

Água, bem de todos

Políticas inadequadas, mercantilização e agressão ao ambiente travam garantia de um direito

9º EpiVix

Tendências em Epidemiologia, como o uso de 'big data', estiveram em debate

Economia da Saúde

Pesquisadores discutem crise mundial e seus efeitos na população da América Latina

Agenda Pós-2015

Objetivos do Desenvolvimento Sustentável distanciam-se da visão ampliada de saúde

A VOZ das MULHERES que DERAM À LUZ

DVD reúne depoimentos das participantes da pesquisa 'Nascer no Brasil', coordenada pela Fiocruz



SAIBA MAIS

Para adquirir o DVD

• Fiocruz Vídeo – www.fiocruz.br/fiocruzvideo

Liseane Morosini

As dores e as alegrias de mães que deram à luz estão expostas no DVD *Nascer no Brasil*, lançado pelo selo Fiocruz Vídeo. Com roteiro, direção e produção de Bia Fioretti, o DVD reúne os vídeos *Parto, da violência obstétrica às boas práticas* e *Cesárea, mitos e riscos*, que revelam a experiência das mães que participaram da pesquisa *Nascer no Brasil*, o primeiro e mais completo levantamento nacional sobre parto e nascimento realizados no Brasil (*Radis* 143). Bia viajou por todas as regiões do país e conversou com 174 pessoas, entre mães, pais e profissionais de saúde, em 23 instituições públicas e privadas de 12 cidades. Segundo ela, o objetivo dos vídeos é “mostrar quem eram as mulheres que estavam por detrás dos números”.

As filmagens ocorreram durante a coleta de dados, em 2011 e 2012, no momento em que as mães tinham dado à luz ou estavam convivendo há não mais de um dia com seus filhos recém-nascidos. De acordo com Bia, novas filmagens foram feitas em 2014, atualizando o olhar das mulheres que deram à luz via parto vaginal. “Decidi voltar a algumas instituições de duas regiões para ver como estava o quadro. Percebi que as instituições não mudaram do ponto de vista das instalações, mas houve mudanças nas práticas como resultado da implementação de políticas públicas de atenção ao parto e nascimento”, diz ela.

Os vídeos são intercalados com depoimentos de Maria do Carmo Leal, coordenadora da pesquisa e epidemiologista da Escola Nacional de Saúde Pública

Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), Esther Vilela, coordenadora geral de saúde das mulheres do Ministério da Saúde, e do obstetra Marcos Dias. O primeiro tem 20 minutos e revela como se dá a assistência ao parto vaginal em grande parte das instituições do país e o tratamento dado às mulheres no pós-parto. As mulheres registram solidão e abandono, pedem por companhia, falam sobre o desconforto no momento do nascimento e apontam, como constatou a pesquisa, equívocos como a manobra para expulsão do bebê, medida não recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

No vídeo, Esther Vilela diz que precisa ser superado esse modelo predominante de atenção ao parto no Brasil, que nega direitos e não adota as boas práticas, baseado “na assistência pautada no procedimento, no parto visto como doença, na exclusão da família, na visão estritamente biológica do parto. Ela propõe um modelo de atenção mais ampliado, onde o centro é o bem estar da mulher e da família”.

RISCOS PARA MÃE E BEBÊ

O segundo vídeo tem 16 minutos e mostra a cesárea como o meio preferencial adotado pelas brasileiras para parir: de acordo com a pesquisa, do total de partos realizados em todo o Brasil, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, 52% foram cesarianas sendo que este índice chega a 88% nas instituições privadas. O vídeo alerta para os riscos da cesariana para o bebê e para a mãe e lembra que a OMS estima que 1 milhão de cesarianas realizadas no Brasil são desnecessárias.



Água é saúde e direito

Água é essencial à vida humana e, portanto, uma questão primordial de saúde pública. Acesso, distribuição e qualidade da água estão associados tanto à produção de doenças quanto à promoção da saúde.

Embora as Nações Unidas reconheçam o direito humano a água e saneamento, na maioria dos países a degradação ambiental, falta de acesso, tratamento inadequado e distribuição desigual limitam o uso dos 0,3% da água do planeta que é disponível para o consumo humano, afetando gravemente a saúde das populações. Dados da ONU indicam que 3,5 milhões de pessoas morrem no mundo, anualmente, devido a distribuição inadequada de água, falta de saneamento e ausência de políticas de higiene.

No Brasil, segundo a Agência Nacional de Águas, estão 12% das reservas de água para consumo humano do mundo, 70% na Amazônia; mas há 40 milhões de pessoas sem acesso à água potável, metade nas áreas rurais. A falta de saneamento básico é um dos principais determinantes da redução da potabilidade da água: apenas 46% dos domicílios têm coleta de esgoto, grande parte sem tratamento adequado. Desmatamento, impermeabilização do solo, degradação e contaminação dos rios e desperdício são alguns outros fatores.

Não se trata de um capricho da natureza, mas do resultado de escolhas sociais e econômicas insustentáveis. A reportagem de Ana Cláudia Peres evidencia que, tanto na origem quanto nas soluções da atual crise, faz toda a

diferença tratar água como mercadoria ou como direito. A lógica de mercado faz com que grandes consumidores industriais de água, por exemplo, recebam um desconto na cobrança. Quem demanda mais mercadoria paga menos. O consumo humano fica em segundo plano. O mesmo ocorre em relação à prioridade no uso dos mananciais e barragens, definidos segundo demandas do agronegócio e da produção de energia.

Problemas complexos requerem alternativas complexas e sustentáveis, como detalha nossa reportagem, mas frequentemente são apresentados de forma simplista, como pretexto para soluções parciais, focais ou voltadas para a geração de lucro, que só agravam efeitos e aumentam desigualdades. Para o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB), o Brasil é um dos maiores alvos do “negócio da água” e será espaço de disputa pela privatização de nossas reservas e serviços públicos de água e saneamento por grandes grupos interessados em transformá-la em mercadoria para gerar lucros.

Por outro lado, há organizações que se dedicam a alternativas sustentáveis para a garantia do direito, como a Aliança pela Água, Movimento Águas para São Paulo, Instituto Socioambiental (ISA), The Nature Conservance (TNC). Os objetivos da Articulação do Semiárido Brasileiro (ASA) e do Movimento Cisternas Já sintetizam o oposto da mercantilização e o que interessa à saúde coletiva: a democratização da água.

Rogério Lannes Rocha
Editor-chefe e coordenador do Programa Radis

Expressões e Experiências

• A voz das mulheres que deram à luz 2

Editorial

• Água é saúde e direito 3

Cartum

3

Voz do leitor

4

Súmula

5

Radis Adverte

8

Toques da Redação

9

Capa

• O caminho das águas 10

• Água não é mercadoria 14

• Marcos legais de uma política para as águas 15

• Entrevista — Carlos Morelli Tucci: ‘o problema é a falta de tratamento de esgoto’ 16

• Soluções verdes contra a infraestrutura cinza 18

• Grande São Paulo: veredas 20

9º Congresso Brasileiro de Epidemiologia

• Olhar no futuro 22

• Viver mais, com mais saúde 24

• Atenção à população negligenciada 26

Economia da Saúde

• Remédios para a crise 28

Agenda Pós-2015

• Amplo ou estreito? 32

Serviço

34

Pós-Tudo

• Daí que um paciente entra no consultório de cabeça baixa... 35

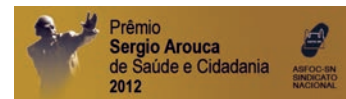
Capa Foto: Rogério Lannes, Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira (AM)

CARTUM



C.N

RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN





Controle social

Gostaria de externalizar minha satisfação com a reportagem de capa da edição nº 144 (Controle social). Por conta do próprio discurso institucional, da história da Fiocruz e da Ensp, foi uma grata surpresa, enfim, receber e ler tal material. Desde a edição do decreto sobre a PNPS [Política Nacional de Participação Social] estava sentindo falta de um posicionamento mais isento, objetivo e realista sobre as discussões que este instrumento vem gerando, mas a equipe da *Radis* fechou de forma exitosa essa lacuna. Venho acompanhando como os meios de comunicação solapam de forma vexatória essa política, por isso, parabéns pela iniciativa e por nos presentear com a matéria!

• Marcela Vieira da Silva, Ouvidoria Geral da Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ

Trabalho escravo

Recebo a revista de vocês todo mês. **RE** adoro. Estava lendo a respeito do trabalho escravo nas lavouras de cana-de-açúcar e gostaria de materiais maiores para eu poder apresentar um trabalho na faculdade. Obrigada.

• Fernanda Caribe Teixeira, Feira de Santana, BA

FR: *Cara Fernanda, sugerimos que faça uma busca no site do Programa Radis (www.ensp.fiocruz.br/radis), usando a expressão 'trabalho escravo'. Há muitos conteúdos produzidos sobre o tema. Um abraço!*

Samu

Gostaria de, mais uma vez, parabenizar a equipe da revista *Radis*. Agradeço por ter o privilégio de estar entre os assinantes deste importante meio de informação. Atualmente, como secretário de Assistência Social, tenho na revista uma ferramenta na execução do meu trabalho. Desta vez venho abordar um dos grandes gargalos no atendimento do

Samu [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência]. O programa que veio para melhorar o serviço nos casos de emergência tem sido questionado pela demora ou falta de assistência. Criado em 2003, tem ajudado a reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro. Contudo, é inaceitável, após dez anos, pessoas morrerem pela demora ou falta de atendimento. Especialmente em cidades de pequeno porte, onde a ausência do médico exige o deslocamento da Unidade Móvel para outro município. Entendemos que não se envie uma ambulância para todo chamado, apenas para fins de avaliação, utilizando as informações obtidas do solicitante, mas o enfermeiro, conforme o quadro clínico apresentado pelo paciente, deve ter autonomia para estabelecer a gravidade presumida da ocorrência e encaminhar ou não a ambulância.

• Tarcizio Martins, secretário de Assistência Social, Manoel Vitorino, BA

Revista na web

• Primeiramente, parabéns para equipe *Radis*, as publicações estão muito boas. Venho solicitar que não me enviem mais a revista na versão impressa. Como tenho acesso à revista online, prefiro não receber a via impressa.

• Lorena Mara Nóbrega de Azevêdo, Natal (RN)

FR: *Cara Lorena, sua iniciativa possibilitará que um novo leitor possa ser assinante da Radis. Um abraço!*

'Radis' agradece

Olá, pessoal da *Radis*. Gostaria de parabenizá-los pelas excelentes matérias abordando inúmeros aspectos relacionados a Saúde. Percebe-se, pela leitura dos textos, o compromisso da equipe com a veracidade dos fatos e com a formação de consciência crítica de seus leitores. Precisamos de projetos que realmente provoquem mudanças positivas, e não

de meras reportagens que informam, mas não formam cidadãos. Vamos à luta!!!!

• Denise Campos Andrade, Piedade, MG

Sou grata pelo envio das revistas, que têm me ajudado muito, em minha área. Sou estudante de Enfermagem e estou no sétimo período. Os assuntos abordados têm sido excelentes. Um forte abraço.

• Adriana Avelino do Nascimento, estudante de Enfermagem

Doenças negligenciadas

Obrigada por me enviarem a edição 143 (Leishmanioses). Estou amando. Minha sugestão é que, nas edições posteriores, as demais doenças negligenciadas sejam abordadas, uma por uma como nessa edição.

• Maria Célia Batista Pereira, Teresina, PI

FR: *Cara Maria Célia, agradecemos sua sugestão. Por ora, sugerimos que faça uma busca na coleção completa da Radis (www.ensp.fiocruz.br/radis), pois a revista já abordou o tema das doenças negligenciadas outras vezes. Um abraço!*

Violência contra a mulher

Gostaria que vocês abordassem um tema que está cada vez pior no Brasil: os maus tratos domésticos que as mulheres sofrem por seus companheiros.

• Camila Daphne, estudante, Picuí, PB

FR: *Cara Camile, sua sugestão é pertinente e já temos planejada nova matéria sobre o tema. Sugerimos que, entre outras, você acesse a edição nº 92 da Radis, que trata dele na matéria de capa. Um abraço!*

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

EXPEDIENTE

RADIS® é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo **Programa Radis de Comunicação e Saúde**, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

Presidente da Fiocruz **Paulo Gadelha**
Diretor da Ensp **Hermano Castro**

Editor-chefe e coordenador do *Radis*
Rogério Lannes Rocha
Subcoordenadora **Justa Helena Franco**

Edição **Eliane Bardanachvili**
Reportagem **Adriano De Lavor** (subedição),
Bruno Dominguez (subedição interina), **Elisa Batalha**, **Liseane Morosini** e **Ana Cláudia Peres**
Arte **Carolina Niemeyer**, **Felipe Plauska** e **Diego Azeredo** (estágio supervisionado)

Documentação **Jorge Ricardo Pereira** e **Sandra Benigno**

Administração **Fábio Lucas** e **Natalia Calzavara**

Assinatura **grátis** (sujeita a ampliação de cadastro) **Periodicidade mensal** | Tiragem **81.500** exemplares | Impressão **Ediouro**

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) • Tel. (21) 3882-9118 | Fax (21) 3882-9119
• E-mail radis@ensp.fiocruz.br
• Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361



www.ensp.fiocruz.br/radis



[/RadisComunicacaoeSaude](https://www.facebook.com/RadisComunicacaoeSaude)

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente reproduzido, acompanhado dos créditos, em consonância com a política de acesso livre à informação da Ensp/Fiocruz. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.

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



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz





Uso medicinal da maconha: aprovação avança no Senado

A Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) do Senado aprovou (29/10) o Projeto de Lei Complementar (PLC) 37/2013, que muda a Lei Antidrogas de forma a permitir a importação de derivados da maconha para uso medicinal, informou a Rede Brasil Atual (29/10). A autorização será dada a pacientes em tratamento de doenças graves e estará sujeita a prescrição médica e autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A proposta já foi aprovada na Câmara dos Deputados, e, no Senado, passará também pelas comissões de Educação, Cultura e Esporte; Assuntos Econômicos; Assuntos Sociais e Direitos Humanos.

Dezenas de mães já conseguiram tratamento para seus filhos com medicamentos à base de canabidiol (substância derivada da maconha), por meio de processos jurídicos individuais. "Optamos por seguir a tendência, que já vem sendo encampada pelo Judiciário, que é permitir a importação para uso medicinal, em casos específicos", disse o relator da matéria, senador Antônio Carlos Valadares (PSB-SE).

De acordo com a reportagem, ainda, a maconha possui aproximadamente 400 canabinoides, sendo pelo menos 80 deles com propriedades terapêuticas. Os presentes em maior quantidade na planta são o CDB e o THC. Os componentes da *cannabis* agem no *efeito comitiva*, produzido pela

ação de inúmeras moléculas atuando juntas no organismo, o que representa alto potencial terapêutico. "A grande quantidade de moléculas juntas pode ajudar em uma série de doenças porque, no corpo, modula a saciedade, a ingestão alimentar, a sede, o sono e o comportamento sexual", diz o pesquisador de *cannabis* medicinal da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Renato Filev.

Na literatura científica, a *cannabis* foi descrita como ansiolítico, indutor de sono e anticonvulsivante, ajudando no relaxamento muscular e na diminuição de espasmos, o que é benéfico para doenças degenerativas, como esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, Alzheimer e Parkinson. O canabidiol pode também ativar um receptor específico no cérebro, que evita que as células morram, retardando a degeneração. Pesquisas mais recentes têm indicado que, nos casos de cânceres cerebrais, substâncias da *cannabis* podem impedir a formação de vasos sanguíneos que irrigam os tumores, além de induzir as células tumorais à morte.

A legislação brasileira permite a utilização de componentes químicos da maconha apenas por pedidos médicos, feitos exclusivamente por pessoas jurídicas. Para as pessoas físicas, o acesso a medicamentos à base de *cannabis* depende de pedido à Anvisa e, em determinados

casos, de medida judicial.

O PLC aprovado também torna clara a diferença entre usuário e traficante: usuário é quem porta drogas em quantidade suficiente para consumir por até cinco dias, ficando a Anvisa responsável por definir esse volume. No novo texto, foi retirada a referência a "circunstâncias sociais e pessoais" para julgar um portador de maconha. "O policial, na hora da abordagem, pensa 'bom, esse rapaz aqui é negro, só pode ser maconheiro mesmo'. Agora, se for branquinho, ah, é consumidor", explicou Valadares, de acordo com o jornal *O Globo* (29/10).

O parâmetro fixado, no entanto, não será tomado como absoluto: mesmo portando menos que o suficiente para cinco dias, uma pessoa poderá ser considerada traficante se, durante a investigação, for provado que estava traficando. O oposto também é verdadeiro: mesmo portando droga em volume maior, haverá possibilidade de alguém ser considerado usuário.



DIVULGAÇÃO

Poluição mata mais que acidentes de trânsito

FOTO: CATRICALIVRE



Levantamento do Instituto Saúde e Sustentabilidade, ligado à Universidade de São Paulo (USP) apontou que o número de mortes atribuídas à poluição no Estado do Rio, em 2011, foi de 4.566, 50% a mais que os óbitos em acidentes de trânsito (3.044). Em São Paulo, a poluição provocou o dobro de mortes, 15.700, frente aos 7.867 do trânsito, informou o jornal *O Globo* (5/11). As mortes por poluição também vão ultrapassar os óbitos por câncer de mama, de próstata e por aids nos dois estados.

Pela projeção do instituto, a poluição em São Paulo ainda vai matar 256 mil pessoas até 2030, mesmo que as emissões

caiam 5% ao ano até lá. Para o Rio, os pesquisadores estimam que a má qualidade do ar causou a morte de 14 pessoas, em média, por dia, entre os anos de 2006 e 2012, totalizando 36.194 mortos.

A origem principal da poluição é dos carros: em São Paulo, 90%, e no Rio, 77%. O estudo concluiu que a poluição no Estado do Rio ultrapassa em duas vezes o aceito pela Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com a pesquisadora e diretora do instituto, Evangelina Motta Pacheco, os parâmetros da OMS são três vezes mais rígidos que os do Brasil, definidos há 25 anos e defasados.

Em São Paulo, entre as causas mais prováveis de mortes estão doenças respiratórias, como asma e bronquite, e câncer. Já no Rio, são câncer de pulmão, infecções das vias aéreas e pneumonia. De acordo com Evangelina, o cálculo considerou dados da Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (Cetesb) e da OMS.

Evangelina, que realizou o estudo com o médico e professor titular de Patologia da Faculdade de Medicina da USP Paulo Saldiva, observou que pessoas

com problemas respiratórios e circulatórios, além de idosos e crianças com inflamações nas vias aéreas são os mais suscetíveis.

O gerente de Qualidade do Ar do Ministério do Meio Ambiente, Rudolf Noronha, afirmou que as emissões caíram drasticamente desde os anos 1990. Entre 1991 e 1992, relatou, eram emitidos pelos carros 13 mil partículas por milhão, hoje são 10, e que os limites impostos às motocicletas são os mais rigorosos do mundo. Mesmo assim, como as grandes cidades concentram muitos carros, as emissões são significativas. A emissão de CO₂, o gás de efeito estufa, continua a subir. Para conter a alta, o governo lançou em 2013 o programa Inovar Auto, que condiciona a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à redução de emissões, tornando o carro mais econômico.

"A ideia é que os novos motores estejam nas concessionárias no fim de 2016", disse Luiz Moan, presidente da Anfavea, associação de montadoras, acrescentando que as empresas se empenham na redução de emissões "há décadas" e que o "investimento é maciço e constante".

Lei de responsabilidade sanitária contra má gestão na Saúde



Está em tramitação na Câmara dos Deputados projeto de lei que cria a Lei de Responsabilidade Sanitária (LRS) para punir maus gestores públicos na área da Saúde. O projeto veio do Senado e prevê punição para presidente, governadores e prefeitos, além de responsáveis por órgãos de direção do SUS, em cada ente federativo, informou a Agência Câmara (30/10). O gestor poderá ser punido com a perda do cargo e inabilitação por até cinco anos, de acordo com a Lei dos Crimes de Responsabilidade (1.079/50).

Como crimes de responsabilidade

sanitária, são citados, por exemplo, deixar de prestar serviço de saúde; transferir recurso do fundo de saúde para outra conta; ou dar informações falsas no relatório de gestão. Caso o gestor deixe de estruturar o fundo de saúde ou não dê condições para funcionamento do conselho de Saúde, poderá ter multa de 10 a 50 salários mínimos, além de advertência.

O texto altera a Lei do SUS, 8.080, de 1990, que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional. De acordo com o autor do projeto, senador Humberto Costa (PT-PE), a legislação atual não pune o mau gestor. O senador afirma que, atualmente, a única punição é impedir a transferência de recursos do Ministério da Saúde a estados e municípios até a comprovação dos serviços prestados. "Isso apenas prejudica a execução das políticas de saúde pública e cria transtornos ainda maiores para a população", considera.

O projeto determina que os gestores definam um plano plurianual de Saúde, com programação anual e definição de metas e recursos financeiros a ser usados.

Os planos devem ser aprovados pelo conselho municipal, estadual ou nacional de Saúde, e farão parte da lei orçamentária. Devem buscar ampliar o acesso a ações e serviços de saúde, com qualidade e humanização do atendimento; reduzir desigualdades regionais e de riscos à saúde; e aprimorar mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

A organização dos gestores em saúde deve ser feita em comissões tripartite, com representação federal, estadual e municipal; ou bipartite, com representantes municipais e estaduais. Essas comissões devem assumir pactos federativos para gestão da saúde, assinados em contratos de ação pública do setor, diz ainda o projeto de lei.

A proposta tramita em regime de prioridade e será analisada pelas comissões de Seguridade Social e Família; de Trabalho, de Administração e Serviço Público; de Finanças e Tributação; e de Constituição e Justiça e de Cidadania do Senado. Em seguida, seguirá para o Plenário. Para ler a íntegra do projeto de lei: <http://goo.gl/miOitx>.

2015, Ano Internacional dos Solos

A 68ª sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada (24/9) em Nova York, declarou 2015 o Ano Internacional dos Solos (AIS), informou o site da ONU. O objetivo é aumentar a conscientização sobre a importância do solo para a segurança alimentar e as funções ecossistêmicas essenciais. A programação do ano ficará a cargo da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO, com colaboração dos governos e da Secretaria da Convenção das Nações Unidas contra a Desertificação – em 2010, a ONU havia estabelecido a Década para os Desertos e a Luta Contra a Desertificação, que se encerrará em 2020.

Ao longo do Ano Internacional dos Solos, deverão ser levadas à frente ações voltadas a educar o público sobre o papel crucial do solo na mitigação dos efeitos das mudanças climáticas e da pobreza e para o desenvolvimento sustentável; apoiar políticas e ações para o manejo sustentável e a proteção dos recursos do solo; manter solos saudáveis para os diferentes usuários da terra e grupos populacionais; fortalecer iniciativas em relação aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e à agenda pós-2015; e promover melhoria da informação sobre o solo em todos os níveis – mundial, regional e nacional.

Em vídeo de divulgação do AIS, as Nações Unidas apontam que, em 2050, a população do planeta poderá ser de 11 bilhões de pessoas, alertando para o aumento da pobreza e para a perda de terras como resultado da devastação das florestas, do excesso de pastos e da seca. "Estamos perdendo terra e precisamos parar!", alerta. Todo ano, informa ainda o vídeo, 75 bilhões de toneladas de solo se perdem, e muitas famílias ao redor do mundo passam fome.



Brasileira na direção regional da ONU Mulheres

A brasileira Luiza Carvalho foi nomeada (22/10) diretora regional da ONU Mulheres para América Latina e Caribe, informou o site da ONU (28/10). Nas Nações Unidas desde 1999, Luiza começou trabalhando no Brasil como representante de programas e, posteriormente, coordenadora da Unidade de Políticas Setoriais. Depois, atuou no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), na Venezuela, Costa Rica, e, antes de ir para a ONU Mulheres, nas Filipinas, onde liderou a resposta emergencial à passagem do tufão Haiyan, em novembro de 2013. Ela também foi coordenadora humanitária e responsável pela segurança da ONU no país.

A ONU Mulheres foi criada em 2010, como nova liderança global em prol das mulheres e meninas, por iniciativa dos estados-membros das Nações Unidas e ativistas de direitos das mulheres. Volta-se à igualdade de gênero e ao empoderamento feminino como requisito central para o desenvolvimento, trabalhando pelo direito de mulheres e meninas a uma vida livre de discriminação, violência e pobreza.

Luiza é doutora em Sociologia pela Universidade de Essex (Reino Unido), e mestre em Planejamento e Desenvolvimento Social pela Escola de Economia e Ciências Políticas de Londres (Reino Unido).

Filhos só depois dos 30



As brasileiras estão esperando chegar aos 30 anos de idade ou mais para ter o primeiro filho, mostrou o estudo *Saúde Brasil*, divulgado (29/10) pelo Ministério da Saúde. O estudo constatou que o percentual de mães com primeiro filho na faixa de 30 anos cresceu na última década, passando de 22,5%, em 2000, para 30,2%, em 2012. Já o número de mulheres com menos de 19 anos, que tiveram filhos, caiu de 23,5% para 19,3% no mesmo período, informou a Agência Brasil (29/10). Os percentuais mais altos de mulheres que se tornaram mães com 30 anos ou mais estão nas regiões Sudeste e Sul, com 34,6% e 33,6%, respectivamente. No Centro-Oeste, a taxa cai para 28,8%, seguindo-se o Nordeste com 26,1% e o Norte com 21,2%.

Para o Ministério da Saúde, é sinal de que as mulheres estão com mais acesso a anticoncepcionais e podem planejar a vinda do primeiro filho, tendência dos países desenvolvidos. De acordo com diretora do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do ministério, Thereza de Lamare, o aumento da idade mostra “um avanço nas oportunidades no trabalho e também na programação da gravidez

e no acesso a métodos contraceptivos”, como registrou em entrevista ao jornal *O Globo* (30/10). A tendência, contudo, não é homogênea, e, nas mulheres com menor escolaridade e em regiões menos desenvolvidas, as adolescentes são mães por falta de planejamento adequado. Mais da metade daquelas com quatro a sete anos de estudo têm o primeiro filho antes dos 20. Na faixa de menor escolaridade, com até três anos de estudo, 51% têm filhos antes dos 20 anos de idade.

Pesquisa divulgada (31/10) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), *Estatísticas de Gênero – Uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010*, indicou que o percentual de mulheres jovens de 15 anos a 19 anos com ao menos um filho caiu três pontos, entre 2000 e 2010, informou a Agência Brasil (31/10). De acordo com o estudo, ter filhos entre 15 anos e 19 anos é mais comum entre as mulheres negras (14,1%), do que entre as brancas (8,8%). O IBGE também constatou diferenças quando levado em conta se a jovem vive em área urbana ou rural: enquanto 11,1% das jovens da cidade, nessa faixa etária, tinham ao menos um filho nascido vivo em 2010, esse valor foi para 15,5%, entre as do campo.

Para a pesquisadora Cíntia Simões, da Coordenação de População e Indicadores Sociais do IBGE, a taxa de fecundidade vem caindo no Brasil há décadas, mas engravidar mais cedo pode ser reflexo de baixas perspectivas sociais em relação ao mercado de trabalho e à escolaridade. Na década de 1960, a taxa de fecundidade estava em 6,2 filhos por mulher, e, em 2013, chegou a 1,77.

Novas medidas de monitoramento do ebola

O Ministério da Saúde divulgou (31/10) novas medidas de monitoramento de viajantes vindos de países da África Ocidental afetados pelo ebola, como Libéria, Serra Leoa e Guiné, na chegada ao Brasil. Depois de passar por triagem, os passageiros receberão folder informativo disponível em português, inglês, espanhol e francês com orientações sobre sinais da doença e sobre o Sistema Único de Saúde brasileiro, apresentado como universal e gratuito, informou o Portal Brasil (31/10). «É muito importante informar aos viajantes que eles poderão procurar o SUS gratuitamente», disse o ministro da Saúde, Arthur Chioro.

Serão colhidas informações sobre a origem dos passageiros, que terão também sua temperatura aferida. No cartão da entrevista ficará registrada a data de entrada do passageiro no país, informação

considerada a mais importante. A medida, adotada em países como Estados Unidos e Inglaterra, reforça as ações de preparação do Brasil para eventual ocorrência de caso suspeito de ebola. É considerada como um segundo bloqueio sanitário, já que todos que saem de áreas afetadas pela doença são entrevistados na saída.

A ação se realiza pelo Ministério da Saúde com a Polícia Federal, Receita Federal, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e, inicialmente, com o Aeroporto de Guarulhos. Em seguida, os aeroportos Tom Jobim, no Rio de Janeiro, e Pinto Martins, em Fortaleza, adotarão o monitoramento. Os três aeroportos são responsáveis por 97% da chegada de estrangeiros no Brasil. Está prevista a adoção das medidas nos aeroportos internacionais de Brasília (DF), Viracopos (SP) e Salvador (BA).

Brasil registra 824 casos de febre chikungunya

Balanco divulgado pelo Ministério da Saúde (4/11), em cerimônia de lançamento da campanha para prevenir as doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, apontou que o Brasil registrou 824 casos de febre chikungunya, desde setembro do ano passado – apenas 39 importados de outros países, e o restante (789), autóctone. A doença é originária da África oriental e tem o mesmo vetor da dengue. Os casos autóctones concentram-se em Oiapoque (371), no Amapá, e Feira de Santana (330) e Riachão de Jacuípe (82), na Bahia.

Realizado em setembro, o Levantamento do Índice Rápido de Infestação do *Aedes aegypti* (LIRAA), que estabelece a porcentagem de residências com focos de larvas do mosquito em 1.463 municípios, mostrou que 117 estavam em risco (com mais de 4% de possibilidade de infestação), 513, em estado de alerta e 813, em situação satisfatória, isto é, com possibilidade inferior a 1%. Os índices são inferiores aos registrados no ano passado, quando foi feita a análise em número menor de municípios (1.438), identificando-se mais cidades em risco, 159.

De acordo com o secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa, as campanhas de prevenção da dengue, baseadas principalmente no combate aos criadouros do mosquito, ajudaram a reduzir o número de cidades em risco para a febre chikungunya. Barbosa ressaltou a importância da campanha de combate ao *Aedes aegypti*, por causa dos primeiros registros de casos autóctones. “Onde houver mosquitos transmissores de dengue também é possível que registremos casos de chikungunya. O perigo aumentou, assim como a responsabilidade de todos”, disse.

A maior preocupação das autoridades é que a febre chikungunya leve a diagnósticos errados de dengue. Segundo explica o diretor do Departamento de Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde, Cláudio Maierovitch, o erro no diagnóstico pode retardar o tratamento correto da dengue, que requer intervenção rápida.

De acordo com a infectologista Otília Lupi, do Laboratório de Doenças Febris Agudas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz), a febre chikungunya é menos letal que a dengue. No entanto, tem maior morbidade. “As pessoas ficam mais doentes”, explicou, em entrevista (5/11) ao Canal Saúde. A doença tem formas subaguda, que dura até três meses, e crônica. Os sintomas são febre alta, dor de cabeça, muscular e nas articulações e manchas na pele. Para distingui-la da dengue, é necessário o diagnóstico laboratorial.

Segurança pública: 11 mil mortos pela polícia em cinco anos

Levantamento do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) responsável pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública, que está em sua oitava edição, revelou que, em cinco anos, a polícia brasileira levou à morte pelo menos 11,1 mil pessoas, o mesmo número registrado pelos Estados Unidos em 30 anos, informou o jornal *Brasil de Fato* (11/11). De acordo com o relatório, o maior número de mortes ocorreu no Rio de Janeiro, seguindo-se São Paulo e Bahia. O número de policiais mortos também aumentou, passando de 447 para 490, entre 2012 e 2013. A média nacional é de 1,34 policial assassinado por dia.

A maioria dos estados brasileiros não tinha controle das mortes praticadas por policiais em serviço. Apenas 11 das 27 unidades federativas apresentaram a contabilidade solicitada pelos pesquisadores do fórum, informou ainda o jornal.

Outro levantamento do anuário,

realizado pela Fundação Getúlio Vargas em oito estados brasileiros, revela que 57% dos entrevistados acreditam ser possível desobedecer as leis e 81% dizem que é sempre possível “dar um jeitinho” para não cumpri-las – sinais de que a população convive com a sensação de impunidade.

O relatório apontou, ainda, que uma pessoa é assassinada a cada dez minutos no país. No total, 50,8 mil pessoas foram vítimas de homicídios dolosos (com intenção de matar), em 2013, informou o portal de notícias G1 (11/11). Em relação ao índice geral de vítimas, houve queda de 2,6%, entre 2012 (25,9 vítimas por 100 mil pessoas) e 2013 (25,2 por 100 mil). Para a diretora executiva do fórum, Samira Bueno, os números apontam estabilização nos homicídios no país, pela primeira vez.

O professor de Direito da FGV Oscar Vilhena, no entanto, chamou atenção para o fato de, desde 1988, quando o

Brasil ganhou sua nova Constituição, foram mais de 1 milhão de homicídios dolosos. “Comparativamente, o número é superior às duas décadas de guerra no Vietnã”, disse, considerando o dado “preocupante porque o Brasil não vive uma guerra armada. “O que está acontecendo no país não é aceitável”.

O fórum indica que é possível reduzir as taxas de homicídio em 65,5% até 2030, a partir de esforços integrados: aproximação da população, uso intensivo de informações e aperfeiçoamento da inteligência e investigação. “Nossas forças policiais, Ministério Público e Judiciário estão batendo cabeça”, disse o vice-presidente do fórum, Renato Sérgio de Lima.

O anuário incluiu, pela primeira vez, dados sobre os custos da violência. Em 2013, esses custos chegaram a R\$ 258 bilhões, o equivalente a 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB).

Saúde indígena: por antropólogos nas Casais

A falta de estrutura de atendimento das Casas de Saúde do Índio (Casais) foi tema de audiência pública na Comissão de Legislação Participativa da Câmara dos Deputados (11/11), noticiou a Agência Câmara Notícias. Foram avaliadas denúncias feitas pelo Ministério Público Federal, de problemas como goteiras, medicamentos mal armazenados e casos de pessoas que adoeceram nas dependências das Casais. Segundo o relato, as casas não dispõem de infraestrutura para acolher usuários e acompanhantes. No espaço, vêm sendo atendidas pessoas com doenças respiratórias, diabetes, hipertensão e câncer.

A matéria traz o relato do cacique Evaldo da Silva, de Roraima, que acompanha a filha de cinco anos, durante tratamento de leucemia. Ele contou que foi acolhido com a família pela Casai de Brasília, que funciona em uma casa alugada. A coordenadora do espaço, Maria Elenir Coroaia, diagnosticou outro problema: falta de profissionais capacitados para lidar com a cultura das diversas etnias indígenas. Ela defendeu a contratação de antropólogos para atuarem nas casas de saúde, o que ajudaria a pensar “num




FOTO: ANA PATRÍCIA FERREIRA / COMBATE RACISMO AMBIENTAL

cuidado para cada etnia”.

Sua opinião recebeu o apoio da deputada Érika Kokay (PT-DF): “É importante que não haja invisibilização dos indígenas em tratamento de saúde. Muitas vezes eles são desconsiderados como pessoas. O tratamento, os diagnósticos dos profissionais da Casai são esquecidos e ignorados”, apontou a deputada. Existem no país 19 mil profissionais para cuidar de uma população de 650 mil pessoas, como indicou a representante da Secretaria Especial da Saúde Indígena do Ministério da Saúde (Sesai) Danielle Cavalcante. Para ela, o maior desafio da

atenção básica na saúde indígena é a fixação desses profissionais no território.

Em outra reunião de audiência pública (7/11), na sede da Procuradoria-Geral da República, também em Brasília, Ministério da Saúde, Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e Ministério Público Federal (MPF) decidiram em consenso realizar processo seletivo para contratação de profissionais para atuar nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) de todo o país, noticiou o Portal da Saúde (11/11). A opção por uma seleção regionalizada se deu a partir das deliberações da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (5ª CNSI), realizada em dezembro de 2013, quando delegados foram unânimes ao dizer não à realização de concurso público. A nova proposta prevê processos seletivos com critérios diferenciados, para observar as especificidades de cada grupo indígena e a atuação dos trabalhadores da área. 

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

Radis Adverte

DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL SE ALCANÇA COM SAÚDE COLETIVA



Contra as políticas de austeridade

Mais de 700 economistas assinaram, em novembro, manifesto online criticando a ideia de que a austeridade fiscal e monetária é o único meio para resolver os problemas brasileiros. “Esperamos contribuir para que os meios de comunicação não sejam o veículo da campanha pela austeridade sob coação e estejam abertos para o pluralismo do debate econômico em nossa democracia”, diz o texto, assinado por nomes como Maria da Conceição Tavares, Marcio Pochmann e Luiz Gonzaga Beluzzo. O documento aponta que, na campanha

presidencial, venceu o projeto favorável ao desenvolvimento econômico com redistribuição de renda e inclusão social. Os economistas afirmam que é fundamental a preservação da estabilidade da moeda e que são favoráveis “à máxima eficiência e ao mínimo desperdício no trato de recursos tributários”, rejeitando, porém “o discurso dos porta-vozes do mercado financeiro que chama de *inflacionário* o gasto social e o investimento público em qualquer fase do ciclo econômico”. A íntegra do manifesto está em <http://goo.gl/ZEdO68>.

Sim à regulação



A escolha do tema *Propaganda infantil em questão no Brasil*, para a redação do Enem deste ano trouxe para o centro do debate a importância da regulação da publicidade dirigida a crianças. A prova cita o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), que, em abril, publicou resolução no *Diário Oficial da União* classificando como abusiva a publicidade que utiliza apelos voltados às crianças (linguagem infantil, efeitos especiais, cores, personagens ou apresentadores infantis, entre outros), bem como distribuição de prêmios ou brindes colecionáveis. A iniciativa causou, na época, reação do mercado publicitário e de mídia, que defendem a

autorregulamentação. Sob a falsa alegação de defesa da liberdade de expressão, a Federação Nacional das Agências de Propaganda (Fenapro) divulgou nota manifestando preocupação com “projetos de lei que cerceiam a liberdade de expressão comercial (sic)” e considerou “equivocada” a escolha do tema da publicidade infantil para a redação do Enem, uma questão “complexa”.

A organização Andi Comunicação e Direitos lista algumas razões simples pelas quais a regulação se faz necessária: antes dos oito anos, a criança não tem capacidade de reconhecer o caráter persuasivo da publicidade; a publicidade voltada à criança contribui para a disseminação de valores consumistas e pode levar a erotização e alcoolismo precoces e estresse familiar; e a exposição desmedida à publicidade na construção de hábitos alimentares está se convertendo em problema de saúde pública em várias partes no mundo. Precisa desenhar?

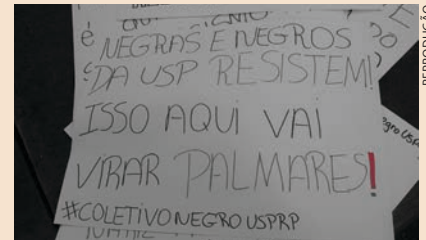
Dedo na ferida

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública, lançado em 11/11 pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (pág. 8), falou a língua que o capitalismo compreende, ao divulgar os resultados de sua 8ª edição: calculou pela primeira vez os custos econômicos da violência, indicando que chegam ao equivalente a 5,4% do Produto Interno Produto (PIB). As vítimas da violência, em geral, morrem de forma prematura, e deixam de produzir e de consumir, analisa o anuário. Se os prejuízos sociais e à saúde humana parecem não comover quem legisla e toma decisões, é possível que traduzindo tanta perda em cifras a mobilização seja maior. “Uma tragédia humana e econômica”, como definiu o economista Daniel Cerqueira, diretor do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Bancos de leite, comunicação e vida

A jornalista do Programa Radis Liseane Amorosi defendeu (6/10) a tese *Comunicação, história e vida na Rede de Bancos de Leite Humano*, pelo Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS/Icict/Fiocruz). Orientada pelo professor João Aprígio Guerra de Almeida e coorientada pela professora Ana Paula Goulart Ribeiro, a pesquisa buscou compreender as concepções subjacentes às estratégias de comunicação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR) e mapear seus sistemas de informação. Liseane resgata os marcos históricos da rede e contextualiza seu surgimento, bem como a consolidação de suas práticas de comunicação. O Programa Radis festeja mais uma doutora na equipe.

Graduação em racismo




De um lado, circula a campanha *Jovem negro vivo*, da Anistia Internacional (<https://anistia.org.br/entre-em-acao/peticao/chegadehomicidios>), contra a violência, em especial, homicídios de jovens negros, que representam 77% do total de jovens entre 15 e 29 anos assassinados. De outro, mais manifestações racistas aparecem, como a do Hino da Bateria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto (SP), a Batesão, que chama as mulheres negras de “fedorentas” e “imundas”.

Denúncias não só de racismo, como de xenofobia e sexismo foram apresentadas (11/11) à Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa de São Paulo, que realizou audiência pública para tratar do caso. A música, cantada em jogos universitários e durante festas da faculdade, refere-se se também à “morena gostosa” e à “loirinha bunduda” e trata o sexo e as mulheres de forma grosseira e vulgar. A letra integra o cancionário da instituição reunido no *kit calouro* distribuído na universidade.

Os atuais dirigentes da bateria divulgaram nota, buscando esclarecer que não assinam embaixo da letra, composta décadas atrás por antigos integrantes, “quando racismo e preconceitos eram comportamentos corriqueiros, embora sempre inaceitáveis”. Na nota, o grupo assume “o grande erro de não ter revisto o conteúdo do cancionário” e “o compromisso de editá-lo para que músicas como essa não mais estejam presentes em suas páginas”. Toda vigilância é pouca.

Correção

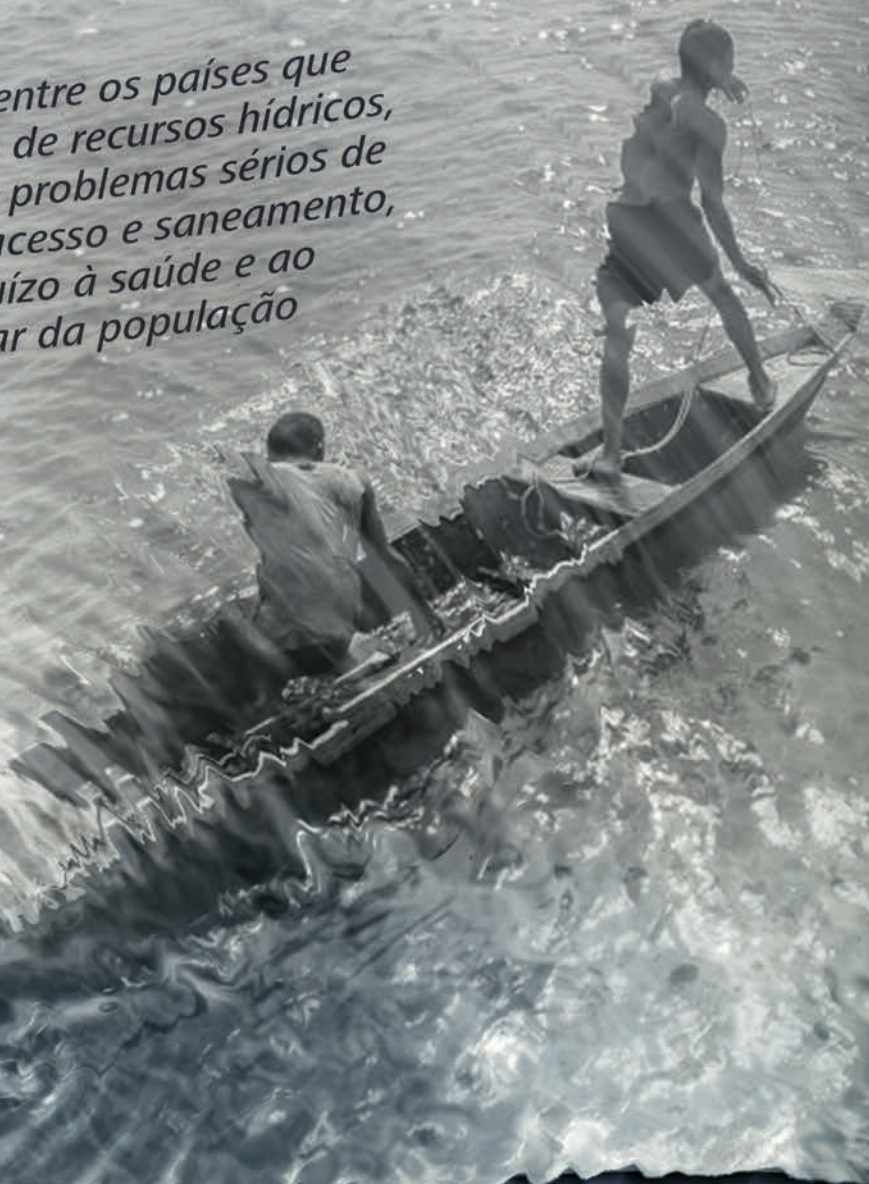
A professora Claudia Abdala solicitou à Radis uma retificação em sua fala, na reportagem *Licença paternidade ainda reflète ‘modelo de macho’* (Radis 145), que abordou evento sobre paternidade realizado na Ensp/Fiocruz, em setembro, do qual participou. Claudia Abdala esclareceu que não falou em tipificar crimes contra mulheres como hediondos, e sim da luta do movimento feminista para incluir no Código Penal Brasileiro a tipificação de *femicídio*, para caracterizar os crimes cometidos contra mulheres por pessoas de seu relacionamento. 

CAPA

O CAMINHO DAS ÁGUAS

*Brasil está entre os países que
mais dispõem de recursos hídricos,
mas enfrenta problemas sérios de
distribuição, acesso e saneamento,
com prejuízo à saúde e ao
bem estar da população*

Rio São Francisco: Brasil possui 12% das reservas de água fresca do mundo, privilégio que, no entanto, não minimiza problemas do país com recursos hídricos



Ana Cláudia Peres

No sertão, há uma expressão usada para os dias em que o céu está nublado, prometendo chuva. Diz-se: “Tá bonito pra chover”. É quase uma ode à água, recurso natural precioso, bem público e direito de todos – que, apesar de ser tratado como inesgotável, anda cada dia mais escasso. O volume total de água na Terra é de aproximadamente 1,4 bilhões de quilômetros cúbicos. Mas, de acordo com o *Relatório Global sobre Desenvolvimento e Água 2014*, produzido pela Organização das Nações Unidas (ONU), apenas 2,5% desse total (cerca de 35 milhões) é de água doce. Descontado o volume que está na forma de gelo e aquele que se encontra no subsolo, tudo o que resta da água acessível do planeta, disponível em rios e lagos, é praticamente um fiozinho: 0,3%.

O valor da água é incalculável. O Brasil, gigante, possui 12% das reservas de água fresca do mundo, segundo a Agência Nacional de Águas (ANA), responsável pela regulação e gestão dos recursos hídricos no território nacional. Isso deixa o país em posição privilegiada em comparação com outras regiões do globo, mas não é capaz de minimizar os problemas dos recursos hídricos, que vão da distribuição ao acesso – do Oiapoque ao Chuí, são 40 milhões de brasileiros sem acesso à água potável, 21 milhões desses em áreas rurais; além disso, apenas 46% dos domicílios brasileiros têm coleta de esgoto. O que está errado? Como garantir água em quantidade e qualidade para todos, como dita a Constituição de 1988 e a Assembleia Geral da ONU, de 2010, ao reconhecer formalmente o direito humano à água e ao saneamento?


DISTRIBUIÇÃO

O especialista em recursos hídricos da ANA, Marco Neves, diz que os recursos hídricos não estão distribuídos homogeneamente ao longo do território brasileiro, o que explicaria (apenas em parte) o problema. “No Brasil Oeste, que corresponde a áreas da Amazônia, Tocantins e Pantanal, por exemplo, nós temos uma disponibilidade hídrica muito alta e uma baixa concentração populacional”, aponta. Só a região Amazônica acumula 70% dos recursos hídricos brasileiros. Enquanto isso, no Brasil Leste, da Costa Atlântica, que vai desde o semiárido nordestino, com um clima de poucas chuvas e muitos rios temporários, até o Rio Grande do Sul, a situação se inverte: baixa disponibilidade de água – ao Nordeste, cabe menos de 5% –, alto consumo e contingente populacional elevado.

Para além da distribuição desigual, dos fatores naturais e eventos climáticos extremos (secas e enchentes) e do aquecimento global decorrente da ação humana que se agrava, especialistas concordam que o Brasil tem cuidado muito mal dos seus recursos hídricos, que a população desperdiça água e que o poder público enfrenta problemas com os planos de contingenciamento ou para implementar medidas viáveis e de baixo custo. “O problema não é a falta ou o excesso de chuvas”, diz categórico o professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e assessor de Meio Ambiente do Crea-RJ Adacto Ottoni. “O problema é que nossas bacias hidrográficas estão doentes, há desmatamentos, impermeabilização do solo, degradação dos rios, assoreamento”, acrescenta,

*Há uma hora certa,
no meio da noite,
uma hora morta,
em que a água dorme.
Todas as águas dormem:
no rio, na lagoa, no açude,
no brejão, nos olhos d'água,
nos grotões fundos.
E quem ficar acordado,
na barranca, a noite inteira,
há de ouvir a cachoeira
parar a queda e o choro,
que a água foi dormir (...)*

(Sono das águas, Guimarães Rosa, do livro Magma)




Marco Neves: recursos hídricos não estão distribuídos de forma homogênea pelo território brasileiro

sugerindo que é preciso investir no reflorestamento e nas obras de intervenção para aumentar a retenção e infiltração da água de chuva no lençol freático.

Adacto avalia ainda que a crise que atingiu em cheio o Sistema Cantareira, em São Paulo, deixando sem água mais de 60 cidades (ver matéria na página 20), é apenas um reflexo do descaso com os mananciais. Ele lembra que o Código Florestal Brasileiro protege os rios e corpos hídricos, proibindo a ocupação, a não ser por vegetação nativa, em curvas de morro, encostas e inclinações acima de 45 graus. “Acontece que essas leis estão na gaveta. A ocupação ocorre de forma desordenada, o poder público não toma as medidas cabíveis e quem paga por essa negligência é a população e o meio ambiente”, diz. “É preciso viabilizar o saneamento, reduzindo a poluição ambiental e garantindo a saúde pública”.

DESCUIDO

Para o pesquisador Paulo Barrocas, do Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/ Fiocruz), o descuido com os recursos hídricos fica evidente com a contaminação dos rios, o desmatamento das margens, o assoreamento dos leitos e a execução de intervenções que alteram o ciclo natural dos ecossistemas, como a retinização dos cursos dos rios ou a impermeabilização de leitos e margens. “Estamos degradando nossas fontes de água superficiais, sobretudo próximas às grandes áreas metropolitanas do país, o que



Paulo: degradação das áreas metropolitanas leva a se buscar água cada vez mais longe das cidades, tornando mais caro esse recurso

FOTO: AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS

tem levado a necessidade de buscar água cada vez mais distante das cidades e, portanto, mais difíceis e mais caras de se obter”, avalia Paulo.

Segundo a ANA, os piores índices de qualidade de rios e lagos estão localizados próximos às grandes metrópoles. O Índice de Qualidade da Água (IQA), medido pela agência, monitora 1,1 mil pontos no país para detectar o nível de habilitação dos recursos hídricos. De acordo com os dados do estudo mais recente, mais de 80% dos pontos apresentam boa qualidade. No entanto, a análise dos 550 pontos localizados perto de áreas urbanas mostra que só 48% deles encontram-se em boas condições.

ÁGUA É SAÚDE

Imagine um dia sem beber água, dois sem cozinhar, uma semana sem banho. A água é a mais básica das necessidades humanas e a prioridade para o consumo pessoal é garantida por lei. Não é possível viver sem água e a escassez desse recurso provoca impacto direto na saúde pública, podendo deflagar surtos de doenças na população. À *Radis*, Paulo explica que a falta de serviços de saneamento tem consequência direta no bem estar da população. “Nestes serviços estão incluídos não só a oferta de água com qualidade e em quantidade adequadas, mas também a existência de sistemas de esgotos, de gestão dos resíduos sólidos e de drenagem”, diz.

Por exemplo, a ausência de sistema de abastecimento de água potável fará com que as pessoas passem a buscar fontes alternativas pouco seguras, ficando expostas ao risco de contrair doenças. É o caso da procura por água em poços desativados, da reserva de água em recipientes improvisados ou da compra de galões de água de qualidade duvidosa. Além disso, ele acrescenta que pouca água disponível afeta a higiene das pessoas e dos locais onde vivem. “E a falta de higiene adequada é em si outro fator de risco para se infectar por outras doenças”, diz Paulo. “O consumo de água de qualidade protege a saúde, previne doenças e determina a qualidade de vida do homem”.

SANEAMENTO INADEQUADO

Há inúmeras doenças de veiculação hídrica, se entendemos que o termo se refere àquelas transmitidas pelo consumo de água ou alimentos contaminados por fezes. Doenças diarreicas, hepatite A, febre tifoide e paratifoide, cólera e parasitoses, estão entre elas. Há um termo apropriado para classificá-las, de acordo com o pesquisador da Fiocruz: Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI), justamente por considerar outras formas de transmissão, como a picada de insetos – a exemplo da dengue e da malária – ou o contato do corpo com águas contaminadas, caso da leptospirose e da esquistossomose.

“As DRSAI estão associadas ao abastecimento de água deficiente ou à inexistência de esgotamento sanitário ou à contaminação por lixo ou às condições precárias de moradia ou ainda à drenagem imprópria, sendo na maioria das vezes uma mistura destes

FOTO: VIRGINIA DAMASCCI/ENSP/FIOCRUZ

fatores”, diz Paulo. No atual cenário brasileiro, os índices de proliferação dessas doenças é considerado alto. Os dados mais recentes disponíveis no site do Datasus/MS, referentes ao período de janeiro a setembro deste ano, sobre internações por doenças diarreicas, mostraram 212 mil internações em todo país, sendo a maioria, cerca de 50%, na região Nordeste. Em relação à hepatite A, foram diagnosticados 2,8 mil casos em 2014, sendo a maior incidência no Norte e Nordeste, com 39% e 36%, respectivamente. De acordo com a ONU, 3,5 milhões de pessoas morrem no mundo, anualmente, por problemas relacionados ao fornecimento inadequado da água, à falta de saneamento e à ausência de políticas de higiene.

Por outras palavras, Paulo explica ainda que, se não temos sistemas de esgotamento sanitário, as fezes acabam sendo lançadas no ambiente de forma inapropriada contaminando solos e águas com organismos patogênicos. Ao entrar em contato com esses ambientes, pisando descalço no chão ou consumindo água sem qualidade, a população pode ser infectada por bactérias, vírus e parasitas.

Em um contexto ainda longe do ideal, o pesquisador diz que a oferta pelo poder público dos serviços de saneamento adequado e a atuação articulada e integrada do Sistema de Vigilância em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), têm papel fundamental na prevenção e controle das DRSAI.

SEGURANÇA HÍDRICA

Um dos maiores desafios para a garantir água em qualidade e quantidade para todos no Brasil, de acordo com o especialista da ANA, Marco Neves, é a integração entre a Política Nacional de Recursos Hídricos e as políticas setoriais – indústria, energia, transporte, saneamento, irrigação. “São usos de água e precisam andar juntos”, diz, indicando um segundo desafio, ainda mais árduo. Trata-se de construir

um ambiente de segurança hídrica no Brasil, o que significa disponibilizar água de qualidade para todos os usos e para manutenção da própria natureza, dos próprios ecossistemas. Marco diz que já está em curso a construção de um Plano Nacional de Segurança Hídrica, por parceria entre a ANA e o Ministério da Integração Nacional, cujo objetivo maior é suprir a demanda por água no país, algo que, em sua opinião, é totalmente viável.

As pesquisas científicas também podem contribuir, e muito, para esse ambiente de segurança hídrica. Referência no assunto, o professor aposentado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Carlos Eduardo Morelli Tucci disse à *Radis* que a pesquisa pode desenvolver tecnologia mais eficiente voltada para o clima brasileiro e para áreas urbanas densas com pouco espaço ou, ainda, para controle e tratamento de águas com toxinas, além de redes eficientes de coleta e separação de sistemas.

Mas não é só. As pesquisas também podem produzir evidências e dados científicos sobre os diferentes aspectos do problema, fornecendo informação qualificada para a população e o poder público. Na Fiocruz, o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) desenvolveu o *Atlas Água Brasil*, em parceria com o Ministério da Saúde, um sistema digital de visualização e análise de indicadores sobre a qualidade da água por município.

Na Ensp, está em andamento estudo sobre a qualidade da água de Manginhos, no Rio de Janeiro, por meio da coleta de amostras em três unidades de saúde, 12 unidades escolares e em cerca de 250 domicílios. “A partir das análises de vários parâmetros de potabilidade, poderemos fornecer um retrato da qualidade da água consumida no território para a população, identificar os maiores problemas e riscos observados durante o estudo e indicar possíveis medidas para mitigar estes problemas”, diz Paulo Barrocas, que coordena o estudo.

Rio Pardo, em São Paulo: Desafio hoje é construir um ambiente de segurança hídrica para o país.

ÁGUA NÃO É MERCADORIA

Em documento elaborado recentemente, o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB) vaticina que, nos próximos anos, a luta pelo controle das águas estará no centro de uma disputa acirrada. De um lado, os que enxergam a água da forma como se apresenta na Declaração Universal dos Direitos Humanos; de outro, os grandes grupos privados que querem transformá-la em mercadoria para gerar lucro. Para Gilberto Cervinski, que integra a coordenação nacional do MAB, a ameaça é a mesma que o setor de energia elétrica enfrentou nos anos 1990: a privatização dos recursos.

Gilberto avalia que, desde 2008, o “negócio da água” ganhou mais força e as estratégias mundiais de mercantilização têm se intensificado, principalmente em países onde a água ainda não foi privatizada. Nesse caso, segundo o MAB, o Brasil vira alvo fácil. “Temos a Bacia Amazônica e a Bacia do Prata, consideradas as duas maiores vazões hidrográficas da face da Terra, e temos o Aquífero Guarani, considerado a maior reserva de água mineral do mundo. Isso desperta o interesse dos maiores grupos econômicos privados mundiais”, diz o documento do MAB. “No Brasil, estas grandes empresas querem controlar nossas reservas e também tomar conta dos serviços públicos de água e saneamento, principalmente nas médias e grandes cidades”.

Em abril de 2013, jornais e sites na internet fizeram circular declaração do presidente do grupo suíço Nestlé, Peter Brabeck-Letmathe, de que é necessário privatizar o fornecimento da água, para que a sociedade tome consciência de sua importância. Como veiculou o jornal Brasil de Fato (24/4), na opinião do empresário, a água deveria ser tratada como qualquer outro bem alimentício e ter um valor de mercado, estabelecido pela lei de oferta e procura.

Gilberto reforça que as experiências já realizadas de privatização da água mostraram-se desastrosas, ineficientes e altamente prejudiciais aos povos, provocando altas tarifas, baixa qualidade dos serviços e afetando principalmente as populações mais pobres. O documento do MAB cita que países e regiões que viveram a experiência de privatização estão agora revertendo os processos para controle público. Foi o que aconteceu em Paris, que recentemente reestatizou os serviços de saneamento. Para o coordenador do MAB, enquanto o Brasil estiver tomado por um modelo que prioriza os interesses do capital, vai perder a batalha da água.

‘Negócio da água’ ganhou força e as estratégias mundiais de mercantilização têm se intensificado, sobretudo em países onde a água ainda não foi privatizada

1,4 BILHÕES DE KM³ CORRESPONDE AO VOLUME TOTAL APROXIMADO DE ÁGUA NA TERRA

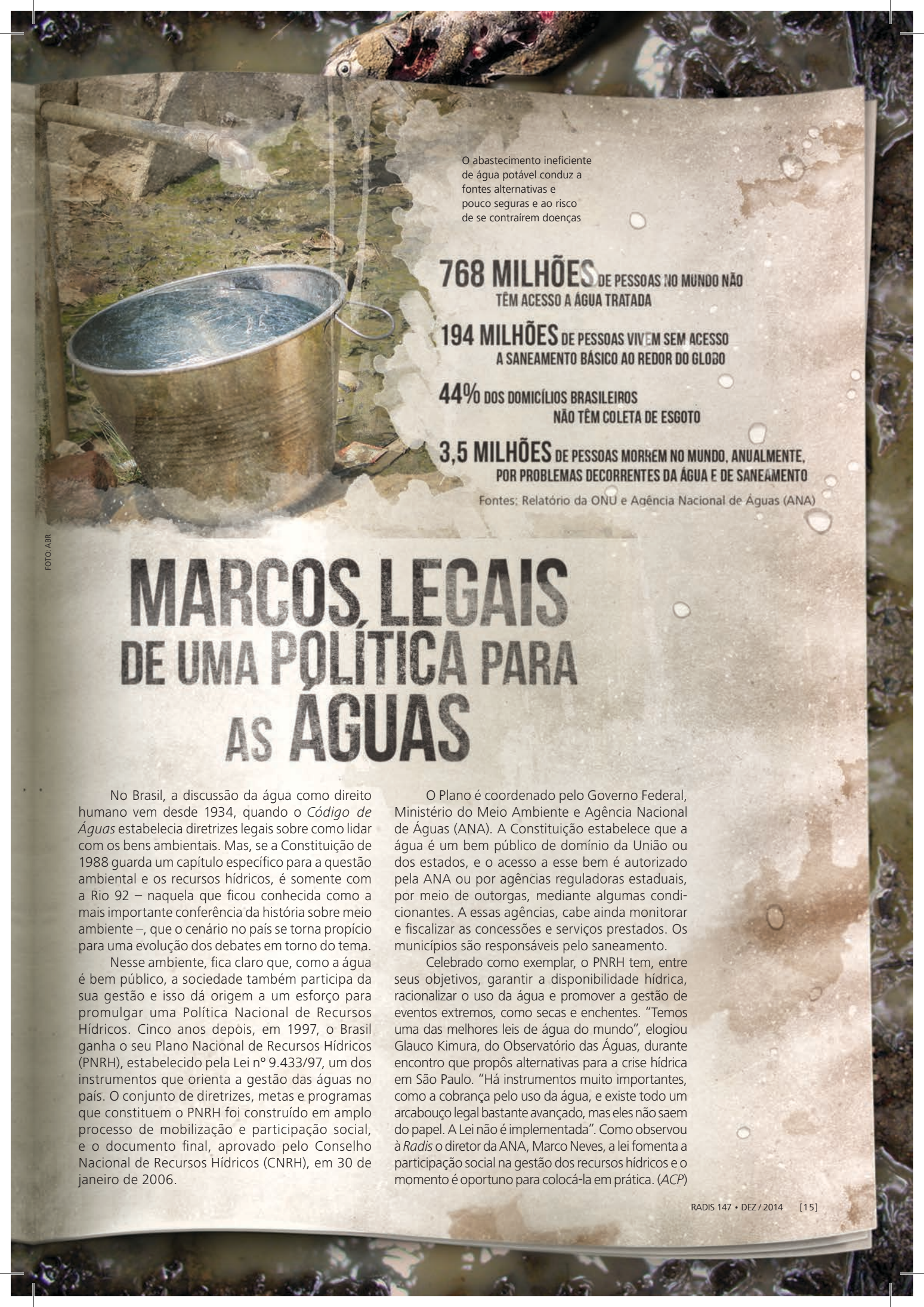
35 MILHÕES DE KM³ É O VOLUME DE ÁGUA DOCE DISPONÍVEL NO PLANETA

(A maior parte de água disponível no mundo é salgada, encontrada em mares e oceanos, e imprópria para o consumo)

12% DAS RESERVAS DE ÁGUA DOCE DO MUNDO ESTÃO NO BRASIL

70% DA ÁGUA POTÁVEL BRASILEIRA CONCENTRAM-SE NA REGIÃO AMAZÔNICA. MENOS DE 5% NO NORDESTE

40 MILHÕES DE BRASILEIROS NÃO TÊM ACESSO A ÁGUA POTÁVEL



O abastecimento ineficiente de água potável conduz a fontes alternativas e pouco seguras e ao risco de se contraírem doenças

768 MILHÕES DE PESSOAS NO MUNDO NÃO TÊM ACESSO A ÁGUA TRATADA

194 MILHÕES DE PESSOAS VIVEM SEM ACESSO A SANEAMENTO BÁSICO AO REDOR DO GLOBO

44% DOS DOMICÍLIOS BRASILEIROS NÃO TÊM COLETA DE ESGOTO

3,5 MILHÕES DE PESSOAS MORREM NO MUNDO, ANUALMENTE, POR PROBLEMAS DECORRENTES DA ÁGUA E DE SANEAMENTO

Fontes: Relatório da ONU e Agência Nacional de Águas (ANA)

MARCOS LEGAIS DE UMA POLÍTICA PARA AS ÁGUAS

No Brasil, a discussão da água como direito humano vem desde 1934, quando o *Código de Águas* estabelecia diretrizes legais sobre como lidar com os bens ambientais. Mas, se a Constituição de 1988 guarda um capítulo específico para a questão ambiental e os recursos hídricos, é somente com a Rio 92 – naquela que ficou conhecida como a mais importante conferência da história sobre meio ambiente –, que o cenário no país se torna propício para uma evolução dos debates em torno do tema.

Nesse ambiente, fica claro que, como a água é bem público, a sociedade também participa da sua gestão e isso dá origem a um esforço para promulgar uma Política Nacional de Recursos Hídricos. Cinco anos depois, em 1997, o Brasil ganha o seu Plano Nacional de Recursos Hídricos (PNRH), estabelecido pela Lei nº 9.433/97, um dos instrumentos que orienta a gestão das águas no país. O conjunto de diretrizes, metas e programas que constituem o PNRH foi construído em amplo processo de mobilização e participação social, e o documento final, aprovado pelo Conselho Nacional de Recursos Hídricos (CNRH), em 30 de janeiro de 2006.

O Plano é coordenado pelo Governo Federal, Ministério do Meio Ambiente e Agência Nacional de Águas (ANA). A Constituição estabelece que a água é um bem público de domínio da União ou dos estados, e o acesso a esse bem é autorizado pela ANA ou por agências reguladoras estaduais, por meio de outorgas, mediante algumas condicionantes. A essas agências, cabe ainda monitorar e fiscalizar as concessões e serviços prestados. Os municípios são responsáveis pelo saneamento.

Celebrado como exemplar, o PNRH tem, entre seus objetivos, garantir a disponibilidade hídrica, racionalizar o uso da água e promover a gestão de eventos extremos, como secas e enchentes. “Temos uma das melhores leis de água do mundo”, elogiou Glauco Kimura, do Observatório das Águas, durante encontro que propôs alternativas para a crise hídrica em São Paulo. “Há instrumentos muito importantes, como a cobrança pelo uso da água, e existe todo um arcabouço legal bastante avançado, mas eles não saem do papel. A Lei não é implementada”. Como observou à *Radis* o diretor da ANA, Marco Neves, a lei fomenta a participação social na gestão dos recursos hídricos e o momento é oportuno para colocá-la em prática. (ACP)



'O PROBLEMA É A FALTA DE TRATAMENTO DE ESGOTO'

O engenheiro e professor aposentado do Instituto de Pesquisas Hidráulicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Carlos Eduardo Morelli Tucci, é imperativo, quando o assunto gira em torno dos recursos hídricos: o que mais afeta a disponibilidade hídrica brasileira é a falta de coleta e de tratamento de efluentes domésticos, uma vez que o esgoto contamina os próprios mananciais de abastecimento de água. ganhador do International Hydrology Prize, concedido pela ONU, em 2011, por sua contribuição à ciência e à prática de hidrologia, Tucci concedeu esta entrevista à *Radis*, na qual sugere saídas para o problema do saneamento e do desabastecimento no país.

O Plano Nacional de Recursos Hídricos tem três objetivos: garantir disponibilidade hídrica; racionalizar o uso da água; e promover a gestão de eventos extremos, como secas e enchentes. Onde estamos falhando?

Os planos que têm sido realizados são apenas diagnóstico e são pouco objetivos quanto à meta quantitativa, prazos e investimentos. A lei fala de eventos extremos, mas não prevê no plano este componente de vulnerabilidade, que não é realizado. O problema é que estamos perdidos no processo e não atingimos as metas que nem mesmo foram definidas.

O que significa não ter acesso à água potável em um país de dimensões continentais como o Brasil?

A parcela da população que não tem acesso a

água segura no Brasil é pequena e na, maioria das vezes, concentrada na área rural. O principal déficit é na coleta e tratamento de efluentes de esgoto doméstico. O déficit é muito alto para um país da renda do Brasil. Isso se deve principalmente à falta de investimentos e à falta de remuneração pelo esgoto na estrutura de serviços de saneamento. O Brasil tem um total de tratamento da carga gerada de esgoto doméstico inferior a 20%. Como a empresa de saneamento pode cobrar pelo esgoto quando coleta, mesmo que não trate esse esgoto, não há incentivo de cobrir o tratamento, já que o retorno econômico se dá apenas com a coleta. Dessa forma, os rios são poluídos e são contaminados os mananciais, as fontes de água.

Por ordem de importância, quais seriam os principais problemas relacionados aos recursos hídricos no Brasil?

De um a dez, repetiria que o principal é a falta de tratamento de esgoto. Para isso, não tem luz no final do túnel, pois sem planejamento organizado e atendimento de metas de cobertura e sem o interesse das empresas de saneamento, não é possível mudar o cenário em curto prazo. Com a seca recente em São Paulo, pode-se observar que parte importante do volume disponível está contaminada por falta desse tratamento. Portanto, a escassez foi de quantidade e de qualidade. São Paulo desprezou o risco de falta de abastecimento e mostra como não se deve gerir um sistema de abastecimento. Além disso, grande parte da água que circunda a cidade está contaminada por falta de tratamento (42% da carga coletada são tratados).

Pode nos dar exemplos de práticas bem sucedidas ou medidas que poderiam ser testadas?

Em Milão, na Itália, em 2003, a cidade ficou sujeita a 140 mil euros de multa diária. Em três anos, todo o esgoto da cidade foi tratado, depois de medidas de emergência. Os Estados Unidos, na década de 1970, investiram 300 bilhões de dólares para cobrir com tratamento a maioria das cidades dentro de um planejamento e investimento nacional. Recentemente, o Chile preparou um Plano de Esgoto para cobrir o país com estações de tratamento e está praticamente completo. Basta ter metas e investimentos. No Brasil, o plano da ANA [Agência Nacional de Águas], desenvolvido em 2002, de dar subsídios à coleta e tratamento de esgoto com base nos resultados [Programa Despoluição de Bacias

Hidrográficas] era promissor, mas ficou sem recursos nos últimos anos.

Em relação ao desabastecimento, que medidas preventivas podem e devem ser adotadas por parte dos governos e órgãos públicos?

As medidas são: reduzir as perdas na rede e aumentar a sua eficiência; penalizar no preço de forma significativa, acima de certos limites, para evitar desperdícios; buscar aumentar a reutilização da água para usos menos nobres como regar; planejar projetos que permitam folga na disponibilidade hídrica dentro de um horizonte de pelo menos dois anos; educar a população sobre os itens de consumo na residência e nas áreas comerciais e industriais; uso de redutor de volume nas descargas.(ACP)


Falta de tratamento de esgoto é o principal problema de recursos hídricos no país, aponta Tucci

FOTO: ABR





SOLUÇÕES VERDES CONTRA A INFRAESTRUTURA CINZA



Desligar a ducha durante o banho ajuda. Manter as torneiras sempre reguladas, também. Usar redutor de volume nas descargas é ótima dica. E evitar lavar o carro com frequência, como sugere o vídeo bem humorado da campanha *Não chove, não lavô*, produzido pela organização não governamental TNC (*The Nature Conservance*), faz toda a diferença. São ações que devem ser valorizadas cada vez mais na construção de um outro modo de se relacionar com a água do planeta. Mas o fundo do poço é mais embaixo.

Para especialistas que trabalham com o desenvolvimento sustentável, como o Instituto Socioambiental (ISA), são necessárias ações que diminuam o consumo em diferentes escalas, como programas de economia, reúso, captação de água de chuva e metas de redução de consumo e de perdas para diferentes tipos de usuários, como agricultura, indústria, concessionárias de serviços de saneamento e grandes consumidores urbanos. O pesquisador da Ensp/Fiocruz Paulo Barrocas concorda. Ele diz que não é possível continuar com práticas predatórias do século passado e que é urgente buscar o uso sustentável dos recursos naturais.

SUSTENTABILIDADE


Para Peri Dias, integrante da TNC e do *Movimento Águas para São Paulo*, é preciso mudar o foco das ações. Ele defende o investimento em sustentabilidade frente à "infraestrutura cinza", como são conhecidas as tecnologias aplicadas pelas redes de energia, água e esgoto convencionais. Durante o lançamento do projeto *Aliança pela Água* (ver matéria pág.21), Peri apontou o reflorestamento das áreas de mananciais próximas às represas que foram desmatadas como solução mais viável que a captação de águas para transposição em regiões distantes ou a construção de enormes reservatórios.

Estudo realizado pela TNC concluiu que, no caso de São Paulo, se o estado reflorestar apenas 3% das áreas de mananciais desmatadas que já chegam a 79%, é possível reduzir pela metade o assoreamento nas regiões de represa. "Ou seja, essa é uma medida que, além de produzir benefícios para a biodiversidade, como captação de carbono, traria grande eficiência em termos de disponibilidade de água". A estimativa inicial é que uma iniciativa dessa natureza custe cerca de R\$ 200 milhões. "Valor perfeitamente viável frente ao investimento necessário para ampliar a infraestrutura cinza, como vem sendo feito", defendeu. "Reflorestar é a garantia de que as nascentes vão permanecer e, mais ainda, de que não vai haver assoreamento dessas regiões".

ALERTAS DA ONU

"A água é um elemento-chave para o crescimento verde e fator determinante para o desenvolvimento de economias mais verdes", recomenda o último Relatório da ONU sobre o assunto. Divulgado em março, traz alguns alertas sobre a demanda por água, que procede basicamente de quatro atividades: agricultura, produção de energia, usos industriais e consumo humano. De acordo com o documento, em 2050, a demanda mundial aumentará nas fábricas (400%), usinas termoelétricas (140%) e no uso doméstico (130%), resultando numa elevação de 55% dos gastos gerais com água.

Para a ONU, é pouco provável que se possa satisfazer uma demanda por água em contínuo aumento somente com soluções relacionadas ao seu suprimento. Nos termos do relatório: "As soluções adequadas encontram-se em nossa capacidade de gerenciar melhor a demanda, enquanto se busca uma forma de equilibrar e obter o máximo de benefícios oferecidos pela água".



Programa Cisternas,
no Nordeste, tornou-se
política pública: em
vez de concentração,
democratização do acesso
à água, com baixo custo

FOTO: ABR

DEMOCRATIZANDO A ÁGUA

Vem do Nordeste um exemplo de boa prática de sustentabilidade, contra as velhas técnicas do agronegócio e as obras faraônicas de fruticultura irrigada. A Articulação do Semiárido Brasileiro (ASA) – iniciativa que reúne sindicatos, ambientalistas, grupos comunitários, de base e de igreja, em busca de uma melhor convivência na região – foi beber na sabedoria dos agricultores e sua “cultura do estoque”.

Explica-se: para driblar o problema da seca, da escassez de recursos hídricos, da má distribuição de água e da concentração nas mãos de poucos, é comum o estoque de alimentos para animais ou sementes de plantios variados adequadas à região. Daí nasceu a ideia de estocar também a água para o consumo humano. Isso foi possível por meio de cisternas de 16 mil litros, reservatórios de cimento que podem ser instalados próximo às residências e têm capacidade suficiente para armazenar água de qualidade para uma família beber e cozinhar durante 10 meses ou todo o período de estiagem (Radis 94). A execução do projeto tem baixíssimo custo. Cada cisterna custa cerca de R\$ 2,3 mil.

Conhecido popularmente como P1MC, o projeto *Um milhão de cisternas* nasceu no âmbito da ASA, em 1999, e já beneficiou cerca de 850 mil famílias que puderam abdicar dos carros-pipas. Ano passado, a Governo Federal assumiu o P1MCs transformando-o em política pública regulamentada na Lei 12.873, que institui o Programa Nacional de Apoio à Captação de Água da Chuva e outras

Tecnologias Sociais de Acesso à Água – Programa Cisternas.

“Em vez da concentração, estamos trabalhando em um processo de democratização do acesso à água”, comemora Naidison Baptista, coordenador executivo da ASA-Bahia. “Trata-se de um longo e significativo caminho andado até aqui, que implica uma redistribuição de água jamais ocorrida no território brasileiro”. O projeto deu tão certo, que se desdobrou. Além das cisternas para o consumo, a ASA abriu uma segunda frente denominada “água para produção”, que trabalha com a construção de cisternas com capacidade maior para armazenamento de água que, além do consumo, servem ainda ao plantio de frutas e hortaliças bem como à sedentação animal. “As cisternas de produção já atendem a 100 mil famílias, que hoje podem complementar o seu orçamento com a venda de produtos”, diz Naidison.

O projeto também influenciou o *Movimento Cisternas Já*, uma iniciativa independente de cidadãos preocupados em aumentar a resiliência urbana diante das crises de abastecimento de água nas grandes metrópoles, que se anunciam cada vez mais frequentes. Em sua página na internet, o movimento divulga que, como as soluções centralizadas serão incapazes de atender toda a população no provável cenário de emergência, o objetivo é promover a capacitação para a captação e aproveitamento de água de chuva. “É importante saber que a água da chuva deve se destinar apenas aos usos não potáveis como descarga sanitária, faxina e regar plantas, por exemplo, e pode suprir até 50% do consumo de uma residência”, informa o site. (ACP)

GRANDE SÃO PAULO: VEREDAS

FOTO: IDEAVIBE.ORG

A crise hídrica que desde o início do ano toma conta do estado de São Paulo, atingindo nos últimos meses proporções alarmantes, é apenas a ponta de um iceberg – às avessas. A situação é semelhante ao que ocorre na periferia das grandes cidades do país e decorre de um conjunto de fatores: da degradação dos mananciais e fontes de água associadas à falta de transparência e participação nos processos de gestão, até o déficit de chuvas e eventos climáticos extremos. Há pelo menos três verões, chove abaixo do esperado em São Paulo. Foi o outubro mais seco dos últimos 12 anos para os sistemas da Cantareira e do Alto Tietê, que abastecem o estado. Na Cantareira, por exemplo, destinada à captação e tratamento de água para a Grande São Paulo e responsável pelo abastecimento de 8,8 milhões de pessoas, choveu apenas 32,49% da média histórica.

“Gerenciamos muito mal a escassez”, diz o especialista em recursos hídricos Carlos Eduardo Morelli Tucci. “Temos duas reduções de vazão: pela escassez (período seco) e pela contaminação da água disponível por falta de tratamento (escassez qualitativa)”. Para ele, São Paulo desprezou o risco de falta de abastecimento e mostrou como não se deve gerir um sistema de água. O resultado é que, em meados de novembro, mais de 60 municípios enfrentavam cortes no fornecimento e o racionamento já atingia os bairros da zona leste e oeste e diversas cidades que dependem diretamente dos rios e das represas desse sistema para atividades como beber água, lavar louça ou tomar banho.

VOLUME MORTO

Nessa mesma época, o Sistema Cantareira estava operando com 11% de sua capacidade e a Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp) já anunciava o uso da segunda cota do volume morto – nome dado à reserva de água localizada abaixo do sistema de captação dos reservatórios –, causando preocupação quanto


à qualidade da água utilizada. O presidente da Agência Nacional de Águas (ANA) veio a público afirmar que, se a crise hídrica no Sistema Cantareira continuar, só restará o lodo após a retirada da segunda cota do volume morto.

Em outubro, quando as autoridades paulistas negavam o tamanho do problema, pesquisadores da Fiocruz reunidos no seminário *Mudanças climáticas e desastres no Brasil – desafios para a segurança humana e a saúde coletiva* se mostravam alarmados quanto aos riscos da crise para a saúde da população. Em entrevista para o site do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), o coordenador do Observatório e chefe do Laboratório de Informação e Saúde (Lis), Christovam Barcellos, lembrou que a companhia de saneamento de São Paulo tem dificuldades cada vez maiores no tratamento adequado da água do volume morto dos reservatórios, que é mais turva e mais contaminada.

POLÊMICAS

A crise hídrica de São Paulo ganhou ainda contornos políticos. Um dos fatores do agravamento da cena pode estar relacionado ao ano eleitoral, que, para especialistas, retardou o debate e evitou que medidas impopulares como racionamento, fim dos descontos para grandes consumidores ou multas por consumo excessivo fossem tomadas pelo governador do Estado, Geraldo Alckmin. Em agosto, a relatora da ONU, Catarina Albuquerque, criticou o governo paulista por não ter feito os investimentos necessários para evitar a crise.

O problema do desabastecimento atingiu as escolas da rede municipal de ensino e as unidades de saúde. Na cidade de Cristais Paulista, a 400 quilômetros da capital, duas creches e três escolas ficaram sem funcionar por falta d'água. No município de Itu, onde a autarquia pública que cuidava da água e do esgoto foi privatizada, ainda em 2007, o racionamento vem desde fevereiro,



Seca na Cantareira, em SP, reflexo de degradação dos mananciais, falta de transparência nos processos de gestão e déficit de chuvas

deixando bairros sem águas nas torneiras e causando apreensão aos mais de 163 mil habitantes. "Itu pede socorro", dizem faixas penduradas nos postes da cidade.

ALIANÇA PELA ÁGUA

Em meio ao pesadelo da falta d'água, do disse-me-disse e do jogo de empurra das autoridades, a resposta da sociedade civil veio em coro. Uma coalizão de mais de 20 grupos, organizações não governamentais e coletivos decidiu somar esforços para contribuir com a construção de segurança hídrica em São Paulo. A iniciativa foi batizada de *Aliança pela Água* e, como disse a coordenadora do Instituto Socioambiental (ISA), Marussia Whately, durante o seminário de lançamento no final de outubro, "a ideia é criar um pacto pelas águas, amplo, com todos os setores, dando visibilidade a algumas iniciativas já em curso, mobilizando a sociedade e avançando nas propostas de um novo modelo de gestão de águas".


A meta, segundo Marussia, é São Paulo chegar a abril de 2015 em situação segura para enfrentar a próxima estiagem. Até aqui, os diferentes grupos e organizações participantes da *Aliança pela Água* construíram uma agenda mínima, a partir dos resultados do projeto *Água@SP*, que teve a adesão de mais de 280 especialistas de 60 municípios, que propuseram 196 ações de curto prazo e 191 de longo prazo, além de apontarem mais de 300 iniciativas para São Paulo.

A coordenadora do ISA disse que a falta de informação qualificada ajuda a complicar a crise e que, até o final do ano, o grupo deve reunir dados mais consistentes em um documento a ser apresentado aos governos e órgãos responsáveis. O seminário de lançamento da *Aliança pela Água* teve transmissão ao vivo pela internet – ferramenta bastante usada pelos coletivos nas mais diferentes iniciativas apresentadas.

Na ocasião, foram expostos projetos como o *Observando os Rios*, da ONG SOS Mata Atlântica, que reúne comunidades e as mobiliza em torno da qualidade da água de rios e córregos nas localidades onde vivem, e o estudo da WWF-Brasil, intitulado *Observatório Água e Poder Público no Brasil*, que tem por objetivo monitorar, sistematizar, analisar e disseminar projetos e diretrizes que tramitam no poder público e que podem afetar a qualidade ou quantidade de água, a vida das pessoas e o desempenho econômico do país.

POLÍTICAS PÚBLICAS

No encontro na capital paulista para lançamento da Aliança, os exemplos e relatos de boas práticas se multiplicavam. Mas, para Mauro Scarpinatti, da Rede *De olho nos mananciais*, todas elas devem estar associadas a uma ação no sentido de exigir políticas públicas. Segundo ele, esse é o principal objetivo da *Aliança pela Água*. No site do projeto, é possível conferir dez ações urgentes para resolver a crise de São Paulo e dez ações de médio e longo prazos, "mas que precisam começar já" – como fazem questão de sublinhar. No rol destas, estão a concessão e regulação dos serviços de saneamento e a cobrança junto aos governos estadual e municipais para que apresentem e implementem uma política de reúso da água dos esgotos e de aproveitamento de água da chuva.

A *Aliança pela Água* publicou em seu site nota em que critica a reunião entre o governador de São Paulo e a presidenta Dilma Rousseff, em 10/11. Na ocasião, Geraldo Alckmin solicitou R\$ 3,5 bilhões ao governo federal para o financiamento de obras de infraestrutura na área hídrica. Segundo a nota, as medidas propostas, como a interligação dos reservatórios e a construção de novas represas, embora aparentemente "volumosas", falham em responder à crise, não garantem transparência e participação da sociedade e não criam mecanismos robustos para promover a segurança hídrica do Estado. (ACP) 

SAIBA MAIS

Política Nacional de Recursos Hídricos (Lei N° 9.433)

<http://goo.gl/zj65lq>

Relatório Global sobre Desenvolvimento e Água 2014

Em inglês

<http://goo.gl/sYcp5c>

Resumo em português

<http://goo.gl/8tpeyo>

Atlas Brasil – Abastecimento Urbano de Água – Volume 1

<http://goo.gl/465u5r>

Atlas Brasil – Abastecimento Urbano de Água – Volume 2

<http://goo.gl/sCqEBX>

Aliança para as Águas

<http://aguasp.com.br>

Projeto colaborativo - A Conta da Água

<https://medium.com/a-counta-da-agua>

Atlas Água Brasil / Icict/Fiocruz

www.aquabrazil.icict.fiocruz.br/

OLHAR no FUTURO

ENVELHECIMENTO
OBSERVAÇÃO
POLÍTICAS PÚBLICAS
PESQUISADORES
BIG DATA
DETERMINANTES
EQÜAS PES
POPULAÇÃO
PREVALÊNCIA
NEGLIGENCIADAS
DESIGUALDADES
SOCIAIS
SITUAÇÃO DE RUA
FENÔMENOS
SOIDINI
IDOSOS
EPIDEMIOLOGIA

Elisa Batalha

Com uma referência ao passado e ao primeiro Congresso Brasileiro de Epidemiologia, há 24 anos, a nona edição do evento, realizada de 7 a 10 de setembro, em Vitória, e chamado de EpiVix, não perdeu de vista o futuro do campo científico e os grandes temas e tendências em Epidemiologia. Ao lado de homenagens aos sanitaristas Cecília Donnangelo, referência na construção do pensamento social em saúde (*Radis* 138) e Sergio Koifman, estudioso do câncer e da epidemiologia ambiental, que morreu este ano, o EpiVix abriu espaço para discutir o uso de grandes volumes de dados (*big data*), provenientes de bases eletrônicas, e sua aplicação no universo epidemiológico. Com os olhos no futuro, o evento discutiu também o envelhecimento da população e o impacto dos determinantes sociais sobre a saúde dos idosos, tema de conferência de Michael Marmot, professor de Epidemiologia e Saúde Pública da University College, em Londres, uma das presenças mais esperadas do congresso (ver matéria na pág. 24). Políticas de saúde e seus impactos e as populações negligenciadas também estiveram entre os temas em debate.

Na conferência *Usos de Big Data em Epidemiologia*, a pesquisadora brasileira radicada em Londres Laura Rodrigues, observou que 90% dos dados existentes hoje no mundo foram criados nos últimos dois anos. Esse volume de informação, captada de usuários da internet, proveniente de ferramentas de busca como o Google, de mídias sociais, de cartões de supermercado e telefones celulares já estão sendo usados em saúde pública, trazendo uma oportunidade sem precedentes para a produção de conhecimento em Epidemiologia, explicou Laura. São dados eletrônicos em escala de terabytes, bancos de dados grandes, individuais e estruturados, utilizados em sua totalidade, monitorados em tempo real, que trazem informação

sobre o cotidiano das pessoas e seus hábitos. “Isso pode ser feito e já começou. Já existem pesquisas desse tipo para responder perguntas de saúde pública”, informou ela, para quem a utilidade das informações “é indiscutível”.

Como exemplo, ela citou tuítes e buscas sobre dengue ou sintomas da gripe que coincidem ou antecedem os picos de casos registrados. “Palavras-chave de busca e tuítes podem ser usados como modelo de vigilância”, observou. Laura lembrou estudos emblemáticos a partir de *big data*, que desfizeram mitos, como o realizado na Dinamarca, sobre a associação do uso de telefone celular à incidência de câncer no cérebro. Toda a população do país pôde ser analisada, utilizando-se todos os cadastros de telefones móveis, fornecidos pelas duas operadoras de telefonia nacionais. Ao mesmo tempo, todos os 10,5 mil casos de tumores registrados foram analisados. No cruzamento dos dados, a incidência da doença entre usuários e não usuários de celulares não se mostrou significativamente diferente. Outro trabalho, nos Estados Unidos, envolveu a relação entre reposição hormonal e câncer de mama, e chegou à conclusão de que os fatores estavam, sim, relacionados, levando a uma prescrição com maior cautela do tratamento hormonal.

SAÚDE E SOCIEDADE

Laura mencionou ainda a recente crise de confiança surgida na Europa em relação à vacina tríplice viral (contra sarampo, rubéola e caxumba), que exigiu estudo em larga escala para reiterar a segurança e eficácia da vacinação. “Esses estudos dissolvem a fronteira entre saúde e sociedade”, considerou. Ela mencionou, ainda, os dados provenientes de registros sobre pacientes nos equipamentos eletrônicos de saúde, os testes de laboratórios, prescrições e diagnósticos, que já são adicionados a grandes bancos de dados, em tempo real em alguns países. “Essa tendência em Epidemiologia leva em consideração não apenas a escala, mas também a complexidade da sua interpretação”, ponderou ela, para quem os desafios envolvem tecnologia, métodos e capacitação, confidencialidade e consenso social.

No caso do Brasil, Laura apontou que o SUS – e, dentro dele, o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) – e diversas instituições, como o IBGE, produzem dados em larga escala, que podem ser aproveitados em pesquisas que exploram *big data*. Os usos possíveis listados pela epidemiologista incluem estudos de eventos adversos de medicamentos, avaliação de impacto de políticas e programas; estudos de doenças raras e exposições a substâncias e agentes, carga de doenças, planejamento de serviços e ensaios clínicos.

RICOS E POBRES

A crítica ao conceito de cobertura universal de saúde, proposto na Assembleia Geral das Nações Unidas em 2012 também mobilizou os participantes do evento (ver, ainda, matéria na pág. 32). Conforme explicou o conselheiro consultivo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), José Noronha, a

proposta promete dar acesso a serviços de saúde, mas separando ricos de pobres, de acordo com sua capacidade de pagamento: os que podem pagar teriam acesso a um número maior de serviços, enquanto a classe média e os mais pobres teriam acesso a uma cesta com serviços considerados básicos.

“Poderia ser apenas mais um documento declaratório, não fosse o interesse alargado do círculo do pensamento conservador”, reforçou Noronha, autor do artigo *Cobertura Universal de Saúde – como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios*, publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública*, em 2013. Para ele, trata-se de deturpação dos preceitos de direito dos cidadãos à saúde, idealizado desde a década de 1970 na Conferência de Alma Ata, que teriam por trás interesses liberais baseados na defesa dos lucros das empresas privadas e do mercado.

PALIATIVO

“A Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde querem alcançar bem menos do que o SUS já garante a todos os brasileiros”, concordou o professor Luiz Augusto Facchini, ex-presidente da Abrasco, que enxerga, no entanto, alguns méritos no debate. “Onde não há qualquer tipo de sistema de saúde, como em alguns países da África, garantir pelo menos alguns procedimentos, ou insumos de saúde pode ser um grande avanço. Mas isso não cria sistemas, nem redes de saúde, não apoia o desenvolvimento – é uma espécie de cuidado paliativo”, afirmou.

Ele vê contradições na proposta. “Há um razoável consenso entre os países da região das Américas sobre a necessidade de ampliar a cobertura de serviços de saúde, incluindo especialmente as populações mais pobres e vulneráveis. Apesar disso, há, no mínimo, uma grande dúvida sobre como garantir a cobertura da população e de suas necessidades de saúde: como universalizar sem fragmentar e segmentar?”. Para Facchini, o Brasil tem muito a contribuir no cenário internacional com a discussão. “A universalização da Estratégia Saúde da Família pode ser uma boa lição para o debate”.



FOTO: COMUNICAÇÃO/ABRASCO

SAIBA MAIS

Sobre o EpiVix

www.abrasco.org.br/site/congressos-eventos/congresso-brasileiro-de-epidemiologia

Laura: volume de dados captados da internet e outros meios digitais traz oportunidades sem precedentes produção de conhecimento em saúde



FOTO: AGÊNCIA BRASIL

Idosos: dados mostram que Idade não é igual a doença e que condições sócioeconômicas são fator de impacto sobre a qualidade de vida

Viver mais, com mais saúde

Garantir anos de vida saudável é um objetivo que não depende apenas do setor Saúde para ser alcançado, uma vez que está relacionado, em grande medida, com determinantes sociais. “Um idoso saudável é um recurso para a família, a comunidade e a economia”, aponta relatório de 1996 da Organização Mundial da Saúde, sobre envelhecimento, indicando a necessidade de se conhecer o que tem impacto sobre os idosos. A preocupação foi discutida em diferentes e concorridos momentos do Congresso de Epidemiologia.

“Os idosos, em sua maioria (dois terços), estão bem de saúde. Os dados não sustentam a ideia de que idade é igual a doença. As condições socioeconômicas são um determinante muito importante, e o fator renda mostrou-se associado a melhor estado de saúde”, analisou o pesquisador Michael Marmot, que proferiu a palestra *Determinantes Sociais de Saúde: avanços pós-Rio+20* e participou da mesa-redonda *Grandes estudos de coorte sobre envelhecimento*.

Marmot lidera o estudo britânico *English Longitudinal Study of Ageing* (Elsa), o maior do seu país sobre envelhecimento e que serve como referência para pesquisas semelhantes, inclusive no Brasil. “Os dados mostram uma diferença de 17 anos na expectativa de vida livre de incapacidades, entre os mais ricos e os mais pobres na Inglaterra. Assim, quanto melhor a renda, mais saudáveis estarão os idosos – *wealthier healthier*”, disse Marmot, fazendo um trocadilho em inglês, com os termos *mais rico* e *mais saudável*. “Quando falamos em saúde e envelhecimento queremos dizer permanecer vivos, evitar doenças, ter bem estar e saúde mental”.

EVITAR O ISOLAMENTO

Além da renda, observou Marmot, outros fatores têm influência direta na saúde dos mais velhos, como participação social e autonomia nas decisões. “As iniquidades não são inevitáveis, e não são apenas responsabilidade do setor de saúde. Transporte público eficiente, por exemplo, mostrou-se importante para evitar o isolamento social dos idosos, que por sua vez tem impacto sobre a mortalidade”, especificou Marmot, que é presidente da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, instituída pela Organização Mundial da Saúde. “Não há poção mágica: toda sociedade e todos os setores do governo estão implicados na questão do envelhecimento”.

Na mesa-redonda, foram expostos, além de resultados do Elsa, os de outros dois grandes estudos de dimensão nacional sobre a saúde dos idosos: o americano *Health and Retirement Study* (HRS) e o europeu *Study of Health, Ageing and Retirement* (Share), com um recorte referente a dados de Portugal, tornando possível a comparação entre as situações dos idosos nos três países. Uma preocupação dos três estudos foi buscar entender a relação entre aposentadoria e saúde. Aposentar-se mais cedo ou mais tarde traz que tipo de impacto? Seria benéfico ou prejudicial? As respostas que começam a aparecer, no entanto, são mais complexas.

“Há um risco de ficar socialmente isolado quando a renda cai muito ao se aposentar”, avaliou Marmot, reiterando que o isolamento social é fator de adoecimento para os idosos – “mais do que o tabagismo”. Ele discutiu, ainda, o que leva as pessoas a desejarem sair da ativa. “A qualidade do trabalho

impacta na idade da aposentadoria pretendida. Se o trabalho tem alto esforço e baixa recompensa, isso leva as pessoas a se aposentar mais cedo” explicou.

PARA TRÁS

O pesquisador David R. Weir, da Universidade do Michigan, Estados Unidos, apresentou dados do estudo americano, um inquérito sobre os idosos do país, iniciado em 1990. “A saúde nos Estados Unidos está ficando para trás”, apontou. Não há explicação simples, mas fatores como obesidade, história de tabagismo e o fato de não existir um sistema nacional de saúde contribuem para essa piora na saúde dos americanos, afirmou Weir.

O HRS funciona por meio de entrevistas realizadas a cada dois anos e que avaliam a saúde, dados antropométricos (como peso e altura), utilização dos serviços de saúde, histórico como força de trabalho, status econômico e estrutura familiar, além de outros aspectos, como pressão sanguínea, medições de desempenho físico e questionário psicossocial. Muitas informações são dadas por familiares, quando o idoso não está em condições de responder. Queremos observar as transições e escolhas enquanto as pessoas envelhecem e o mundo muda. Para isso, foi necessária contínua inovação e adaptação da própria pesquisa às novas tecnologias”, afirmou.

A pesquisa não tem apontado para um envelhecimento com qualidade. “A expectativa de vida dos norte-americanos está agora pior e não avança tão rapidamente quanto em outros países desenvolvidos. As doenças crônicas são cada vez mais comuns e aparecem em idades mais precoces”, ressaltou Weir, citando também o relatório *Shorter lives, poorer health – US health in international perspective*, publicado em 2013, pelo Conselho Nacional de Pesquisas e pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos.

Os dados da coorte portuguesa do estudo Share foram apresentados pela pesquisadora Alice Delerue Matos, da Universidade do Minho. Ela mostrou que a população portuguesa está envelhecendo mais rápido do que a de outros países europeus, e que a crise econômica recente agravou problemas decorrentes do envelhecimento da população. “Desde 2008, houve menos aposentadorias. A crise teve impactos negativos na saúde, especialmente em áreas com o desemprego em alta, e afetou particularmente as pessoas com menos escolaridade, menor renda, e saúde pior, além das mulheres solteiras”, enumerou.

Fatores culturais e de gênero refletem nos fatores de impacto sobre a qualidade de vida. A qualidade de vida dos homens recém-aposentados dependeu do número de atividades sociais, do contato diário com membros do seu entorno social, e do número de membros dessa rede de contatos. Para as mulheres recém-aposentadas, a qualidade de vida dependeu menos do contato diário e do número de pessoas com quem tem vínculos sociais, e mais do apoio emocional obtido por essa rede. As diferenças culturais também fizeram com que esse aspecto variasse muito em diferentes países europeus. “Em alguns países, a família conta mais como apoio emocional, e em outros, menos”, resumiu.

Os familiares cuidadores que moram com

FOTO: COMUNICAÇÃO ABRASCO



idosos tiveram maiores perdas de índices de qualidade de vida do que os não cuidadores ou os que não residem no mesmo ambiente. “Isso leva a maior risco de depressão, como a apontada entre os cuidadores portugueses”, ressaltou a pesquisadora. Grande parte dos cuidadores tem mais de 50 anos. É importante que a pesquisa diferencie a idade e o tipo de atenção oferecida pelo cuidador (por exemplo, se mora junto ou não) para ajudar a formular políticas que cubram necessidades específicas dos vários tipos de cuidadores não profissionais.

TRATAMENTO DA DEMÊNCIA

Os três estudos levaram em consideração a prevenção e tratamento da demência, fator importante para a qualidade de vida dos idosos. O assunto foi também tema de palestra da pesquisadora Cleusa Ferri, da Unifesp. Caracterizada pela perda cognitiva progressiva e sem cura, a demência não é exclusiva dos idosos, mas a partir dos 65 anos, a cada cinco anos a mais de idade, a incidência dobra. Acima dos 85 anos, mais de 40% das pessoas têm algum grau de demência. “O número total de pessoas afetadas vai passar de 15 milhões em 2050, se os índices se mantiverem. É a condição mais relacionada com a dependência de cuidados de outra pessoa. O custo estimado dos cuidados com atendimento das pessoas com demência equivale a 1% do PIB mundial”, observou Cleusa.

No Brasil, são cerca de 21 milhões de pessoas acima dos 60 anos. As cidades com maior percentual de população idosa são Rio de Janeiro, com 12%, e Porto Alegre, com 11%. “A notícia boa é que mesmo as mudanças de comportamento e de hábitos que ocorrem depois dos 60 anos trazem benefícios para evitar a perda de habilidades”, lembrou.

A desigualdade em habilidades cognitivas também está relacionada a desigualdades econômicas e de saúde. O HRS mostrou, por exemplo, que, nos Estados Unidos, trabalhar por mais tempo diminuiu o ritmo da perda cognitiva em idosos. A pesquisa apontou ainda que as famílias arcam com a maior parte dos custos com os cuidados relacionados à demência. Em segundo lugar, vem o mercado privado e, em último, o governo. O estudo incluiu no cálculo as horas de serviço não remunerados prestados pelos próprios familiares. David Weir fez algumas críticas à ausência de um serviço de saúde universal nos EUA. “O *Medicare* (sistema de saúde) americano, até 2006, não cobria medicação prescrita, e até hoje não dá cobertura a pessoas que se aposentam antes dos 65”, afirmou.

Marmot: iniquidades não estão apenas no setor Saúde, e problemas como transporte público ineficiente podem levar a isolamento social dos idosos



População de rua e falta de perspectivas: 33% estão há mais de cinco anos nessa situação e 11% não têm planos de sair

Atenção à população negligenciada

Moradores de rua, quilombolas, migrantes e indígenas. As questões específicas de saúde dessas populações ainda são pouco conhecidas. Estudos apresentados em mesa-redonda sobre o tema *Populações negligenciadas* procuraram jogar luz sobre o que afeta os menos visíveis. O pesquisador Manuel Carlos Ribeiro, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, apresentou o censo da população de rua da capital paulista. Chamou a atenção o crescimento dessa população, de 65%, em 10 anos. Realizado pela prefeitura em 2011, o trabalho contou 14.478 indivíduos. Desses, 47% dormiam em logradouros públicos (calçadas, praças, viadutos), a maior parte no centro da cidade, enquanto 53% pernoitavam em albergues municipais ou filantrópicos.

“Uma das dificuldades do estudo foi a de acessar essa população. No quesito gênero, 11% dos recenseados foram incluídos na categoria *sem informação*. “Viver em situação de rua é um problema que ultrapassa a falta de moradia. Ter uma casa significa ter raízes, identidade, segurança, sentimento de pertencimento e um lugar de bem estar emocional”, explicou o pesquisador.

Entre as alegações para viverem na rua ou em albergues estavam ficar perto do local onde faziam

tratamento de saúde (10%) ou do local de trabalho (3,2%). Segundo Manuel Carlos, a situação de rua leva muitas vezes a um processo de cronificação. Uma parcela dessa população não vê melhores perspectivas de vida: 33% estão há mais de cinco anos na rua e 11% não têm planos de sair.

Ele observou, ainda, que nem todos os moradores de rua estão desempregados. “Existem casos de pessoas que têm renda de 1 a 3 salários mínimos e, mesmo assim, se encontram em situação de rua”, disse, acrescentando que 63% afirmaram estar nessa situação por não ter condições financeiras, 32%, por não ter família para conviver, e 14,7% porque foram expulsos de casa.

O pesquisador lembrou o decreto 7.053/2009, que instituiu a política nacional para esse segmento. O desafio, concluiu, é desenvolver projetos norteados pela integralidade, articulando políticas de assistência social e saúde, e aprimorar o reconhecimento das necessidades específicas deste grupo.

IMIGRANTES BOLIVIANOS

Manuel Carlos abordou também os problemas enfrentados por imigrantes bolivianos, na cidade de São Paulo, alvo de doenças negligenciadas,



FOTO: TÂNIA REGO/ABR

panorama da saúde indígena apoiado em dados do Censo de 2012 e do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição do Povos Indígenas, de 2010 (Radis 97).

Segundo ele, a demarcação de terras que vem sendo feita não é adequada. “São terras pequenas que não permitem viver de subsistência, e há também populações levadas para terra que não é a de origem, o que acarreta perda de contato com a ancestralidade, importante em muitas culturas”. Coimbra lembrou que o país tem cerca de 300 grupos étnicos, que falam mais de 200 línguas e com diferentes sistemas políticos e religiosidade.

O primeiro censo que incluiu a categoria indígena, apontou, foi o de 1990. “Antes disso, a política via o índio como alguém que precisava aprender a ser branco, e como força de trabalho de reserva”. O Censo de 2000 trouxe um avanço para os registros, a autodeclaração e o registro por etnia, que ajuda a reduzir a visão de *índio genérico*.

Segundo ele, no entanto, ainda é necessário melhorar a qualidade dos registros sobre a saúde dessa população. “O Brasil é o país da América Latina com o sistema mais sofisticado de informação em saúde, mas o índio entra com enormes problemas de interpretação dos dados. Há disparidades do próprio estado na obtenção de informações. Estamos muito distantes do subsistema de saúde indígena. Observamos separação entre paciente indígena e não indígena dentro de unidades de saúde”, observou.

As populações indígenas em geral apresentam, segundo ele, desafios especialmente para a área de saúde materno-infantil. “Essa área deveria ser dominante no cenário de saúde indígena. A taxa de fecundidade é maior do que a da população não indígena”, destacou. A mortalidade infantil é muito mais alta (mais de 40 casos para mil habitantes) do que na população urbana (14 para mil), o mesmo ocorrendo com dados de anemia, hospitalização por diarreia e problemas respiratórios. Em alguns casos, desnutrição crônica e mortalidade infantil atingem situações extremas (80 casos para cada mil), “comparáveis à de Angola e Moçambique durante a Guerra Civil, ou do Brasil no início do século XX”.

como Chagas, malária e tuberculose. Geralmente de origem rural, a maior parte vinda da região da cidade boliviana de Santa Cruz de La Sierra, apontou Manuel Carlos, os imigrantes começaram a chegar à capital paulista a partir da década de 1980. O censo registra 20 mil pessoas, mas a Pastoral do Migrante e a Polícia Federal estimam que os bolivianos somem de 80 mil a 200 mil. Trabalham principalmente na indústria de confecção.

A partir de informações colhidas com 183 bolivianos inscritos na Estratégia Saúde da Família – “a unidade de saúde é um espaço para pesquisa em populações negligenciadas, das quais se têm pouco registro ou se sabe pouco”, explicou o pesquisador – observou-se que 63% recebem de um a três salários mínimos e tem nível médio de escolaridade (67%); 97% têm trabalho remunerado, mas a maior parte trabalha de maneira informal.

Os entrevistados, em sua maioria (65%), disseram considerar sua situação de saúde regular, alegando problemas como violência, incluindo violência sexual, e discriminação. Ao lado das doenças negligenciadas, também aparecem nessa população dependência química, questões de saúde reprodutiva e problemas decorrentes do trabalho precário.

SAÚDE INDÍGENA

A negligência com as populações indígenas foi abordada pelo pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) Carlos Coimbra Jr. “A negligência começa com a usurpação de terras”, apontou, apresentando

ANEMIA E QUILOMBOLAS

O pesquisador Haroldo Ferreira, da Universidade Federal de Alagoas, falou sobre as comunidades remanescentes de quilombos, citando o estudo *Diagnóstico de nutrição e saúde da população remanescente de quilombos do estado de Alagoas*, de 2008, segundo o qual a anemia é grave problema de saúde pública nessa população. O estudo mostrou alta prevalência de risco de inadequação alimentar no que diz respeito a micronutrientes, como zinco, folato, ferro e vitaminas A e C. O pesquisador ressaltou a desigualdade de renda e de escolaridade entre a população remanescente de quilombos em relação à população geral: 60% têm renda que corresponde às mais baixas rendas da população e 75% dos chefes de família quilombolas têm até quatro anos de estudo.



REMÉDIOS para CRISE

Encontros nacional e latino-americano discutem os efeitos do cenário internacional adverso sobre o setor Saúde

Adriano De Lavor

Os desdobramentos da crise mundial e seus efeitos no setor Saúde deram a tônica de grande parte das discussões travadas no 11º Encontro Nacional de Economia da Saúde e no 6º Encontro Latino-Americano de Economia da Saúde, realizados em setembro e que reuniram, em São Paulo, 305 participantes, para discutir Saúde e desenvolvimento, levando-se em consideração as desigualdades decorrentes da ocupação territorial dos países.

O desafio representado por milhões de pessoas sem acesso à saúde integral nas Américas, em que a região compreendida por América Latina e Caribe se apresenta como a mais iníqua do Globo, foi trazida na solenidade de abertura, por Alejandra Carrillo Roa, consultora da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pesquisadora associada do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (NETHIS). Ela ressaltou que essa realidade reflete-se em índices desfavoráveis de saúde. “Crescimento econômico não é suficiente”, advertiu, esclarecendo que, mesmo nos países com maiores níveis de renda, podem-se enfrentar limitações orçamentárias para a saúde, já que a prioridade dos investimentos depende de interesses políticos. “A saúde é uma questão política”, afirmou, ressaltando que o gasto público em saúde no Brasil representa apenas 4,3% do Produto Interno Bruto (PIB), montante que em sua opinião é frágil para sustentar o SUS.

FALHAS DE GESTÃO

A diretora do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento do Ministério da Saúde (DESID/SE/MS), Fabíola Sulpino Vieira, destacou a importância dos temas propostos

na consolidação dos sistemas de saúde, advertindo que os problemas do SUS não se resumem à insuficiência de recursos, mas também a falhas de gestão do sistema. “Precisamos atuar nas duas frentes”, considerou, assinalando que não há como prescindir da defesa do sistema de proteção social, assegurado pela Constituição de 1988 e “construído com o trabalho de muitos”. Fabíola recomendou ser preciso pensar no papel da saúde para o desenvolvimento a partir desse contexto, de modo que não se coloque em risco uma ideia tão duramente conquistada.

A importância da mobilização social no desenvolvimento e na consolidação do SUS, foi apontada por Isabel Maria Vilas Boas, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), que destacou a regionalização e a governança como questões fundamentais. Ela também observou ser necessário definir qual o conceito de saúde que se quer implementar, dentro do desenvolvimento sustentável, assim como esclarecer “que tipo de Estado queremos, para que possamos continuar avançando para garantir a saúde como direito”.

FRÁGEIS DEMOCRACIAS

Camilo Cid, presidente da Associação de Economia da Saúde da América Latina e Caribe (AES-LAC) sinalizou para os efeitos da crise econômica mundial nas frágeis democracias da região, destacando que ainda predominam sistemas de saúde segmentados, subfinanciados, incapazes de oferecer cobertura universal e de garantir a saúde como direito. Para ele, a missão do campo da Economia da Saúde é contribuir para se compreenderem problemas e propor sistemas nacionais mais integrados, que tenham recursos e sejam mais efetivos.



FOTO: REDE DEMOCRÁTICA

Manifestação pela agricultura camponesa: crise alimentar é uma das quatro em curso hoje, ao lado da financeira, da climática e da energética

As propostas advindas das mobilizações nas ruas, em 2013, foram ponto de partida para que se trouxessem para o evento os temas saúde, desenvolvimento, território e Estado, como lembrou Rosa Maria Marques, presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES). Por essa razão, considerou, os participantes deveriam estar focados em propostas para o futuro. Para isso, propôs que as discussões se localizassem em contexto mais amplo, levando-se em consideração os efeitos da crise econômica internacional nos direitos e na garantia da saúde.

VÁRIAS CRISES

Na conferência *Mundialização do capital, crise econômica e direitos sociais*, o filósofo e teólogo belga François Houtart indicou que é preciso propor não somente regulações, mas alternativas para as crises em curso. Dessas, considerou que a mais visível é a crise financeira, decorrente de uma economia real descendente (baseada na troca de bens e serviços) e a evolução da economia virtual e do capital financeiro. Esta "economia de cassino", explicou, faz dinheiro com dinheiro e tem como uma das consequências o aumento das dívidas interna e externa dos Estados. Isso porque os Estados são obrigados a intervir, financeiramente, para evitar a quebra do sistema bancário e financeiro. A Bélgica, por exemplo, citou, teve que desembolsar 53 milhões de euros para salvar um único banco.

Na Europa, está muito clara a política de austeridade para que os Estados tenham menos gastos e possam salvar os sistemas financeiros, disse François, observando que os efeitos sociais são imediatos, como aumento de 50% no índice de desemprego entre jovens na Espanha. Em relação à saúde, ele indicou relação direta entre desemprego e ocorrência de enfermidades mentais e de mortes

relacionadas ao uso excessivo de álcool. Para o filósofo, vivemos uma "crise de civilização" que afeta a saúde, setor de grande importância financeira e que, por esse motivo, passa a ser considerada mercadorias. "A saúde foi uma das primeiras vítimas da crise nos Estados Unidos e na Europa", afirmou.

FOME E POBREZA

A segunda crise em curso é alimentar, indicou o palestrante, graças à evolução do preço dos alimentos nas bolsas de valores, decorrente da especulação financeira. Esta crise apresenta como consequências o incremento da fome e da pobreza, além de danos ecológicos e sociais, como o desaparecimento da agricultura camponesa, a maior concentração de terras nas mãos de multinacionais, o incremento dos monocultivos e do uso de produtos químicos tóxicos e a contaminação de solos e da água, aspectos que representam ameaças à biodiversidade. Neste ritmo, alertou, teremos mais desertos dentro de 50 anos.

A terceira crise é energética, assinalou François, decorrente do esgotamento de recursos naturais e das fontes de energia, como petróleo, gás e urânio. "Não vivemos em um planeta inesgotável", advertiu, criticando a ideia de desenvolvimento infinito e alertando para a necessidade de se encontrarem novas formas de consumo. "O capital pensa sempre em curto prazo; o uso dos recursos tem sido orientado não pelas necessidades, mas pela ganância do capital", sinalizou. François lamentou que a energia tenha virado *commodity*, e, nesse aspecto, criticou duramente a "bioenergia", para ele, sinônimo de morte para a biodiversidade, já que depende do desmatamento sistemático de florestas e matas. Além disso, representa uma ameaça para os povos originários e camponeses, já que a lógica reduz a atividade humana para aumentar a atividade financeira.



FOTO: DIVULGAÇÃO / 11º ENCONTRO

Hourtart: 'economia de cassino' faz dinheiro com dinheiro e leva a aumento das dívidas interna e externa dos Estados para salvar sistemas financeiros

'ECONOMIA SACRIFICIAL'

Também está em curso uma crise climática, observou François, responsabilidade direta dos países industrializados e também os que estão em desenvolvimento. Petróleo, gás, mineração, monocultivo, extração de madeira, construção de hidrelétricas, tudo isso tem contribuído para o aumento de emissão de gás carbônico para atmosfera e para a intensificação de problemas ambientais que configuram o que ele considerou como "economia do tipo sacrificial". Para o futuro, ele enxerga problemas com o aumento nas temperaturas, no nível dos mares e no número dos "migrantes climáticos".

François vislumbra três tipos de soluções para se enfrentar essas crises: a primeira seria continuar no neoliberalismo, com políticas de austeridade e repressão à corrupção, caminho que trocaria apenas as pessoas, mas não o sistema; a segunda seria investir na regulação ou no nekeynesianismo [referência ao economista britânico John Maynard Keynes (1883/1946)], que garante maior espaço para o Estado regular as relações – o que para ele não é suficiente, já que não resolveria todos os problemas da crise de civilização; a terceira seria pensar em um paradigma pós-capitalista, baseado na harmonia entre seres humanos e natureza. Ele reconheceu que a proposta pode parecer muito teórica, mas indicou caminhos que podem ser seguidos.

Em primeiro lugar, respeitar a natureza como fonte da vida e não tomá-la como *commodity* – o que significa não aceitar a propriedade privada dos bens naturais e a mercantilização dos produtos essenciais, como a água; desenvolver a agricultura camponesa e garantir a proteção à saúde; ter em mente as consequências do uso das tecnologias. "Por que não podemos ter organizações internacionais de respeito à natureza?", questionou. Em segundo lugar, inverter a lógica que regula a produção da base material da vida, que privilegia o valor de troca em detrimento do valor de uso dos produtos – isso significa o controle coletivo dos fatores de produção, e o impedimento do domínio do capital financeiro; em terceiro, investir na organização coletiva e

democratização dos processos sociais; e, por último, promover e respeitar a interculturalidade. "Pode parecer utopia, mas não é, no sentido de que pode vir a acontecer", justificou, observando que o setor Saúde tem um papel fundamental na mudança de paradigma necessário para que se estabeleça "o bem comum da humanidade".

A análise dos efeitos da crise sobre os direitos sociais foi tema de mesa que reuniu o professor do Departamento de Economia do Instituto de Tecnologia de Massachusetts (MIT), nos Estados Unidos, Jeffrey Harris, e o professor da Escola de Economia e Ciências dos Negócios da Universidade Pompeu Fabra, em Barcelona, Espanha, Vicente

Ortún. Jeffrey fez uma análise da reforma implementada pelo presidente Barack Obama nos Estados Unidos, em 2013, indicando que há um paradoxo entre as mudanças propostas e a opinião da população sobre estas. Ele demonstrou que há críticas negativas feitas ao sistema por aqueles que não o conhecem. "À classe média não agrada a redistribuição de recursos", considerou. Ele explicou que a redistribuição é a característica mais marcante da reforma, que ampliou o setor público de saúde, onde estão os mais pobres. "A redistribuição é um problema político", assegurou, afirmando que, apesar das críticas recebidas, o sistema tem conseguido assistir a população mais pobre do país.

O professor da MIT comparou os gastos públicos e privados em saúde no Brasil e nos Estados Unidos: enquanto aqui os gastos públicos representam 3% e os privados, 6% do PIB, configurando uma economia da saúde mista, lá, existe equivalência entre os dois setores, por volta de 9%. Em sua opinião, a desaceleração nas taxas de gastos em saúde não necessariamente está relacionada à crise econômica.

SISTEMAS DIFERENTES

Vicente Ortún avaliou que há uma diferença de valores entre os dois continentes, afirmando que a resistência à redistribuição cria sistemas diferentes. Para ele, o impacto da crise nos direitos sociais vai depender da qualidade das instituições e das características dos serviços oferecidos em cada um dos países. "A Europa não é homogênea, assim como não são os Estados Unidos", analisou, defendendo que o mundo não está em crise: "Alguns países que estão em crise". Vicente forneceu exemplos de dados da realidade na Espanha, onde apesar da crise os índices de mortalidade infantil continuam declinando. "Os suicídios não aumentaram, por exemplo. Os impactos lá não são similares a outros países", revelou, indicando que há dados que demonstram que melhoraram os índices de saúde percebida.

Na mesa *Contribuições da saúde para o*

desenvolvimento econômico, Camilo Cid – que também é professor da Universidade Católica do Chile, reforçou que a crise afetou de maneiras diferentes os gastos em saúde nos países da América Latina, dada a heterogeneidade dos sistemas de em cada um deles. De maneira geral, à exceção de Argentina, Brasil e Chile, há uma tendência de expansão fiscal nos países, e consequente expansão dos gastos públicos em saúde. Para o professor, a América Latina não sofreu a crise com a mesma intensidade que as economias mais ricas, o que pode se explicar por uma nova conformação mundial marcada pelo protagonismo de China e Índia, ou por uma consolidação das democracias nos países, ou pela ampliação de estados mais intervencionistas.

Arturo Schweiger, representante da Associação de Economia da Saúde da Argentina, considerou que o setor saúde contribui para o desenvolvimento econômico “já que investe em capital humano, tecnologias e capital empresarial”. Para ele, o setor saúde é, em si mesmo, um complexo industrial dinamizador da economia, exportador e gerador de mão de obra. “Não são somente gastos, mas também ofertas de empregos que o setor gera”, assinalou.

PROTEÇÃO SOCIAL

Na sessão que discutiu o direito à saúde na América Latina nos anos 2000, a médica mexicana Asa Cristina Laurell considerou que proteção social é um conceito chave para se garantir o mínimo de direitos sociais, esclarecendo que não há relação direta entre riqueza e gasto em saúde. Ela avaliou que predominam, na região, sistemas segmentados, subfinanciados, com ministérios débeis, com pouca capacidade regulatória e recursos humanos insuficientes, “onde o setor privado cresce nos interstícios do sistema público”, a partir da isenção de impostos ou fundos públicos privados.

Ela considera que alguns problemas se apresentam como urgentes, como universalizar o direito à saúde, estender a cobertura, assegurar o acesso universal e incrementar os recursos de saúde; melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços, oferecendo tratamento digno e uso eficiente de recursos; e promover a equidade, o que significa dizer que “cada um contribui segundo sua capacidade econômica e tem igual acesso às mesmas necessidades de saúde”.


RELAÇÃO DE FORÇAS

Asa Laurell enxerga uma tendência para reformas neoclássicas ou neoliberais, de um lado, que privilegiam o ajuste fiscal e associam os direitos sociais à mercadoria, e de outro para reformas progressistas, que seguem a lógica de satisfação das necessidades por sistemas públicos. O que irá determinar que tipo de reforma será implementada, segundo ela, é a relação de forças políticas em cada contexto. De um modo geral, avaliou, as experiências demonstram que não se tem cobertura nem acesso universal e há uma nova estratificação de inclusão e exclusão nos sistemas; além disso, indicou, existe uma confusão entre cobertura populacional

e cobertura de serviços, com flagrante debilitação dos serviços públicos, e incremento de recursos públicos no setor privado.

Para garantir o direito à saúde, Asa Laurell recomendou que haja um pacto social por uma política social ampla e redistributiva, construída com o apoio da participação popular plena, garantindo que o interesse público prevaleça sobre os interesses particulares e que os recursos públicos sejam revertidos para o sistema público. Para isso, avaliou, há a necessidade de se investir em infraestrutura de saúde (garantindo que funcionem), construindo redes de serviços de cima para baixo e eliminando gastos supérfluos e corrupção. Também sinalizou que é preciso investir em inovações institucionais e a criação de uma nova cultura institucional – este ponto, ela considera o mais difícil. “Prevalece ainda a ideia de que se está fazendo um favor a quem procura os serviços de saúde, e que este deve estar agradecido por receber atendimento”, criticou.

FORTALECIMENTO DO SUS

Em entrevista concedida à *Radis* durante o evento, a presidente da ABRÉS, Rosa Maria Marques ressaltou que o estudo da economia da saúde é importante para o fortalecimento do SUS, na medida em que os estudos justificam, por exemplo, investimentos no sistema, questão central para sua manutenção. “Existe hoje um subfinanciamento do SUS”, afirmou, lembrando que há uma concorrência entre a saúde e os outros setores das políticas sociais pela disponibilidade de recursos e também um conflito de interesses dentro do próprio Estado para que estes recursos sejam destinados à manutenção de um superávit primário que possibilite o pagamento dos juros da dívida interna. Ela também destacou a importância dos estudos de custos e os estudos de avaliação econômica. “Não se trata somente de pedir mais e mais recursos, mas de saber aplicá-los da melhor maneira possível”, assinalou. 

Asa Laurell: setor privado cresce ‘nos interstícios do sistema público’, a partir da isenção de impostos ou de fundos públicos privados

FOTO: SÉRGIO EDUARDO OLIVEIRA



AMPLLO ou E

Perto de serem definidos, Objetivos de Desenvolvimento Sustentável patinam entre universalidade e cobertura pontual

Bruno Dominguez

Em 2015, serão estabelecidos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em substituição aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Perto de ocorrer essa definição, grupo de pesquisadores brasileiros que acompanham as negociações em âmbito internacional, liderado pelo coordenador do Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz), Paulo Buss, avalia que a presença da Saúde nos ODS é ambígua. “Enquanto o objetivo maior fala em assegurar vidas saudáveis e bem-estar para todos em todas as idades, as metas propostas e os meios de implementação se descolam da visão ampliada da saúde”, afirma o ex-presidente da Fiocruz.

No artigo *Saúde na Agenda do Desenvolvimento pós-2015*, publicado este mês nos *Cadernos de Saúde Pública*, Paulo Buss — com Danielly Magalhães, Andréia Setti, Edmundo Gallo, Francisco Franco Netto, Jorge Machado e Daniel Buss — traça um panorama das discussões que resultarão nos ODS, a partir da análise de documentos-chave da *Agenda Pós-2015*: a Declaração do Milênio do ano 2000 e os resultantes da Rio+20 (*Radis* 121), da consulta global de Botswana sobre saúde na Agenda, do Painel de Alto Nível, da Rede de Soluções para o Desenvolvimento Sustentável (*Radis* 134) e do Grupo de Trabalho intergovernamental da AGNU (*UN Open Working Group on Sustainable Development – OWG*).

ENUNCIADO AMBICIOSO

De acordo com ele, o conteúdo do ODS Saúde teve desenvolvimento praticamente linear: ao longo dos últimos dois anos, pouco foi alterado na sua essência. O coordenador do Cris considera o enunciado *Assegurar vidas saudáveis e bem-estar para todos em todas as idades* “ambicioso, tanto do ponto de vista político-diplomático quanto sanitário”. Mas, se na formulação geral o objetivo é amplo e positivo, relacionando saúde a bem-estar, quase todas as metas tratam de “redução de doenças e/ou mortes” e nunca de “promoção da saúde”.

“As metas são exclusivamente voltadas para

a atenção à saúde individual, com poucas menções (e muito estreitas) a prevenção e, ademais, omitindo elementos importantes para o objetivo a que se propõe, que se encontram no campo da saúde pública/saúde coletiva, entre as quais as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, e o enfrentamento das iniquidades e dos determinantes sociais da saúde”, comenta Buss.

‘METAS OBJETO’

As três primeiras “metas objeto” do ODS Saúde, informa ele, pertencem à “agenda inconclusa” dos ODM: mortalidade materna (meta 1) — um dos grandes “fracassos” no processo de ODM Saúde por não ter sido alcançada na maioria dos países em desenvolvimento; “acabar” com as causas “preveníveis” na morbidade e mortalidade neonatal e de crianças abaixo de 5 anos (meta 2); e reduzir a morbimortalidade por doenças como aids, tuberculose, malária e “outras” enfermidades “tropicais” negligenciadas (meta 3). A seguir, encontram-se quatro “metas objeto” relacionadas com as “novas ameaças”, caso das doenças não transmissíveis, incluindo doenças mentais (meta 4); uso de substâncias nocivas, lícitas e ilícitas (meta 5); doenças e mortes por acidentes de trânsito (meta 6); e as doenças de origem ambiental (meta 9). As duas “metas instrumentais” são acesso universal a serviços assistenciais de saúde sexual e reprodutiva (meta 7) e cobertura universal em saúde (meta 8).

“Assumir cobertura universal em saúde (UHC, na sigla em inglês) como meta é necessário, mas não suficiente, para assegurar o alcance de vidas saudáveis, pois aborda a questão do sistema de saúde apenas parcialmente (assistência aos enfermos, com ênfase no mecanismo dos seguros saúde)”, explica Paulo Buss. “E o adjetivo *essenciais*, presente na mesma meta, quando se refere ao acesso a medicamentos, vacinas e tecnologias, remete à ideia de *pacotes mínimos*, determinados exclusivamente pela capacidade econômica dos países e não pelas necessidades de suas populações”, critica.

O debate sobre o ODS Saúde girava em torno de duas grandes tendências: uma, liderada pela OMS, privilegiando a UHC e, outra, propondo um

ESTREITO?

ODS saúde mais amplo e integrador, afinal resumido no enunciado “assegurar vidas saudáveis e bem estar”, que inclui UHC, além de exigir que se cumpram todos os demais ODS para alcançá-lo — “ou seja, colocando saúde de fato no centro do desenvolvimento sustentável”, conforme aponta o coordenador do Cris.

REDAÇÃO ALTERNATIVA

Buss propõe uma redação alternativa nas metas para o ODS Saúde que, essencialmente, substitui UHC por sistemas de saúde universais, integrais, equitativos e de qualidade; e acrescenta o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde por meio de formas inovadoras de governança que incluam os setores governamentais envolvidos e a sociedade civil. No campo da governança, ele avalia que as propostas são “muito débeis e incompletas para as dificuldades inerentes a um processo desta envergadura e complexidade”. E aponta que será preciso empreender profunda reformulação das metas e dos meios de implementação para garantir coerência e capacidade de concretização do ambicioso enunciado do ODS Saúde, evitando que se repitam as mesmas limitações encontradas na *Agenda do Milênio*.

“Em nível mais geral, as governanças nacionais e global precisam ser transformadas, com vistas à implementação de planos de desenvolvimento coerentes com a equidade e a inclusão social, num contexto de desenvolvimento econômico que preserve o meio ambiente e os recursos naturais ameaçados”, diz.

Nas palavras de Buss, “entende-se que na redefinição do papel do Estado como provedor de direitos fundamentais como a saúde e outros ODS e no planejamento e ação intersetorial sob a égide do poder público, nos planos nacionais e globais, se encontre a chave para o desenvolvimento sustentável e a consecução dos ODS”. No artigo, ele pede ampla mobilização, no plano dos países e na esfera internacional, da sociedade civil — aí incluídas as universidades e institutos de pesquisa, representações de trabalhadores e outras instituições — para que seus interesses, visões e propostas apareçam na agenda do desenvolvimento sustentável para depois de 2015.





EVENTOS

Congresso RedPop 2015



Promovido a cada dois anos pela Rede de Popularização da Ciência e da Tecnologia da América Latina e Caribe (RedPop), o evento tratará, em sua 14ª edição, da popularização da ciência e da tecnologia em diversos contextos, a partir do tema “Arte, tecnologia e ciência: novas maneiras de conhecer”. A temática reflete o contexto atual dos centros de popularização da ciência, para onde confluem diversas visões de mundo e múltiplas linguagens. Entre os palestrantes confirmados pela programação estão o historiador brasileiro Marco Luchesi, o escritor mexicano Jorge Volpi, o físico, editor e escritor francês Nicolas Witkowski e a historiadora espanhola Mónica Bello.

Data 25 a 29 de maio de 2015

Local Parque Explora, Medellín, Colômbia

Informações 57(4) 516 83 00

<http://goo.gl/d4YbA2>

2º Seminário Internacional de Direitos Humanos e Empresas



Organizado pelo Centro de Direitos Humanos e Empresas e pelo Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Direito e Inovação da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em Minas Gerais, o evento prevê seis grupos de trabalho interdisciplinares em diversas áreas de pesquisa (financiamento público, sistemas de justiça, povos e comunidades tradicionais, sociedade civil) que tratarão de temas relacionadas a violações de direitos humanos por empresas, e mais um GT especial sobre movimentos sociais e empresas. A proposta é relacionar relatos de experiências contra-hegemônicas, estudos de caso, ações dos movimentos sociais, ações das assessorias jurídicas, com a política judicial, sistema de justiça, mundo do trabalho e judicialização, teorias críticas e resistências.

Data 13 a 17 de abril de 2015

Local Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Minas Gerais

Informações (32) 21023501

<http://goo.gl/8S5tsL>

homa.cdhe.ufjf@gmail.com

PERIÓDICOS



Já está no ar o fascículo 50 da revista **Interface**

– **Comunicação, Saúde e Educação**, que traz um dossiê sobre usos e abusos da pesquisa qualitativa em saúde e artigos que refletem sobre a necessidade de um novo olhar e um processo formador mais criativo para induzir mudanças na saúde pública. Entre os temas abordados, evidências científicas sobre intervenções musicais na assistência a pacientes com câncer, dificuldades de contato e comunicação entre imigrantes bolivianos e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, em São Paulo, e os resultados de estudo realizado em uma comunidade tradicional de quilombolas em Tijuçu, Senhor do Bonfim (BA), visando integrar a produção agrícola local ao Programa Nacional de Alimentação Escolar. Também neste número, trabalhos apontam necessárias mudanças nas concepções dos profissionais de saúde, em temas como integralidade do cuidado, integração entre prática odontológica e estudo acadêmico, e cuidado com pessoas com distúrbios psiquiátricos. A publicação pode ser acessada em <http://goo.gl/EP8nfq>

ENSAIO

Na contramão



A organização Médicos Sem Fronteiras (MSF) reuniu no ensaio fotográfico **Sobreviventes do Ebola**, perfis de pessoas que conseguiram sobreviver à infecção do vírus em países da África, a despeito de seu alto índice de letalidade – a cada dez infectados, seis morrem. São histórias de esperança protagonizadas por crianças e adultos que vivem em países como Serra Leoa, Guiné e Libéria e estão na contramão das estatísticas da epidemia, que registram a a morte de quatro mil pessoas. São esses sobreviventes que inspiram a recuperação de pacientes e os profissionais de saúde a continuar a batalha contra o vírus. “Muitas outras poderão sobreviver se países com capacidade de ajuda enviarem pessoal qualificado e suprimentos”, acreditam os voluntários do MSF. O ensaio pode ser visto online na página <http://goo.gl/MVxms3>

LIVROS

Copia e cola



“Este livro é sobre uma forma particular de irrispeito, aquele provocado pela mentira textual quando o leitor descobre que não há correspondência entre assinatura e texto: o plágio”, anunciam Debora

Diniz e Ana Terra em **Plágio – Palavras escondidas** (Letras Livres/Editora Focruz). As autoras abordam, de forma fluida e objetiva, desde aspectos da história do plágio até as práticas correntes de “copia e cola” facilitadas pelo uso das novas tecnologias.

Contra tuberculose




A 7ª edição de **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**, organizado por Maria José Procópio (Editora Focruz) é lançada 27 anos depois,

reafirmando o compromisso de aproximar ensino acadêmico e capacitação profissional dos que trabalham com a tuberculose. Os autores situam a discussão na realidade do SUS e no contexto do Fio-Tb, programa da Focruz de enfrentamento da doença em suas dimensões técnico-científica, política, humana e social.

Acesso à mídia



Comunicação dos trabalhadores e hegemonia, de Vito Gianotti (Editora Fundação Perseu Abramo) aborda a importância da comunicação dos trabalhadores na transformação da sociedade. A obra apresenta reflexões sobre conceitos, como o de hegemonia, e nega o mito da neutralidade dos meios de comunicação, conciliando base teórica e dicas práticas aos sindicatos e movimentos populares que desejam aprimorar seus veículos de informação. 

ENDEREÇOS

Editora Focruz



(21) 3882.9039 e 3882.9006
editora@focruz.br e www.focruz.br/editora

Fundação Perseu Abramo

(11) 5571-4299 e 5571-0910 (fax)
lojavirtual@fpabramo.org.br
www.efpa.com.br



Júlia Rocha

4 de novembro às 00:44 ·  

Daí, que um paciente de 57 anos entra no consultório de cabeça baixa e me conta que há 5 meses vem perambulando de médico em médico no seu convênio sem solução do seu problema.

Paciente:

“Eu fico pensando, em casa, nas coisas que eu quero falar para o médico mas, quando chega a hora da consulta, não dá tempo. O médico me pediu exame sem me examinar e disse que o que eu tenho é pedra nos rins. Disse que eu tenho que operar, me deu um remédio pra dor e pediu mais exames”.

Eu:

“E por que o senhor não falou o que precisava falar?”

“Fico sem jeito, porque esse negócio de dinheiro é complicado. Ele precisa chamar mais gente, né. Eu não posso tomar muito do tempo dele”.

“Então, hoje, eu quero que o senhor fale tudo que o senhor pensou em casa. Pode ser?”

“Estou emagrecendo muito e sentindo muita dor na barriga (...)”, queixou-se ainda de sintomas urinários.

Examinando... uma tristeza atrás da outra. Massa abdominal dura feito pedra e um fígado enorme... Emagrecimento de 17 quilos nos últimos quatro meses, sem ter feito esforço para isso. Pra quem não é médico, um paciente consumido, provavelmente, por câncer.

E o pior ainda está por vir:

Depois de 25 minutos de consulta, VINTE E CINCO MINUTOS, orientações feitas, exames pedidos com prioridade máxima, estendo minha mão e digo: “Temos um caminho longo pela frente, mas estaremos juntos, certo?!”

E ele me respondeu: “Esta foi a consulta mais longa da minha vida. E se eu passar ao seu lado na rua, você vai me reconhecer, né. Porque você olhou no meu rosto o tempo todo. Isso é legal... (olhos marejados – e eu tb).

Doutora, ninguém nunca examinou minha barriga. Muito obrigado!”

E eu pensei: “Eu que te agradeço...”. Ele saiu, eu fechei a porta, chorei três minutinhos (pensando na minha vida) e chamei o próximo.

E viva a MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE que me ensinou que posso chorar, só um pouquinho, levantar a cabeça e chamar o próximo.

Sempre haverá o próximo. E desta vez, o próximo era uma criança linda e saudável!

Amém!

Em tempo: isso foi um desabafo... Faço isso, às vezes, pra não ficar doente. Não é uma crítica a nenhum colega em especial. Mas dá pra ver que grande parte da tecnologia de que precisamos pra ajudar nossos pacientes está em nós. Mãos, ouvidos, olhos... Viemos com tudo isso de fábrica.

[Curtir](#) · [Comentar](#) · [Compartilhar](#)



Médica residente (R2) do Programa de Medicina de Família e Comunidade no Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB) em Belo Horizonte (MG)



Recente

2014

2013

2012

2011

2010

2009

2006

2000

1993

1985

1977


Nascimento



30
anos
de luta contra a AIDS

Para se conhecer de verdade,
você precisa fazer o teste de
HIV. Ele é seguro, sigiloso,
rápido e gratuito. Além
disso, ele pode ser feito em
qualquer unidade de saúde
do SUS por todo o país.

#PARTIU TESTE
30 ANOS DE LUTA CONTRA A AIDS.

1º DE DEZEMBRO  DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA A AIDS