

• **Jairnilson Silva Paim**, PROFESSOR TITULAR EM POLÍTICA DE SAÚDE NO INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA DA UFBA

'Descentralização centralizada'

“ O grande desafio hoje para o SUS é o financiamento, entretanto para o sistema único que atua nas três esferas. Do ponto de vista administrativo, precisamos superar uma armadilha normativa — construímos uma *descentralização centralizada*, um processo de municipalização tutelado, regulamentado por portarias do Ministério da Saúde. Isso criou um monstro de duas cabeças: de um lado, a regulação ministerial, de outro, os municípios engessados e, no meio, os estados, com crise no seu

papel regulatório. Precisamos resolver este excesso normativo que, por outro lado, apresenta vácuos. Um exemplo: não existe documento que regule a equidade como princípio doutrinário. Isso significa que todo mundo tem direito a tudo e ninguém tem direito a nada. A classe média não se diz cliente do SUS, do ponto de vista da assistência médica, já que optou pela assistência suplementar. Não regulamos também o padrão de integralidade, que depende da equidade. Isso produz parte da judicialização da saúde, já que o Judiciário só se vale da universalidade. O próximo governo tem que investir na regulamentação da EC-29 e na implementação do cartão SUS como sistema informatizado inteligente para a tomada de decisão. Hoje, os gestores trabalham no escuro. ”

• **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, PROFESSOR ADJUNTO DA FACULDADE DE MEDICINA DE SOBRAL, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC) E PRESIDENTE DO INSTITUTO CENTEC

Inclusão pela saúde

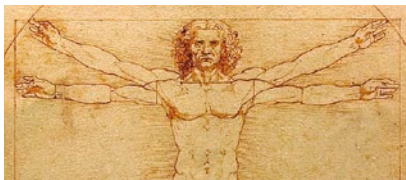
“ O SUS, em duas décadas, se impôs como de enorme relevância para a saúde pública brasileira, constituído por uma rede responsável pela prevenção, promoção, cura e reabilitação. Apesar dos significativos avanços, enfrenta problemas que retardam sua efetivação e desafiam os gestores. O Conasems e o Conass lançaram a *Carta aos Candidatos a Presidência da República*, apresentando as seguintes propostas: completar, qualificar e consolidar a inclusão social pelo sistema público de saúde; aumentar os recursos para a atenção primária, duplicando o valor atual do Piso de Atenção Básica (PAB) nos próximos quatro anos; implementar políticas integradas entre saúde e educação de graduação, especialização e educação permanente, voltadas para as necessidades do sistema público de saúde; propor e defender a extensão para a esfera federal do mesmo critério da EC-29, já em vigor para estados e municípios, utilizando também uma porcentagem sobre a arrecadação; e intensificar e acelerar a implementação da regionalização cooperativa e solidária, conforme disposto no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. E é preciso inserir essas propostas como prioridades em outras agendas, como as das comissões Intergestores Tripartite e Bipartite. E, ainda, buscar uma reforma tributária simplificada que venha incidir muito menos sobre a produção e consumo e muito mais sobre o patrimônio e a renda, com elevação da progressividade; estender a não aplicação da DRU para toda a seguridade social, e, junto ao Legislativo, extinguir o dispositivo da Lei de Responsabilidade Fiscal que limita a ampliação do quadro de pessoal de saúde e que colide com a obrigação constitucional da descentralização. ”

• **Beatriz Dobashi**, PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS)

SERVIÇO

EVENTOS

10º SEMINÁRIO DO PROJETO INTEGRALIDADE



O Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), do Instituto de Medicina Social da Uerj, promove em outubro a décima edição do *Seminário do Projeto Integralidade*, sob o tema *Por uma sociedade cuidadora*. O objetivo é discutir a responsabilidade e o cultivo dos sentimentos públicos em relação à saúde. O evento está organizado em mesas de debates que tratarão de Justiça, reconhecimento e afetividade, racionalidades médicas, educação permanente em saúde e reflexos das relações de poder entre os campos da comunicação, do jurídico e do político. Haverá, ainda, grupos de trabalho sobre temas relacionados às atividades do Lappis, em seus dez anos, como direito à saúde; público e privado em saúde; extensão, pesquisa e ensino na formação; humanização no cuidado; saúde, comunicação e sociedade; e práticas integrativas. As inscrições para o seminário estão abertas.

Data 20 a 22 de outubro
Local Teatro Odylo Costa Filho, Uerj,
Rio de Janeiro, RJ

Mais informações

Tel (21) 2334-0504 Ramal 112

E-mail lappis.sus@ims.uerj.br

Site www.lappis.org.br

INTERNET

JOGO EDUCATIVO SOBRE AIDS

A Fiocruz lançou nova versão digital do jogo *Zig-Zaids*, criado em 1991, ainda no formato de tabuleiro. O *game* é um entretenimento com objetivo de informar sobre a aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. Entre as questões abordadas no jogo, estão as maneiras de transmissão do vírus, o que fazer quando há suspeita de alguma DST e como evitá-la. Desenvolvida pelo Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz, a versão atualizada do

Zig-Zaids, indicada para maiores de 12 anos, ganhou mais informações sobre diagnóstico, dados epidemiológicos e direitos sexuais e reprodutivos de portadores de HIV. Ela está disponível em português e inglês e ainda dispõe de minidicionário com termos relacionados ao tema. Para baixar o jogo, basta acessar o link www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=44.

PUBLICAÇÕES

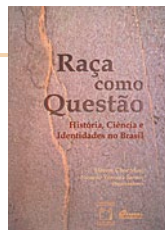
SAÚDE COLETIVA

Ciência & Saúde Coletiva (Abrasco), volume 15, suplemento 1 (2010), reúne 101 artigos sobre assuntos como políticas e gestão de saúde, saúde da mulher e da criança, formação de recursos humanos, filosofia e ética no trato com os problemas e pesquisas em saúde, saúde bucal e análises da atenção oferecida aos usuários. Entre os textos publicados, estão *Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna*; *Dever do Estado: metamorfoses da publicização da existência e produção de subjetividades*; *Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose*; *Manipulação do genoma humano: ética e direito*; e *A intervenção do serviço social em paciente renal crônico e sua família*. A revista já está na base do Scielo, no link: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/index.php>.




QUESTÃO RACIAL

Raça como questão (Editora Fiocruz), organizado por Marcos Chor Maio e Ricardo Ventura Santos, é coletânea de artigos já publicados, assinados pelos dois autores, sobre a questão racial no Brasil, sob contextos e enfoques diferenciados – desde os debates sobre as inter-relações entre identidade nacional e raça no fim do século 19, até as presentes vinculações de raça com



as tecnologias genômicas. Segundo os organizadores, “reunir os vários trabalhos em um único volume tem como objetivo dar corpo a um conjunto de reflexões que foram se acumulando e amadurecendo ao longo dos anos”. Os capítulos que compõem o livro já haviam sido lançados anteriormente como artigos de revistas científicas ou em outras publicações. Para a coletânea, alguns foram revisados, e todos receberam texto introdutório, a fim de contextualizá-los.

MANUAL DE RECURSOS HUMANOS

O *Manual para a monitorização e avaliação de recursos humanos*, lançado pela OMS, em parceria com a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e com o Banco Mundial, tem como objetivo auxiliar agências e departamentos de RH de países de rendimento baixo e médio a monitorarem e avaliarem melhor os profissionais que prestam serviços de saúde primários e outros, incluindo serviços de tratamento, promoção, prevenção e reabilitação. O manual apresenta opções estratégicas que pretendem melhorar a base informativa e factual dos profissionais de saúde, além de experiências de diversos países. O *download* da publicação pode ser feito no link http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789248547706_por.pdf. 



ENDEREÇOS

Abrasco

Tel. (21) 2560-8999/ 8403

Email abrasco-socio@ensp.fiocruz.br
ou cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Site www.abrasco.org.br

Editora Fiocruz

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

Email editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora

OMS Brasil

Tel. (61) 3251-9595

Site <http://new.paho.org/bra/>

PÓS-TUDO

Muito aquém da saúde mental

Bruno Dominguez *

Há quem pense que os manicômios são coisa do passado, mas ainda hoje brasileiros com sofrimento mental vivem em condições subumanas no que podem ser considerados depósitos de gente. Na 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, o painel *Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: residências terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersectorial no território*, realizado na manhã do dia 29 de junho, alertou que cerca de 10 mil pessoas encontram-se ainda institucionalizadas no país.

Em Camaragibe (PE), está em andamento o processo de desinstitucionalização do maior manicômio do Brasil, o José Alberto Maia, experiência relatada pela secretária de Saúde da cidade, Ricarda Samara. Vídeo gravado recentemente e exibido na conferência chocou a plateia ao mostrar pacientes nus, deitados no chão ou vagando pelo terreno. Grande parte dorme em camas sem colchão, apesar de o governo ter doado cerca de 500, pouco tempo antes da gravação. O enorme freezer fica vazio, guardando apenas caixas de ovos.

Desde 2001, o hospital particular está proibido de receber novos pacientes. E, no ano passado, foi assinado termo de compromisso para seu descredenciamento do SUS, o que envolve a transferência de todos os internos. A prefeitura assumiu o cuidado, mas não interveio para não incorporar a dívida do dono, calculada em mais de R\$ 30 milhões.

Ainda vivem no José Alberto Maia 414 pessoas, a maioria internada há cerca de 20 anos. O número de mortes chega a cinco por mês — “uma taxa absurda”, na avaliação de Ricarda. Até o fim de 2010, informou a secretária, as portas do manicômio devem ser definitivamente fechadas. Já deixaram o hospital 94 pacientes: parte voltou para a casa da família, parte foi viver em residências terapêuticas e parte foi transferida para hospitais de cidades do entorno.

Esta não é uma realidade apenas de cidades do interior do país: em 2007, censo apontou que 6.349 pessoas estavam internadas há mais de um ano em



FOTO: MARCELO ROMEIO/FICKR

56 de 58 hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, ocupando mais de 50% dos leitos. “É uma questão que permanece”, confirmou Sônia Barros, professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e consultora do Ministério da Saúde, a quem coube apresentar os dados do censo. A maior parte das pessoas internadas há longo tempo era do sexo masculino (61,9%), com idade entre 40 e 70 anos (62,86%) e analfabeta (62,07%). Entre elas, havia 28 crianças e adolescentes excluídos do convívio familiar. O período médio de internação era de 15 anos. Um número que impressionou Sônia e a plateia: 144 pacientes não tinham diagnóstico psiquiátrico.

Antes de tentar reinserir essas pessoas na sociedade, detectou-se que muitos se lembravam de seus parentes (79,95%), sabiam o endereço de algum integrante da família (64,06%) ou recebiam visitas (46,68%). Grande parte tinha índice de independência satisfatório, medido pela manutenção de hábitos de higiene por vontade própria e pela alimentação com garfo e faca. Perguntados se desejavam morar fora do hospital, 49,61% responderam que sim. “A desinstitucionalização é uma exigência ética, institucional, técnica e social”, disse Sônia.

O processo de desinstitucionalização de Camaragibe segue o modelo do de Paracambi (RJ), do qual participou Jorgina Ferreira, outra integrante da mesa. A instituição em questão era a Casa de Saúde Dr. Eiras, que chegou a ser o maior hospital psiquiátrico da América Latina. O Ministério Público determinou a intervenção, em 2004, depois de constatar que os pacientes viviam em condições degradantes. “Mas a cidade não estava preparada para o fechamento”, contou Jorgina — aquele era o principal pólo


empregador da cidade, tão importante para a comunidade que nele eram realizadas festas cívicas.

A fim de diminuir essa resistência, foi criado o projeto Cinema na Praça, que levava pacientes internados há até 30 anos à praça da cidade para assistir a filmes nacionais projetados num telão. “Nas primeiras exibições, a população nem chegava perto”, relatou. Um ano depois, 65% passaram a se declarar favoráveis ao fechamento do Dr. Eiras.

Fernando Kinker, que participou de processos de desinstitucionalização em Santos, Campina Grande, Salvador e Paracambi, explicou que a estratégia nessas situações é a de transformar o interior do manicômio ao mesmo tempo que se constrói uma rede de cuidados comunitária fora dele. Dentro da instituição, disse, deve haver uma ruptura pelo diálogo, deixando-se claro que aquele não é mais o lugar da violência e da hierarquia cristalizada.

Na prática, os usuários são convidados a participar, muda-se o papel dos antigos funcionários e convocam-se novos profissionais. Os espaços internos e as equipes de trabalho são divididos por regiões, seguindo o princípio do serviço territorializado. Busca-se o diálogo com as famílias dos internos, “sem culpa ou vitimização”.

Um dos desafios da desinstitucionalização, indicou, é a influência dos manicômios nas pequenas e médias cidades do país, tanto por questões políticas quanto pela empregabilidade — problema enfrentado por Paracambi e Camaragibe. Nas cidades grandes, por sua vez, os hospitais psiquiátricos são “um dispositivo de controle, mais pelo abandono do que pela disciplina”. Outra barreira é o fato de as gestões municipais, estaduais e federal não priorizarem a saúde mental: “Preocupam-se com o sofrimento leve e moderado, mas pouco investem nas pessoas excluídas”. Fernando também lamentou que os Caps não se sintam responsáveis pela situação dos moradores de hospitais psiquiátricos.

Mas as principais questões têm cunho ideológico: os paradigmas hierárquicos das instituições, a formação reducionista dos profissionais de saúde, a falta de motivação e de utopia, a naturalização da violência, a tendência a descartar qualquer desvio. “Temos que nos desinstitucionalizar”, concluiu. 

* Repórter da Radis, participou da cobertura da 4ª CNSM-I.



Mestrado Profissional em Tecnologia de Imunobiológicos

O programa de pós-graduação
Stricto sensu de Bio-Manguinhos

Processo seletivo turma 2011

Inscrições
15 de setembro a 15 de outubro de 2010
www.sigass.fiocruz.br



Provas em novembro

Informações
(21) 3882-9455
mpti@bio.fiocruz.br
www.bio.fiocruz.br



Ministério da Saúde

FIUCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Tecnologia
em Imunobiológicos

Bio-Manguinhos