

Assim como em outras áreas prioritárias, a situação da saúde pública no Brasil deixa a desejar, tornando o acesso que deveria ser universalizado aos cidadãos com baixa qualidade e muito desigual país adentro. Doenças que poderiam ser prevenidas em pleno século XXI ressurgem e muitos municípios não contam sequer com um médico ou infraestrutura mínima de saúde, sobrecarregando os já saturados grandes centros. Quem tem recursos tenta se garantir com convênios privados, já que o acesso universal é carente e desigual. Como repensar a saúde universalizada e de qualidade para o total da população brasileira, reduzindo as desigualdades numa época de cortes orçamentários?

DESIGUALDADE REGIONAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

DESIGUALDADE REGIONAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS



POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA

Artur Zimmerman (organizador)
Antônio Manuel Sousa
Bruno Leonardo Alves Andrade
Daís Gonçalves Rocha
David Lopes Neto
Eliana Ofélia Llapa-Rodriguez
Francisco Comaru
Marco Akerman
Maria Isabel Barros Bellini
Neide Mayumi Osada
Rebel Zambrano Machado
Silvana Santos
Wilma Suely Batista Pereira

7

POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA

ARTUR ZIMERMAN
(Organização)

Série:
DESIGUALDADE REGIONAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS


UFABC
Santo André
2017

EQUIPE EDITORIAL:

Realização

Pró-reitoria de Extensão - UFABC

Daniel Pansarelli – Pró-reitor

Adalberto Mantovani Martiniano de Azevedo – Pró-reitor adjunto

Lilian Santos Leite Menezes – chefe da Divisão de Extensão e Divulgação Científica

Coordenação geral

Artur Zimmerman

Conselho Editorial

Ana Maria Dietrich, Bacharelado em Políticas Públicas (UFABC)

Gerardo Alberto Silva, Bacharelado em Planejamento Territorial (UFABC)

Guilherme de Oliveira Lima Cagliari Marques, Bacharelado de Economia (UFABC)

Luciana Pereira, Bacharelado em Políticas Públicas (UFABC)

Preparação de originais e revisão

Daniel Igor Crispim

Isabel Klug

Kevin Campos Correia

Leila Dias

Lucas do Vale Moura

Sabrina Mendes

Thaís Pereira Martins

Capa e Arte

Kevin Campos Correia

Johnny Seron Bispo

CATALOGAÇÃO NA FONTE
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ABC
Responsável: Mariléia Aparecida de Paula CRB: 8/8530

Políticas de saúde pública / Organizado por Artur Zimmerman — Santo André, SP:
Universidade Federal do ABC, 2017.

114 p. - (Desigualdade regional e as políticas públicas; v. 7)

Disponível em: http://biblioteca.ufabc.edu.br/index.php?codigo_sophia=104027
ISBN: 978-85-65212-57-1.

1. Saúde Pública – Brasil. 2. Políticas Públicas. 3. Desigualdades Sociais. I.
Zimmerman, Artur, org. II. Série.

CDD 22 ed. – 362.10981

AGRADECIMENTOS

Este livro é resultado do projeto de extensão Desigualdade Regional e as Políticas Públicas, que vem sendo realizado na Universidade Federal do ABC, desde o ano de 2012 até o presente, anualmente. A apresentação da mesa sobre Políticas de Saúde Pública ocorreu em 06 de agosto de 2015, na unidade de São Bernardo do Campo, São Paulo.

Tivemos vários colaboradores e apoiadores desta ideia que se tornou livro, além de filme, disponibilizado no *blog* do projeto, e acessado pelo *link* desigualdaderegionalufabc.wordpress.com. A equipe da Pró-Reitoria de Extensão da UFABC foi fundamental nesse esforço, desde a figura do pró-reitor, professor Daniel Pansarelli, do pró-reitor adjunto Adalberto Mantovani, passando pelos servidores desse setor, Lilian Menezes, Glória Oliveira, Ronny Mattos, dentre outros.

Os membros da Editora da UFABC, por meio de sua coordenadora, professora Adriana Capuano de Oliveira, sucedendo Maria Gabriela Marinho, e de seus colaboradores Cleiton Klechen e Natália Gea, auxiliaram à continuidade de publicação dos livros no âmbito do Projeto de Extensão em destaque.

Os alunos Daniel, Isabel, Kevin, Leila, Lucas, Sabrina, e Thaís foram fundamentais para a execução do projeto no dia a dia e tiveram participação variada, desde o planejamento detalhado, seguindo para a preparação dos encontros, a logística, e o pós-preparo. Eles alimentaram o *blog* do projeto, que foi criado pelo Johnny Seron Bispo e Leonara Almeida (antigos bolsistas deste projeto) que serve como nosso cartão de visitas frente ao público geral. Apenas palavras não bastariam para agradecer aos alunos atuais e aos que os antecederam pois, com garra e coragem, ficaram frente a este inovador projeto.

O órgão da Universidade Federal do ABC (UFABC) que apoiou na aquisição de passagens aéreas e diárias para tornar real o encontro, que reúne especialistas do assunto, dos cinco cantos do país, e que foi fundamental para a concretização deste sonho ficou centrado na Pró-reitoria de extensão e cultura (PROEC). Além disso, o apoio de divulgação dos bacharelados da área de humanidades e ciências sociais, e dos programas de pós-graduação Políticas Públicas, Ciências Humanas e Sociais, e Planejamento e Gestão do Território, engrandeceu ainda mais este projeto de

extensão, já que serviu como ponte entre os pilares de nossa tarefa em ensino, pesquisa e extensão.

Os parceiros externos foram fundamentais para a criação do Projeto Desigualdade Regional e as Políticas Públicas, por várias razões e, dentre elas, a preocupação com a sociedade brasileira como um todo, o compromisso com seu desenvolvimento e com a redução das desigualdades via políticas públicas. Os longos encontros de mais de 4 horas foram regados a agradáveis *coffee breaks*, oferecidos generosamente pelo Sindicato dos Metalúrgicos do ABC (SMABC) e pela própria UFABC.

Juntamente com o SMABC, nos auxiliaram os parceiros do sindicato que tratam da mídia escrita e televisiva. O Jornal ABCD Maior e a TV dos Trabalhadores (TVT) fizeram matérias de coberturas destes eventos, chamadas ao grande público e reportagens após a realização das mesas. Foram importantes para que nossos encontros tivessem repercussão fora das portas da universidade.

Não poderíamos deixar de mencionar todos os professores e autores que participaram deste projeto de extensão, em especial este ocorrido em 06 de agosto de 2015, cujo tema é o nome do livro, ou seja, ***Políticas de Saúde Pública***. Em ordem alfabética: Artur Zimmerman (Universidade Federal do ABC/SP) como organizador do projeto, Daís Gonçalves Rocha (Universidade de Brasília/DF), David Lopes Neto (Universidade Federal do Amazonas/AM), Francisco Comaru (Universidade Federal do ABC como moderador da mesa, Marco Akerman (Universidade de São Paulo/SP), Maria Isabel Barros Bellini (Pontifícia Universidade Católica/RS), Silvana Cristina dos Santos (Universidade Estadual da Paraíba/PB).

Espera-se que, com essa obra, possamos dar uma contribuição para a efervescente discussão sobre políticas públicas no Brasil e, por meio disso, reduzir as desigualdades nos e dos rincões mais distantes e mais próximos desse Brasil afora, melhorando a situação da saúde pública no país.

SUMÁRIO

PREFÁCIO

Artur Zimerman.....8

PARTE I – REGIÃO NORTE

Saúde Pública na Região Norte: Das Assimetrias à Saúde como Direito Social

David Lopes Neto, Eliana Ofélia Llapa-Rodriguez, António Manuel Sousa, Wilma Suely Batista Pereira.....10

1. Introdução
2. Saúde como um Direito Fundamental e Social
3. Caracterização e Desenvolvimento Humano da Região Norte
4. Atenção à saúde na Região Norte: epidemiologia e indicadores de saúde
5. Desafios para Políticas Públicas de Saúde Efetivas para Região Norte
6. Conclusão
7. Referências Bibliográficas

PARTE II – REGIÃO NORDESTE

Políticas de Saúde: a Questão da Consanguinidade e Acesso aos Serviços de Genética Médica no Nordeste Brasileiro

Silvana Santos.....35

1. Introdução
2. Desigualdade em Saúde
3. Conclusão
4. Referências Bibliográficas

PARTE III – REGIÃO CENTRO-OESTE

Iniquidades Regionais na Captação dos Editais Governamentais e as suas Implicações nas Políticas de Saúde Pública: Diálogos a Partir do Contexto da Região Centro Oeste do Brasil

Dais Gonçalves Rocha, Bruno Leonardo Alves Andrade.....48

1. Introdução
2. Definição de critérios regionais na destinação dos recursos financeiros em CT&IS para enfrentamento das desigualdades regionais

3. Conclusão
4. Referências Bibliográficas

PARTE IV – REGIÃO SUDESTE

Determinantes Sociais da Saúde: Uma Abordagem Eficaz para Enfrentar as Desigualdades Sociais no Sudeste e nas Outras Regiões Brasileiras

- Marco Akerman, Francisco Comaru.....62*
1. Introdução: Que Escolhas?
 2. Imaginários em saúde pública! Que imaginários?
 3. Desigualdades e Iniquidades: faces da mesma moeda?
 4. O lugar onde as pessoas vivem importa.
 5. Movimentos e Tensões
 6. Manifestações regionais das desigualdades sociais: iniquidades em foco
 7. E o que o Sudeste tem a ver com tudo isso?

PARTE V – REGIÃO SUL

Cofinanciamento na Atenção Básica e as Condições de Saúde da População na Região Sul do Brasil

- Maria Isabel Barros Bellini, Rebel Zambrano Machado.....76*
1. Introdução
 2. A Região Sul: Dados Demográficos
 3. Desigualdades Regionais em Saúde
 4. Financiamento em Saúde
 5. Cofinanciamento em Saúde na Atenção Básica na Região Sul
 6. Conclusão
 7. Referências Bibliográficas

PARTE VI – FECHAMENTO

A Culpa não é do Micróbio! O Entorno e suas Iniquidades como Fatores de Risco

- Neide Mayumi Osada.....103*

PREFÁCIO

O presente livro é o resultado do 11º encontro do Projeto Desigualdade Regional e as Políticas Públicas, ocorrido em 06 de agosto de 2015, e que tratou do tema POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA.

As políticas públicas são uma área emergente nas discussões locais, regionais e nacionais. Cada vez mais um número maior de pessoas se interessa por essa temática, quer seja pelo aumento da representação da sociedade civil na articulação de políticas, quer seja pelas demandas de grupos específicos na sociedade. Sentaram à mesa um especialista sobre saúde pública de cada região do país, para que pudéssemos ter a diversidade e a representatividade de grande parte da realidade brasileira. Todos os participantes têm doutorado e são pesquisadores ativos em instituições com as quais mantêm vínculos.

O Brasil está num momento em que precisamos refletir nossa situação para, com isso, projetar novos horizontes e termos claro o que queremos para nosso futuro como sociedade brasileira, tanto a nível local, como regional e nacional, em áreas vitais como a discutida na mesa, a saúde, que pode nos comprometer ou nos contemplar com um futuro promissor. A saúde pública no país deixa a desejar, tornando o acesso que deveria ser universalizado aos cidadãos, com baixa qualidade e muito desigual nas diversas regiões. Doenças que poderiam ser prevenidas em pleno século XXI ressurgem e muitos municípios não contam sequer com um médico ou infraestrutura mínima de saúde, sobrecarregando os já saturados grandes centros. Quem tem recursos tenta se garantir com convênios privados, já que o acesso universal é carente e desigual. Como repensar a saúde universalizada e de qualidade para o total da população brasileira, reduzindo as desigualdades, especialmente numa época de cortes orçamentários?

O país, desde seus primórdios, foi pautado pela divisão muito desigual de recursos. Autores da área de ciências sociais chamavam o país de “Brasis”, exaltando sua múltipla face em relação ao poder aquisitivo, social, político, econômico e cultural das diferentes camadas. A classe média sempre foi menor em proporção aos países desenvolvidos.

A proposta deste livro e dos outros da série Desigualdade Regional e as Políticas Públicas clama pela necessidade de refletir o país para dar condições e oportunidades às diferentes camadas, reduzindo o abismo entre os que têm e os que não possuem absolutamente nada.

A Universidade Federal do ABC (UFABC) foi criada principalmente para colaborar com a inclusão social e educacional na região do Grande ABC, reduzindo, assim, as

desigualdades e proporcionando aos jovens uma educação superior gratuita e de qualidade. Não é à toa que somos a universidade com a política de cotas mais agressiva do país, ou seja, metade das vagas destinadas a alunos menos privilegiados econômica e socialmente. Esta política está surtindo efeito e, agora, temos aprovada em âmbito nacional a nova “lei de cotas”, em que todas as universidades federais do país deverão se adequar a esta nova realidade com reserva da metade das vagas para alunos menos privilegiados. Isso prova que estamos no caminho certo, e que a única possibilidade de melhorarmos nossa sociedade é através da educação para todos. A área da saúde é igualmente importante para melhorar a qualidade de vida e permitir a todos os cidadãos colaborarem para o desenvolvimento do Brasil.

Esta atividade realizada e transformada agora em livro aborda exatamente questões maiores de temas selecionados para discutir e rediscutir nosso país, os rumos que estamos tomando e como satisfazer diferentes camadas da população.

A área de políticas públicas demanda um amplo conhecimento interdisciplinar para compreender a complexa máquina pública e os processos de planejamento, implementação e avaliação das políticas públicas, em áreas variadas e em distintos contextos políticos, econômicos e sociais. Nesse livro, por meio dos autores dos textos, temos a honra de juntar numa mesma compilação que trata da saúde pública nas várias regiões do país, pessoas de formação variada, como ciências biológicas, enfermagem, engenharia civil, medicina, serviço social e odontologia.

A elaboração e a compilação deste volume foram regadas por momentos de prazer indescritíveis, visualizando nosso futuro como nação, almejando pela melhoria da saúde pública e coletiva em um país que tem potencial para proporcionar qualidade de vida a seus cidadãos. Sem saúde não há possibilidade de desenvolver o Brasil.

Artur Zimmerman

UFABC

PARTE I

REGIÃO NORTE

SAÚDE PÚBLICA NA REGIÃO NORTE: DAS ASSIMETRIAS À SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL

David Lopes Neto

Doutor em Enfermagem e Professor Associado da Universidade Federal do Amazonas.

E-mail: davidnetto@uol.com.br

Eliana Ofélia Llapa-Rodriguez

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal de Sergipe.

E-mail: elianaofelia@gmail.com

Antônio Manuel Sousa

Biólogo, Doutor em Saúde Coletiva e Professor da Universidade do Estado do Amazonas.

E-mail: amzsouza@uea.edu.br

Wilma Suely Batista Pereira

Doutora em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido e Professora da Universidade Federal de Rondônia.

E-mail: wilsue@uol.com.br

1. INTRODUÇÃO

Com a finalidade de subsidiar a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS), este capítulo apresenta uma reflexão crítica da saúde pública na Região Norte, sob a ótica dos aspectos geográficos, políticos, econômicos e sociais, com ênfase na importância da assistência integral e universal à saúde como um direito social.

O conteúdo, ao abordar a SAÚDE PÚBLICA NA REGIÃO NORTE: DAS ASSIMETRIAS À SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL, busca contestar, em defesa do SUS, o panorama atual da saúde pública em uma dada realidade regional, apontando suas assimetrias e possibilitando a sinalização de novos caminhos e desafios de atuação para formulação de estratégias de intervenções para reorganização da saúde pública.

Este texto dissertativo está subdividido em quatro eixos temáticos: Saúde como um direito fundamental e social; Caracterização e Desenvolvimento Humano da Região Norte; Atenção à saúde na Região Norte: epidemiologia e indicadores de saúde e Desafios para políticas públicas de saúde efetivas para Região Norte.

2. SAÚDE COMO UM DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL

A saúde, no contexto dos direitos fundamentais - essenciais e indispensáveis ao ser humano, revela os valores supremos na promoção da dignidade humana. Nesse viés, a saúde, como direito fundamental de essencialidade inquestionável, inalienável e inviolável, oscila, conceitualmente, em consonância com as relações socioculturais historicamente vivenciadas, refletindo sobre o ser humano e a sociedade em decorrência da conjuntura política, econômica e social (NUNES, 2012).

Conciliando a temática saúde no universo circundante do direito social, observa-se que o reconhecimento da saúde como um bem comum é uma construção ainda ativa em quase quatro décadas após as grandes conferências de saúde que reorientaram conceitos e estratégias em busca de situar a saúde no rol dos direitos de cidadania.

Historicamente, na década de 1980, os profissionais envolvidos com a reforma sanitária no Brasil conseguiram imprimir os avanços na concepção da saúde e seus nexos com o desenvolvimento na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988.

Na CRFB vigente, Seção II, da Saúde, artigos 196 a 200, pode-se ler a garantia à saúde como direito de todos e dever do Estado, a partir de políticas sociais e econômicas que se destinem a reduzir os riscos de doença aos quais a população está exposta. A inserção disso no texto da saúde na constituição foi, sem dúvida, uma grande conquista de profissionais de saúde, parlamentares e da sociedade civil organizada, que, em décadas de lutas por democratizar o acesso a ações e serviços de saúde, colocaram a saúde como direito constitucional e as ações e serviços de saúde como de relevância pública, embora não tenham conseguido fazer aprovar todas as propostas apresentadas. Dois anos mais tarde, foi divulgada a Lei 8.080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde. Em seu parágrafo 3º, do artigo 2º, está o conceito de saúde, já impregnado pelas discussões mundiais:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 2003).

Esse macroconceito de saúde, instituído no arcabouço jurídico brasileiro, estabeleceu os eixos para o SUS: equidade, igualdade e universalidade, como princípios norteadores do atendimento às necessidades de saúde da população. Nesse novo contexto, a gestão dos recursos advindos da União passou a ser responsabilidade dos municípios, sob controle público, assegurado pelos conselhos municipais e estaduais de saúde, com participação paritária de usuários, donos de hospitais, secretários de saúde, representantes da sociedade civil organizada (igrejas, ONGs, associações de bairros, sindicatos entre outros).

Notadamente, a ampliação do conceito de saúde para algo que requer abordagem intersetorial, embora já pareça óbvia, ainda vem sendo objeto de reflexões, trabalho árduo e preocupação constante, especialmente, no campo da saúde pública, por sanitaristas e diferentes atores sociais comprometidos em âmbito nacional e internacional. Destarte, como são necessários acordos internacionais de caráter ético e político, alerta-se que é necessário haver vigilância constante nas questões que envolvem a saúde, para que os acordos sejam cumpridos e todos os setores se envolvam em prol da resolutividade das problemáticas que relacionadas direta e indiretamente com a questão da saúde pública.

Somada a todas estas observações, considera-se parte da construção das ações interventoras no processo saúde/doença, a compreensão de como se processa o acesso a bens e serviços essenciais das populações empobrecidas na Região Norte. Nesse olhar regionalizado, dificuldades de acesso por questões geográficas, sobretudo nas comunidades rurais e ribeirinhas

da Amazônia brasileira, excesso de burocracia e deficiências no atendimento nos serviços essenciais têm interferido no processo saúde/doença, desde o momento em que a pessoa se reconhece doente até a busca por assistência, situações claramente pontuadas de elementos loco-regionais e culturais que são influenciadas por distorções gerenciais apresentadas pelos serviços oficiais de atendimento à saúde (PEREIRA, 2001; 2002b; 2004).

O quadro da saúde do Brasil, a nosso ver, tem apresentado assimetrias, que se instalam à luz da diretriz da regionalização, num *ad eternum* divisor excludente entre as regiões do país, o que tem resultado em visíveis e deletérias desigualdades (IPEA, 2011), emergidas do processo histórico de organização e da produção social e política de cada região (VIDAL, 2008). Numa leitura contextualizada, tem-se observado que o debate político-desenvolvimentista do federalismo brasileiro do setor saúde vem retratando a retórica do poder governamental, impresso nos atos normativos das esferas municipal, estadual e federal, para o cumprimento da política pública de saúde, notadamente expressando o excesso de regulamentação e a baixa resolutividade.

Desse modo, em meio à legitimidade e legalidade institucionalizada de uma política voltada ao modelo de saúde tecnoassistencial (FEUERWERKER, 2005), a resolutividade ainda é algo a ser conquistado nas longínquas plagas municipais nortistas (Acre = 22 municípios, Amapá = 16 municípios, Amazonas = 62 municípios, Pará = 143 municípios, Rondônia = 52 municípios, Roraima = 15 municípios e Tocantins = 139 municípios) (IBGE, 2010), cada um com suas peculiaridades e características de baixo rendimento *per capita* (LEONETI, PRADO, OLIVEIRA, 2011), alta incidência de pobreza, insuficiente rede de saneamento básico, grande concentração populacional urbana nas capitais dos estados (SIFERT, CARDOSO, MAGALHÃES, LASTRES, 2014) e uma distribuição equitativa nas áreas rurais dos demais municípios, com predominância de fixação da população às margens dos rios, com particularidade de uma região com baixa densidade demográfica em decorrência dos vazios demográficos, com uma média de 4,1 hab/km², além de carência de serviços de saúde e educacionais, insatisfatória disponibilidade de postos de trabalho e emprego, entre outros determinantes influenciadores de qualidade de vida e saúde.

Oliveira et al (2004) citam que as populações rurais brasileiras enfrentam barreiras em relação ao acesso a serviços de saúde em função da menor disponibilidade destes (XAVIER, DUTRA, 2005), particularmente, em áreas esparsamente povoadas; em função, também, das grandes distâncias a serem percorridas, assim como das dificuldades de transporte e acesso,

haja vista que os rios são as estradas e os barcos de pequeno, médio e grande portes são os meios de transportes.

Para melhor caracterizar a Região Norte e o processo saúde/doença regionalizado, ancoramos nas afirmações de Loureiro (2000), o qual destaca que a Amazônia brasileira, com distinção para os estados da Região Norte, apresenta dois grandes espaços culturais: o espaço da cultura urbana e o da cultura rural.

Na cultura urbana estão expressos os modos de vida das cidades de médio porte e das capitais. O perfil de saúde da população das sedes e municípios com maior desenvolvimento populacional está relacionado com o eclodir e predominância das doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer) e das doenças infectocontagiosas (Aids, hepatites, sífilis).

Na cultura rural, pela profunda relação do homem com a natureza, manifestam-se os modos de cidades de pequenos portes (maioria dos municípios), maneiras de vida típicas do “interior”, onde, a expressão mais tradicional e a que melhor retrata e conserva os valores da história cultural é o universo das populações ribeirinhas, como expressa Gonçalves (2005), afirmando que o “ribeirinho é sem dúvida, o mais característico personagem amazônico”. Entre as doenças mais comuns estão: parasitoses intestinais, acidentes ofídicos, malária, leishmaniose tegumentar.

As populações ribeirinhas caracterizam-se por possuir uma relação de dependência com o rio, à margem do qual habitam, dependendo desse para suas necessidades básicas de locomoção, alimentação, trabalho (COHEN-CARNEIRO et al, 2009) e, por conseguinte, saúde. Para Travassos e Viacava (2007), a redução das desigualdades no acesso a serviços de saúde para as populações rurais requer a organização dos serviços de modo a atender às especificidades territoriais, culturais e sociais desses grupos populacionais.

3. CARACTERIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO HUMANO DA REGIÃO NORTE

A Região Norte é a maior das cinco regiões do Brasil definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com uma área de 3.853 676,948 km², população estimada até julho de 2014, de 17.231.027 habitantes, cobrindo 45,25% do território nacional, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de concentração Muito Baixa e Baixa na maioria dos

municípios, com destaque de maior IDHM para o município de Palmas (Tocantins) e o menor IDHM do município de Melgaço (Pará) (IBGE, 2010) (PNUD, 2013).

Em nível de Região Norte, quanto à concentração populacional, como já citado, a urbana é mais acentuada e fortemente concentrada nas capitais dos estados, haja vista que estas cidades alocam os segmentos geradores da economia em polos industriais e comerciais, a exemplo do Polo Industrial de Manaus (Amazonas), que emprega, em média, 125.000 trabalhadores e região metropolitana de Belém, com seus municípios adjacentes de Icoaraci e Ananindeua no Pará. Já os estados do Acre, Amapá, Roraima, Rondônia e Tocantins têm como atividades econômicas e fontes de rendas e de empregos com predominância nos setores de extrativismo vegetal e mineral e de serviços e comércio, tanto nas áreas urbanas quanto rurais.

Quanto à saúde pública, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2012/2013 mostrou que a taxa de fecundidade total da Região Norte foi de 2,22, a de mortalidade infantil de 19,2 por cada mil habitantes, apresentando uma esperança de vida ao nascer de 68,2%, predominante para o sexo feminino (75,3%). A taxa de um a mais filhos nascidos vivos para as mães de raça preta ou parda foi de 64,9% e para raça branca 60,1%. Dessas, as que viviam com companheiro e tinham um filho ou mais foram 84% e as que não viviam em companhia de conjugue ou companheiro e nunca tinham vivido foi de 12,3%. A maioria das mulheres de 15 a 49 anos que tiveram filhos nascidos vivos caracterizavam-se por ter cursado oito ou mais anos de estudo (58,6%) (IBGE, 2013).

Em relação ao desenvolvimento regional, a região norte apresentou até 2013, uma taxa de urbanização de 77,9, ficando abaixo da média nacional (84%), no entanto, crianças de 0 a 14 anos residentes em domicílio particulares permanentes não tinham abastecimento de água de rede geral (44,6%), ou apresentavam falta de esgotamento sanitário ou fossa séptica (84,8%), ou falta de coleta de lixo direta ou indireta (25,8%), ou todas as deficiências acima citadas (20,7%) (IBGE, 2014).

Também foi identificada uma alta taxa de ocupação entre jovens (71,3%), entre a faixa etária de 25 a 29. A respeito do salário mensal para este grupo observou-se que 33,5% obtinham mais de 1 a 2 salários mínimos, destacando que apenas 13,2% ganhavam mais de dois salários mínimos. Com relação ao número de horas trabalhadas durante a semana, 41,3% prestava de 40 a 44 horas semanais, já 35% trabalhava até 39 horas. Por grupo de atividade, na faixa de 15 a 29 anos 38,7% só trabalha e 12,8% trabalhava e estudava, ressalta-se que 23% não trabalhava nem estudava. Com relação ao grupo de jovens de 10 a 29 anos que cuidava de afazeres domésticos, 85,9% das mulheres cuidavam dessa atividade e a média de horas para execução

dessa atividade foi de 20,6 horas/semana. Os idosos foram um grupo que mereceu destaque considerando que em média trabalhavam 32,9 horas/semanais (IBGE, 2013).

Como observado, tanto o Brasil quanto a Região Norte vêm passando por uma transição demográfica profunda, provocada por diferentes fatores, como: queda da fecundidade de 6,3 filhos por mulher, em 1960, para 2,0, em 2005; aumento da longevidade e da expectativa de vida, redução da mortalidade infantil, descontrolada urbanização, aumento da obesidade e inserção social da mulher na economia do país, revelando-se, assim, como um país de evidente transição da estrutura etária, com a diminuição da população jovem e aumento progressivo da população idosa, com perda da representatividade dos jovens menores de 15 anos e elevação do índice de envelhecimento, numa proporção prospectiva para 2025, de 46 idosos para cada 100 menores de 15 anos (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2009), realidade esta que afeta, indistintamente, todas as regiões.

Conseqüentemente, a transformação do perfil da população vem gerando novas demandas e, por conseguinte, novas ofertas para o sistema de saúde. Nesse cenário, considera-se prioritário o repensar das políticas públicas de saúde, as quais devem favorecer melhores condições de vida para a população, ofertando serviços e benefícios que permitam a população usufruir de uma vida saudável, condigna e ativa, haja vista que região norte se mostra como uma das regiões menos beneficiadas socioeconomicamente e detentora, por exemplo, de alto índice de morbidade e de mortalidade por doenças crônicas e degenerativas (ISHITANI, FRANCO, PERPÉTUO, FRANÇA, 2006).

Todavia, no contexto das políticas públicas, deve primar o princípio da equidade, o qual emerge como alternativa para minimizar as assimetrias causadoras de desigualdades entre pessoas, regiões e, principalmente, na oferta de serviços públicos por meio do SUS, apesar da equalização em saúde ser uma ideia interessante e uma bandeira de luta contida nos princípios e diretrizes do SUS de combate à grave doença da iniquidade em saúde.

Para Noronha (2001) “nem toda a desigualdade em saúde mensurada pode ser caracterizada como iniquidade em termos de bem estar individual”, haja vista que o estado de saúde está relacionado a múltiplos fatores determinantes e condicionantes, classificados em: fatores associados às preferências (hábitos e escolhas); fatores endógenos (heranças genéticas), fatores exógenos (acidentes, infecções e fatores associados ao ciclo vital e estilo de vida) e fatores associados às condições socioeconômicas (renda, trabalho, educação). O conjunto desses fatores, quando não controlados, predispõem indivíduos e comunidades ao estado de adoecimento, interferindo na atenção à saúde.

4. ATENÇÃO A SAÚDE NA REGIÃO NORTE: EPIDEMIOLOGIA E INDICADORES DE SAÚDE

A atenção à saúde, por meio do Sistema Único de Saúde, como política de Estado, tem acumulado diferentes experiências exitosas e não exitosas, todas, construídas, desconstruídas e reconstruídas pelos movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo, ao longo desses vinte e cinco anos desde a reforma sanitária.

Da realidade nacional e local excludente ocorrida na década de 1980 à atual (2015), de inclusão social, com seus avanços, percalços, assimetrias e desafios, o SUS vem sendo consolidado de forma a consolidar a resolutividade pela universalização do acesso às ações e serviços de saúde para atender às necessidades da coletividade (BAPTISTA, 2007), como um eixo estruturante do Pacto de Gestão orientador da gestão da descentralização das ações e serviços de saúde em nível de regionalização.

Nesse sentido, indicadores de saúde são instrumentos de mensuração de gestão em saúde para a avaliação, planejamento e programação em saúde. Em nível de Ministério da Saúde, os indicadores e dados básicos para a saúde estão classificados, numa matriz de indicadores, em seis subconjuntos temáticos: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura, nos quais cada indicador é caracterizado na matriz pela sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008), ressaltando-se que a busca de medidas do estado de saúde da população por uso de indicadores de saúde é uma atividade central em saúde pública (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008), considerando que essas informações epidemiológicas e sanitárias tendem a espelhar a realidade de cada região, estados e municípios.

Destarte, para descrever o panorama epidemiológico e sanitário da Região Norte foram selecionados alguns indicadores sociodemográficos e de saúde representativos e avaliativos do nível de vida e, por conseguinte, de saúde, no contexto populacional, por entendermos que uma população desprovida de um sistema de educação que atenda as faixas etárias prioritárias e de um sistema econômico sustentável e descentralizado por estado e município impacta na qualidade de vida da população e no seu estado geral de saúde.

Assim, conhecer a variabilidade da frequência do processo saúde-doença em nível coletivo por meio da mensuração de variáveis relacionadas à pessoa, lugar e tempo, é conhecer quem são os cidadãos em seus territórios por idade, sexo, escolaridade, trabalho, renda entre

outras variáveis mensuráveis e descritivas da ocorrência de doenças, mortes, agravos e situações de risco à saúde na comunidade, é desenvolver o pensamento estratégico na lógica indutiva de compreensão da situação-problema a partir das particularidades do bairro, distrito sanitário, comunidade, município, estado e região.

4.1 ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER

A esperança de vida ao nascer é um indicador utilizado como medida do nível de mortalidade de uma população e da qualidade de saúde e de vida de países e regiões (BELON, BARROS, 2011). Estatisticamente, a esperança de vida ao nascer vem aumentando em todos os estados da região norte, em ambos os sexos. Os valores extremos correspondem aos estados do Amapá com 72,13 em 2010 e o estado do Pará com 67,56 também no mesmo ano. As mulheres têm expectativa de vida mais elevada em 5,56 (Tabela 1).

Tabela 1. Esperança de vida ao nascer, por sexo, Região Norte por UF, Brasil, 1991, 2000 e 2010.

Região e UF	1991			2000			2010		
	Masculino	Feminino	Ambos	Masculino	Feminino	Ambos	Masculino	Feminino	Ambos
Região Norte	63,67	70,33	66,92	65,1	71,06	67,85	67,58	74,44	70,79
Rondônia	63,48	70,45	66,88	64,81	71,56	67,79	67,04	73,79	70,11
Acre	62,52	69,17	65,76	63,36	70,1	66,43	68,46	75,4	71,68
Amazonas	63,93	68,65	66,23	64,66	70,27	67,28	67,27	73,81	70,37
Roraima	62,03	68,29	65,08	62,29	68,98	65,26	66,9	72,52	69,49
Pará	64,26	71,03	67,56	63,52	68,79	65,98	64,29	71,26	67,56
Amapá	63,48	71,24	67,27	64,15	72,45	67,96	69,2	75,36	72,13
Tocantins	61,79	70,75	66,16	64,87	70,75	67,56	68,69	74,87	71,56

Fonte: IBGE/DPE/Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

4.2 ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO

Assim como a população mundial e brasileira, o processo de reestruturação demográfica da Região Norte, nesse novo milênio, caracteriza-se pela redução das taxas de fecundidade, diminuição da mortalidade e conseqüente aumento da expectativa de vida (IBGE, 2010).

Na Região Norte, nos últimos vinte e cinco anos, a razão do número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, apresentou um crescimento lento (10,9 em 1991; 12,9 em 1996; 14,7 em 2000, 16,6 em 2005). Em 2010, o índice de envelhecimento por estado da Região Norte foi de 16,1, com valores extremos de 20,8 em Tocantins e 12 no Amapá (Tabela 2) (IBGE, 2010).

Pesquisas revelam que o intenso processo migratório de pessoas de outras regiões e transfronteiriça de outros países de fronteira espelham a realidade da região norte frente às demais regiões brasileiras (Bolívia, Peru, Colômbia, Venezuela, Guiana, Guina Francesa e Suriname) (ARAGÓN, 2009), principalmente, em busca de trabalho e melhores condições de vida, com destaque para educação dos filhos e serviços de saúde públicos e gratuitos para a família.

Tabela 2. Índice de envelhecimento por Unidade da Federação da Região Norte do Brasil no período nos anos de 1991, 2000 e 2010.

Unidade da Federação	Índice de envelhecimento
Rondônia	16,8
Acre	15,0
Amazonas	13,8
Roraima	12,6
Pará	16,8
Amapá	12,0
Tocantins	20,8
Total	16,1

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD (1997-1999), Censos Demográfico (1991, 2000 e 2010), Contagem Populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas (2001-2009).

4.3 TAXA DE ANALFABETISMO

Em todo o mundo, segundo o 11º Relatório de Monitoramento Global de Educação para Todos (UNESCO, 2014) há 774 milhões de pessoas adultas analfabetas, que não sabem ler nem escrever e, 72% delas estão concentradas em dez países. O Brasil está em 8º lugar, o que corresponde a 13,2 milhões de analfabetos no país (IBGE, 2010).

Alicerce de uma população saudável, a educação é o caminho para o conhecimento da saúde, contribuindo com a qualidade de vida e saúde da mulher, por exemplo, com a redução do casamento infantil, da gravidez precoce e da taxa de fertilidade (UNESCO, 2014). Em nível de mundo, os investimentos na educação advindo do PIB são, em média, de 7%. No Brasil, esse percentual cai para 5%, com perspectiva de em 2020 alcançar o percentual internacional de 7%. Todavia, o problema está além da destinação do recurso financeiro assegurado na legislação, mas na devida gestão da aplicação em infraestrutura, recursos humanos e materiais permanentes e de consumo para operacionalização da educação nos diferentes níveis.

No período de 1991, 2000 e 2010, a taxa de analfabetismo da Região Norte foi de 15,53, com redução de 23,97% no ano de 1991 para 11,12% em 2010 (Tabela 3). O Amapá apresentou as menores taxas de analfabetismo 19,05 (1991), 11,57 (2000) e 8,13 em 2010. As maiores taxas de analfabetismo ocorreram nos estados do Acre em 1991 (34,29) e 2010 (16,56) e Tocantins em 2000 (17,29), com pequenas diferenças na distribuição por sexo.

Tabela 3. Taxa de analfabetismo (15a e+) por Unidade da Federação e Ano na Região Norte, Brasil, 1991, 2000, 2010.

Unidade da Federação	1991	2000	2010	Total
Rondônia	19,6	12,33	8,79	12,66
Acre	34,29	23,6	16,56	22,72
Amazonas	23,93	14,96	9,94	14,72
Roraima	20,02	12,16	10,28	12,66
Pará	23,42	15,92	11,62	15,8
Amapá	19,05	11,57	8,13	11,16
Tocantins	30,23	17,82	12,85	18,57
Total	23,97	15,57	11,12	15,53

Fonte: IBGE. Censos demográficos 1991, 2000 e 2010.

4.4 PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB)

A contaminação brasileira pela crise mundial desde 2008 tem, no ano de 2015, o acúmulo deletério do crescimento econômico, com consequências de desemprego, demissões crescentes, ocupações precárias e rotatividade de mão-de-obra em decorrência da queda do Produto Interno Bruto (PIB) (POCHMANN, 2009).

Analisando o crescimento dos valores nominais do PIB da Região Norte, no período 2000 a 2010, observou-se que o maior crescimento foi no estado do Amazonas e o menor em Roraima (Tabela 4).

Tabela 4. Produto Interno Bruto (PIB) per capita por Unidade da Federação Região Norte. Brasil, 2000 e 2010.

Unidade da Federação	PIB per capita
Rondônia	10028,78
Acre	8233,78
Amazonas	12154,18
Roraima	10476,00
Pará	7035,15
Amapá	9265,09
Tocantins	8231,37
Total	8802,9

Fonte: IBGE. Contas Regionais 2005-2010.

Por mensurar a produção de bens e serviços de um determinado território ou espaço, determinado, o PIB da Região Norte revela a importância do Polo Industrial de Manaus para o desenvolvimento municipal de Manaus, do estado do Amazonas, Região Norte e do Brasil, haja vista ser o maior Polo Industrial da América Latina.

4.5 RAZÃO DE RENDA

A disparidade de distribuição de renda entre regiões do Brasil é uma situação perdurante e assimétrica. Do *status* de país não pobre, mas de um país com uma evidente parcela populacional de pobres, o Brasil tem um retrato das imagens da desigualdade na distribuição da renda e das (in)oportunidades de inclusão econômica e social nas regiões menos favorecidas (BARROS, HENRIQUES, MENDONÇA, 2000).

Como forma de buscar a melhoria da situação de saúde e qualidade de vida da população, estudos (MARTINS, CANELLA, BARALDI, MONTEIRO, 2012) mostram que há um consenso de que os programas de transferência condicionada de renda (PTCR), que são políticas governamentais de proteção social que visam à inclusão social de famílias em situação de pobreza extrema, devem estar aliados às políticas de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, com articulação e foco na educação e seguridade social, visando a quebra do ciclo intergeracional da pobreza.

4.6 ÍNDICE DE GINI

Tabela 5. Índice de Gini da renda domiciliar per capita, por ano, segundo Região e Unidade da Federação

Região e UF	1991	2000	2010
Região Norte	0,6257	0,6545	0,6319
Rondônia	0,6155	0,611	0,5686
Acre	0,6259	0,6477	0,6394
Amazonas	0,6282	0,6823	0,6664
Roraima	0,6216	0,6202	0,6398
Pará	0,6206	0,6512	0,626
Amapá	0,585	0,6318	0,6157
Tocantins	0,6331	0,655	0,6099
Região Nordeste	0,6593	0,6682	0,6277
Maranhão	0,6078	0,657	0,6291

Fonte: IBGE/Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010.

Verificou-se que o coeficiente de Gini (índice que mede a distribuição da renda), na Região Norte, foi de 0,6257 em 1991, 0,6545 em 2000 e 0,6319 em 2010, ressaltando-se que

quanto mais próximo de 1, maior a desigualdade. Dos estados da Região Norte, o Amapá foi o que apresentou o menor índice em 1991 (0,5850), Rondônia em 2000 (0,6110) e 2010 (0,6186). Já os maiores índices, foram apresentados pelos estados de Tocantins em 1991 (0,6331) e 2000 (0,6550) e Amazonas em 2010 (0,6664) (Tabela 5).

4.7 PANORAMA SANITÁRIO

A percepção dos serviços inadequados de potabilidade de água, a recolha de lixo e de esgotamento como problema de saúde pública teve início nos meados do século XIX com a contribuição das pesquisas (de cunho epidemiológico) de John Snow que provaram de que a doença (por exemplo, a cólera) poderia ser transmitida através de água contaminada pelo esgoto quando não for estabelecido devido controle (FREITAS *et al*, 2005).

No Brasil, quando o controle da qualidade da água de consumo humano constituiu-se problema de saúde pública teve como resposta, afirmativa, a promulgação da portaria ministerial nº. 52 Bsb 77 de 1970 do Ministério de Saúde que normatiza a potabilidade no Brasil.

As Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), estabelecidas pelas Nações Unidas, no ano 2000, vêm impulsionando o aumento das taxas de cobertura de água potável e esgotamento sanitário (WHO/UNICEF, 2006), todavia, na Região Norte, populações vulneráveis, residentes nas áreas urbanas e rurais, ainda estão desabastecidas de água em padrão de potabilidade (Tabela 6), sistema de esgoto sanitário adequado (Tabela 7) e coleta de lixo (Tabela 8).

O baixo índice de cobertura na oferta de serviços de água potável, de esgotamento e coleta de lixo pode se traduzir em um indicador epidemiológico importante que represente os efeitos não favoráveis à saúde humana. O cenário da região Norte sugere necessidade de oferta dos três serviços. A real situação, em decorrência da falta da atenção nas três áreas de serviços de necessidades básicas da saúde, só pode ser compreendida com os instrumentos da vigilância da saúde da região a fim de orientar programas e planos de alocação de recursos para o setor em questão. A esperança de vida de indivíduo ao nascer até a morte é compreendida na diferença entre os anos vividos e os primeiros dias a nascer. Este percurso pode ser determinado por vários fatores, entre os quais a oferta de serviço sanitário e ambiental.

Neste contexto, é importante sublinhar que as condições de oferta de serviços de distribuição de água, esgoto sanitário e coleta de lixo podem determinar as condições de saúde

da população, particularmente, das populações infantil e idosa, que são sensíveis às diversas patologias resultantes de más condições sanitárias. Tais doenças podem se estabelecer, segundo Cairncross (1997), de quatro formas diferentes:

- a) Transmissão feco-oral por meio hídrico como o caso das diarreias e disenterias, febres entéricas, poliomielite, hepatite A, leptospirose, entre outras;
- b) Transmissão associada à higiene desencadeando infecções nos olhos e na pele;
- c) Associada à água, isto é, quando o patógeno desenvolve parte do seu ciclo vital em animais aquáticos, por exemplo, esquistossomose; e
- d) Quando a transmissão tem um vetor que se procria na água, neste caso destacam-se a malária, a filariose e as arboviroses (dengue e febre amarela).

Os dados estatísticos, segundo o IBGE (compilados nos anos 1991, 2000 e 2010), revelam que o perfil de cobertura de serviços de água potável favorece quase (menos) a metade da população. Os serviços de esgoto sanitário atendem menos da metade da população e serviços de recolha de lixo abrange um pouco mais da metade da população (Tabelas 6, 7 e 8). As estatísticas apresentadas correspondem aos valores percentuais de moradores em domicílios particulares permanentes atendidos por rede de água e esgoto em relação à população total (IBGE, 2010).

Tabela 6. Proporção da população servida por rede de abastecimento de água por Unidade da Federação Região: Região Norte. 1991, 2000 e 2010

Unidade da Federação	Prop. pop. serv. p/rede_geral_(%)
Rondônia	33,1
Acre	41,04
Amazonas	60,7
Roraima	77,04
Pará	43,33
Amapá	55,8
Tocantins	62,17
Total	48,9

Fonte: IBGE/Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010.

Sobre a rede de abastecimento de água, os valores extremos correspondem aos estados de Roraima com 77,04 % maior índice de abastecimento e o estado de Rondônia 33,10% o

menor índice de abastecimento de água. Observados os dados no contexto da região Norte, a proporção beira os 50% (48,90), isto é, quase a metade da população na região Norte é abastecida através dos serviços estaduais (Tabela 6).

Pesquisa analisando os impactos provocados pelo esgotamento sanitário inadequado na saúde e no SUS revelou que há forte associação entre os indicadores de pobreza, esgotamento sanitário inadequado e índice de internações por doenças diarreicas, principalmente nas regiões mais pobres e periferias das grandes cidades. Dos 81 municípios pesquisados, quatro pertencem à Região Norte: Porto Velho (RO), Belém (PA), Macapá (AP) e Manaus (AM). Belém apresentou os menores índices de coleta de esgoto, as piores taxas de internação por diarreia (418,3 internações por 100 mil habitantes) e os maiores custos (INSTITUTO TRATA BRASIL, 2010).

Sobre as instalações sanitárias nos últimos 25 anos, na Região Norte, todos os estados tiveram cobertura de oferta de serviços de esgotamento sanitário abaixo de 50%. O estado de Tocantins é o estado com menor índice de cobertura (Tabela 7), o que expressa a precariedade desse serviço.

Tabela 7. Proporção da população servida por esgotamento sanitário por Unidade da Federação Região: Região Norte. 1991, 2000 e 2010.

Unidade da Federação	Prop. População serv.p/esgoto (%)
Rondônia	22,91
Acre	29,14
Amazonas	37,52
Roraima	45,51
Pará	30,56
Amapá	20,86
Tocantins	17,83
Total	30,07

Fonte: IBGE/Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010.

Os resíduos sólidos urbanos (lixo) na Região Norte (Tabela 8) são graves problemas de saúde pública por se concentrarem em grandes quantidades tanto nas sedes dos municípios quanto das áreas rurais, com maior gravidade nas comunidades rurais, onde a coleta e a

destinação adequada são escassas. Já nas capitais, os aterros sanitários não dão conta. Não cabe nem entrarmos no mérito da discussão da coleta seletiva de lixo.

A geração de lixo e a preocupação com o gerenciamento adequado desse tipo de resíduo são proporcionalmente crescentes. O baixo percentual de população servida por coleta de lixo na Região Norte, a disposição inadequada de lixo a céu aberto, habitualmente, pela população e a falta de tratamento adequado, revela, tanto a deficiência na coleta pública quanto de condições de vida da população, resultando em riscos à saúde pública (SIQUEIRA, MORAES, 2009).

Para Rego, Bareto e Klinger (2002), o lixo é:

Um problema quando: encontra-se acumulado no ambiente e é capaz de provocar incômodos como mau cheiro ou poluição visual; serve como foco da presença de animais; provoca doenças em crianças e adultos ou quando o poder para a solução do problema desloca-se da esfera individual para ser uma questão coletiva e/ou institucional.

No que diz respeito à coleta de lixo, para mais da metade da população dos estados da Região Norte são oferecidos os serviços da coleta de lixo, com destaque para o Estado do Amapá, com 76,69% de população beneficiada pelo serviço e, em sentido oposto, o estado do Pará apresenta o pior percentual (52,55%) (Tabela 8). Porém, faz-se necessário enfatizar que os percentuais ainda estão aquém do mínimo de cobertura exigido.

Tabela 8. Proporção da população servida por coleta de lixo por Unidade da Federação Região: Região Norte. 1991, 2000 e 2010.

Unidade da Federação	Prop. pop.serv.p/coleta_de_lixo (%)
Rondônia	56,67
Acre	55,95
Amazonas	61,85
Roraima	67,96
Pará	52,55
Amapá	76,69
Tocantins	54,57
Total	56,6

Fonte: IBGE/Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010.

4.8 INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE

Para apresentar e analisar os indicadores de morbimortalidade da Região Norte, faz-se necessário enfatizar que a garantia da atenção integral à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) envolve os termos *acesso* e *acessibilidade*, haja vista que um dos fatores que corroboram para a sua discussão é a visível inacessibilidade de milhares de pessoas aos serviços de saúde, o que fere o direito fundamental e essencial, o direito à saúde.

Distintos e complementares entre si, os termos acesso e acessibilidade, ao mesmo tempo em que significam, respectivamente, acesso aos serviços de saúde ofertados e adentrar aos serviços ou recursos ofertados (CONIL et al, 2008).

A acessibilidade aos serviços de saúde tem sido um problema para as comunidades rurais da Região Norte. Desprovidos de estabelecimentos assistenciais de saúde, recebem visitas programadas de equipes multidisciplinares de saúde, que duram cerca de três dias, ficando as comunidades sem assistência à saúde nos demais dias da semana. A política de saúde brasileira estabelece que a Rede de Atenção à Saúde ofereça serviços que visem à integralidade da assistência no SUS. Todavia, a efetivação da oferta desses serviços, na comunidade em estudo, deve passar pela organização da rede nas diferentes esferas de governo, com consequente disponibilização de serviços desde a atenção básica até a alta complexidade da assistência, com garantia de governabilidade pela união, estados e municípios.

4.9 INDICADORES DE MORTALIDADE

Parte-se da premissa de que a doença não se distribui homoganeamente em nenhum lugar do mundo e no caso do Brasil, pela sua dimensão territorial e diversidade regional, advém, também, das condições de vida marcada pela desigualdade de acessibilidade a bens e serviços (CORDEIRO et al, 1999) que evidenciam o es estados de adoecer e morrer.

Os indicadores de mortalidade, por expressarem o término do ciclo vital, a falha da rede de atenção à saúde e qualidade da saúde pública, são imprescindíveis para diagnosticar com fidedignidade a magnitude de problemas que acometem as populações por permitirem a mensuração dos registros contidos nos sistemas de informações em saúde. Nesse estudo, não entraremos no mérito da discussão da subnotificação, apesar de ser um tema para longos debates.

Os níveis de mortalidade vêm reduzindo, nas três últimas décadas, na Região Norte. O número de óbitos por residência, referente ao período 1996-2013, apresentou os seguintes resultados: Região Norte (990.120), Rondônia (110.985), Acre (48.699), Amazonas (205.348), Roraima (25.285), Pará (469.869), Amapá (35.614) e Tocantins (94.320), mesmo expressivos, os números são menores que os apresentados pelos estados das demais regiões. No geral, dados do Sistema de Informações de Mortalidade mostram que dos 18.565.872 óbitos por residência por grandes regiões do Brasil, ocorridos no período de 1996-2013, 990.120 casos ocorreram na Região Norte (DATASUS/SIM, 2015).

Mesmo em meio às péssimas condições de vida de grande parte da população da Região Norte, os indicadores de morbimortalidade tendem a apresentar declínio, o que pode ter relação direta com ações de saúde na retenção primária por meio de cobertura plena dos programas de imunização, do aumento do número de atendimentos pré-natais, bem como do acompanhamento clínico do recém-nascido, de continuidade do incentivo ao aleitamento materno (UNFRA, 2006).

5. DESAFIOS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EFETIVAS PARA REGIÃO NORTE

Para contemplar os desafios para a efetividade das políticas de saúde pública em nível regional, o primeiro passo é inserir na pauta de discussão os assuntos relacionados a gestão da saúde e a governança regional, haja vista que estes assuntos envolvem pessoas com baixa formação profissional, que são ocupantes de cargos públicos por indicação, o que tem mostrado a limitação gerencial por partes de muitos gestores em saúde para a devida compreensão, em profundidade e complexidade, dos diferentes e diversos temas que envolvem a saúde pública, situação que se agrava pelas suas baixas autonomias e poder político para tomada decisão de secretários de saúde, por interferência constante do poder executivo municipal nas políticas públicas de saúde planejadas (SANTOS, GIOVANELLA, 2014).

Outro desafio é a ruptura com a privatização e a terceirização nos serviços públicos de saúde, sob a égide infundada da complementariedade da assistência, a exemplo dos serviços de saúde destinados aos povos indígenas e, nas capitais estaduais, da contratação de serviços prestados por meio de contratos firmados pelas Secretarias de Estado da Saúde com cooperativas e empresas de trabalhos especializados (medicina, enfermagem), o que mostra o

sucateamento do SUS e o crescimento da privatização da saúde, sem falarmos no alto custo que esses serviços custam aos cofres públicos.

Desafiadoras em potencial são as doenças negligenciadas, heranças do século XIX, que eclodem a cada segundo de norte a sul e de leste a oeste, afligindo milhões de brasileiros que (sobre)vivem em situação de pobreza e péssimas condições de vida e, por conseguinte, de saúde. No caso da região Norte, essa problemática existencial reflete as condições socioeconômicas e educacionais, também, negligenciadas, que testificam e rotulam a (des)ordem gerencial e o caos instalado no campo da saúde pública, onde malária, dengue, hanseníase, tuberculose, leishmaniose fazem parte do “viver” do homem do norte.

Temas como uso e abuso de álcool e drogas, complexo econômico-industrial farmacêutico, pandemias virais, prevalência de doenças negligenciadas, escassez de recursos humanos nos serviços públicos de saúde, falta de resolutividade das ações de promoção da saúde, baixas coberturas na Estratégia Saúde da Família, baixa oferta de leitos hospitalares por especialidade médica na alta complexidade, inadequação do financiamento da saúde (municipal, estadual), saúde indígena, são desafios para uma ampla discussão sobre os novos caminhos para uma saúde pública efetiva. Desse modo, são assuntos que hoje fazem parte da realidade das populações urbanas e rurais da Região Norte e que requerem ações a curto, médio e longo prazos para um contínuo pensar-repensar da saúde pública frente à dinamicidade do cotidiano.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condições de saúde de determinada população podem ser estimadas por meio de indicadores sociais, demográficos, econômicos e de saúde. Nesse entendimento, a Região Norte, no último decênio (2005-2015), vem apresentando declínio da população de jovens e ascensão do número de idosos em todos os estados, com visível reflexo na redução dos níveis de fecundidade e no aumento da esperança de vida ao nascer.

Considerando que este estudo sobre a saúde pública da Região Norte é uma reflexão crítica com eixos temáticos definidos, o mesmo apresenta limitações por não explorar outros assuntos de pertinência para o debate saúde pública e regionalização. Outras abordagens, tais como: financiamento da saúde, lógica público-privado no SUS, industrialização da saúde, formação, gestão de pessoas, saúde do trabalhador da saúde (GOMEZ, 2014), segurança

alimentar e nutricional (ROCHA, BURLANDY, MAGALHÃES, 2013), pandemias (MAGALHÃES, MACHADO, 2014) entre outros, devem ser explorados em outros encontros dessa magnitude. Porém, concluímos esta apresentação de um pouco do panorama da saúde pública na Região Norte.

Como diagnóstico final, o *déficit* do direito fundamental SAÚDE, pela lei da escassez, (CIARLINI, 2014) demonstra a inobservância substancial da Constituição, que tem suas diretrizes normativas negadas quando da formulação e operacionalização das políticas públicas de saúde. Essa admoestação textual visa contribuir com reflexões que extrapolem os muros acadêmicos, conduzindo seres pensantes, principalmente, da saúde e da educação, a serem agentes multiplicadores do que é mais que um direito social, mas um exercício pleno de cidadania na busca de garantia de qualidade de vida.

Davies (2012) afirma que os direitos fundamentais têm duas dimensões, uma subjetiva e outra objetiva. A dimensão subjetiva é inerente ao espaço existencial cidadão e a dimensão objetiva corresponde à garantia dos direitos fundamentais pelo Estado. Ambas as dimensões são contrárias quanto ao cumprimento dos papéis dos direitos fundamentais, mas inter-relacionadas e interdependentes quando relacionadas ao Estado Democrático de Direito pelo cidadão, de exercer o direito à saúde, educação, moradia, trabalho, entre outros direitos propiciadores de bem-estar social.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANAKA D; ANDRETTA AC; MITSUIKI L. **Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras**. São Paulo: Ministério da Saúde, 1999.

ARAGÓN LUIS (Org). **Migração internacional na Pan-Amazônia**. Belém: NAEA/UFPA, 2009. Disponível em:

<http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/ciencias%20naturales/mab/Migracao-Inter.pdf>

BAPTISTA TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA GC; PONTES ALM. (orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Ed.:Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007. p. 29-60.

BARROS RP, HENRIQUES R, MENDONÇA R. **Desigualdade e pobreza no Brasil**: retrato de uma estabilidade inaceitável. RBCS, 2000; 15(42):124-142.

BELON AP, BARROS MBA. **Esperança de vida ao nascer**: impacto das variações na mortalidade por idade e causas de morte no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro;27(5):877-887.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase em mortalidade materna – Relatório final**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno-infantil. **Manual dos comitês de morte materna**. Brasília, 1994.

CAIRNCROSS, S. Modelos conceituais para a relação entre saúde e o saneamento básico. In: **Saneamento e saúde em países em desenvolvimento**. Rio de Janeiro: CC & P Editores; 1997.

COHEN-CARNEIRO F, SOUZA-SANTOS R, PONTES DG, SALINO AV, REBELO MAB. **Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas**, Brasil: estudo de caso em

população ribeirinha do Município de Coari. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009;25(8):1827-1838.

CORDEIRO R, EDUARDO RO P, CHRYSTIANO FC, DANIELA BC, ERIC K, JACQUES JGS, MARIA TMS, RICARDO AF, RODRIGO FG, TARSO A. Desigualdade de indicadores de mortalidade no Sudeste do Brasil **Rev. Saúde Pública**, 33 (6):593-601, 1999.

DAVIES ACI. **Saúde pública e seus limites constitucionais**. São Paulo: Verbatim, 2012.

FEUERWERKER LM. **Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System**. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2005; 9(18):489-506.

FREITAS, M. B.; FREITAS, C. M. A vigilância da qualidade da água para consumo humano: desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 4, p. 993-1004, Dec. 2005 .

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Indicadores sociodemográficos: Prospectivos para o Brasil 1991-2030**. São Paulo: Arbeit, 2006.

GOMEZ CM. Implementação e desafios da Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(12):4614-4615.

GONÇALVES CWP. Amazônia, Amazônias. 2. ed. São Paulo: Contexto. 2005.

Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 1991 e 2000**, Contagem Populacional 1996 e Estimativas Demográficas 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2001-2010.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4. ed. Brasília: Ipea, 2011. 39 p.

Instituto Trata Brasil. **Relatório final:** Esgotamento sanitário inadequado e impactos na saúde da população: um diagnóstico da situação nos 81 municípios brasileiros com mais de 300 mil habitantes. Sao Paulo: 2010.

ISHITANI LH, FRANCO GC, PERPÉTUO IHO, FRANÇA E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev Saúde Pública** 2006;40(4):684-91.

LEONETI AB, PRADO EL, OLIVEIRA SVWB. **Saneamento básico no Brasil:** considerações sobre investimentos e sustentabilidade para o século XXI. 2011; 45(2):331-48.

LOUREIRO JJP. **Cultura amazônica:** Uma poética do imaginário. São Paulo, Escrituras.

XAVIER J, DUTRA A. Ribeirinhos do Tapajós ainda esperam pelo SUS. **Radis-Comunicação em Saúde.** 2005; 36:9-15.

MAGALHÃES SSA, MACHADO CJ. Conceitos epidemiológicos e as pandemias recentes: novos desafios. **Cad. Saúde Colet.** 2014; 22(1):109-10.

MARTINS APB, CANELLA DS, BARALDI LG, MONTEIRO CA. Transferência de renda no Brasil e desfechos nutricionais: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública** 2013;47(6):1159-71.

NORONHA K, ANDRADE M. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste.** 2001;32(n. especial):877-97.

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO. **RELATÓRIO DE MONITORAMENTO GLOBAL DE EPT 2013/4.** Relatório conciso. Paris: Unesco, 2014.

POCHMANN M. O trabalho na crise econômica no Brasil: primeiros sinais. **Estudos Avançados,** 2009; 23(66):41-52.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013.

Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

Rede Interagencial de Informações para Saúde. **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências).

ROCHA C, BURLANDY L, MAGALHÃES R. **Segurança Alimentar Nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

SANTOS AM, GIOVANELLA L. **Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde**. Rev Saúde Pública 2014;48(4):622-631.

SIQUEIRA MM, MORAES MS. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2009 Dec [citado em 17 ago 2015] ; 14(6): 2115-2122.

TRAVASSOS C; VIACAVA F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

VIDAL MB. **Assimetrias nos serviços de saúde pública na região Norte**. 2008. 147f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2008.

WHO; UNICEF. **Meeting the MDG Drinking Water and Sanitation Target:** the urban and sanitation challenge of the decade. Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation (JMP). Switzerland, 2006.

PARTE II

REGIÃO NORDESTE

POLÍTICAS DE SAÚDE: A QUESTÃO DA CONSANGUINIDADE E ACESSO AOS SERVIÇOS DE GENÉTICA MÉDICA NO NORDESTE BRASILEIRO

Silvana Santos

Docente no Departamento de Biologia da Universidade Estadual da Paraíba e Colaboradora do Centro de Estudos do Genoma Humano da Universidade de São Paulo (CEGH/USP). Foi coordenadora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública de 2012 a 2014; e atua como Coordenadora do Ensino Superior, junto à Pró-Reitoria de Graduação da UEPB.
Email: silvanaipe@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Escolhemos o recorte das políticas relacionadas à Genética Médica no Sistema Único de Saúde para tratar da questão das desigualdades em relação às políticas de saúde na região Nordeste do Brasil. Os casamentos consanguíneos ocorrem mais frequentemente em populações pobres que vivem em regiões rurais, com baixa densidade demográfica e relativo isolamento geográfico. Entretanto, no semiárido nordestino, essas uniões entre pessoas aparentadas fazem parte da cultura regional, oriunda dos primeiros colonizadores portugueses que buscaram refúgio nas terras secas do sertão. A nossa intenção, neste artigo, é mostrar como a consanguinidade altera o padrão de distribuição de doenças que causam diferentes formas de deficiência física e intelectual, o que implica na necessária regionalização de algumas políticas de saúde, como a oferta de serviços de Genética Médica.

Tapioca, cuscuz, charque, carne de sol, forró, festa junina, cordel. Para além dessas práticas alimentares e culturais, no Nordeste brasileiro, ainda encontramos bastante viva a tradição de casamentos entre pessoas aparentadas. Em média, 15% das uniões nesta região são consanguíneas, enquanto no restante do Brasil essa frequência não alcança mais do que dois por cento (FREIRE-MAIA, 1989; SALZANO; BORTOLINI, 1990). Um estudo recente envolvendo 39 municípios do semiárido nordestino mostrou que a frequência de casamentos consanguíneos variou de 6% a 41%, com média de 20% para as populações que vivem no interior (WELLER et. al., 2012). Ou seja, em algumas populações do sertão nordestino praticamente metade dos casamentos ocorre entre pessoas aparentadas. Esses valores são similares aos encontrados em populações mulçumanas do Oriente Médio.

Os casais aparentados, primos com qualquer grau de parentesco, compartilham informação genética provinda de ancestrais comuns, como avós, bisavós. Quanto mais aparentado entre si é o casal, maior a chance de ele ter um filho com alguma doença genética. Se um casal, por exemplo, não tem qualquer grau de parentesco, então o risco de nascimento de um filho com uma doença genética é de cerca de 4%; mas se o casal for consanguíneo, então o risco aumenta para 13%. Caso haja indivíduos afetados por doenças genéticas na família, então esse risco se eleva bastante.

Os casais aparentados têm um ancestral em comum e desta forma compartilham parte da informação genética. Sabemos que os seres vivos são formados por DNA, uma substância química que contém as informações para as características. Em cada uma de nossas células, exceto nos gametas, existem 23 pares de moléculas de DNA que se condensam, quando as

células estão se multiplicando, formando os cromossomos. Todos nós recebemos 23 cromossomos paternos e 23 maternos, que se combinam durante a fecundação. Qualquer alteração no número ou na estrutura desses cromossomos pode levar a síndromes ou deficiências. Um exemplo disso é a síndrome de Down em que, na maior parte dos casos, os afetados possuem um cromossomo a mais, o que causa múltiplos problemas, entre eles a deficiência intelectual. Já os genes são trechos de DNA com informação para sintetizar outras moléculas. Ao todo, temos cerca de 20 mil genes com informação para formação de mais de um milhão de proteínas no nosso genoma. Quando ocorre uma mutação em um desses vinte mil genes, isto pode afetar a produção ou funcionamento dessas proteínas, podendo ocasionar a manifestação de uma doença genética (SANTOS; KOK, no prelo).

Ao todo, são conhecidas mais de 12 mil doenças genéticas diferentes, mas somente cerca de três mil genes já foram associados às doenças. Há muitas doenças para as quais não foram ainda identificadas as mutações e genes a elas associadas. Grande parte do conhecimento dessas doenças se originaram do estudo de famílias consanguíneas com múltiplos afetados. Hoje em dia, a investigação clínica e genética foi muito facilitada pelo avanço tecnológico. As novas técnicas de sequenciamento de DNA de nova geração permitem, em algumas poucas horas, revelar todo o conjunto das informações genéticas (genes) de um indivíduo e abrem a perspectiva para inclusão do diagnóstico molecular nos serviços de saúde. O diagnóstico é fundamental para definição do prognóstico e orientação das famílias com risco de manifestação de doenças genéticas. Neste caso, o diagnóstico molecular pode também reduzir muito o gasto com exames laboratoriais e de imagem.

As doenças genéticas podem causar diferentes formas de deficiência física e intelectual. Os estados do Rio Grande do Norte e a Paraíba possuem praticamente 18% de sua população acometida por alguma deficiência e lideram, há vinte anos, o “ranking da deficiência” no Brasil. Não existem evidências, até o presente momento, de que a pobreza seja a causa determinante desse fenômeno; tendo em vista que existem outros fatores de natureza ambiental, genética ou demográfica, contribuindo para essa situação. Em pesquisas desenvolvidas recentemente pelo nosso grupo de pesquisa (SANTOS et.al, 2013 e 2014), investigamos a etiologia da deficiência física em municípios do sertão da Paraíba e verificamos que metade dos casos tinha causa genética ou multifatorial.

Há cerca de dez anos, nosso grupo iniciou o programa de pesquisas “Genética no Sertão” que objetiva a descrição clínico-genética de afecções que acometem as populações nordestinas, bem como desenvolvimento de pesquisas de natureza epidemiológica e educativa no sentido de

divulgar conhecimentos necessários para tomada de decisões reprodutivas. Essas ações têm forte apelo de inserção social tendo em vista que nelas são envolvidos os profissionais da área de saúde dos municípios participantes das pesquisas. Várias estratégias têm sido empregadas para divulgação de informação sobre doenças genéticas e riscos de recorrência para as famílias junto às comunidades participantes. As ações e os resultados das pesquisas têm sido socializadas por meio de seminários de formação continuada direcionados aos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, especialmente para os agentes comunitários de saúde. Um blog foi criado para divulgar as ações do projeto na Paraíba (www.geneticanosertão.blogspot.com).

Essas iniciativas se mostraram necessárias porque não identificamos apenas algumas poucas famílias com risco de ter uma doença rara, mas sim comunidades em que quase todos os habitantes tinham algum risco. Por exemplo, na pequena cidade de Serrinha dos Pintos, com menos de quatro mil habitantes, no alto oeste potiguar, um terço dos casamentos ocorrem entre pessoas aparentadas e praticamente todos os habitantes são aparentados entre si, constituindo uma grande família de praticamente quatro mil indivíduos. Neste município, foram identificados 18 pacientes afetados por uma doença neurodegenerativa de herança autossômica recessiva, recentemente descrita na literatura, conhecida por Síndrome Spooan (Spastic Paraplegia, Optic Atrophy and Neuropathy) (MACEDO-SOUZA et. al., 2005 e 2008). Ou seja, em Serrinha dos Pintos, a prevalência dessa síndrome genética é de 1: 250 habitantes.

Quando ampliamos a busca por pessoas afetadas por essa síndrome, nunca antes descrita na literatura médica, em municípios do entorno de Serrinha, encontramos mais de 80 afetados em dez municípios diferentes, nos estados do Rio Grande do Norte, Ceará e da Paraíba. Todos eles compartilham uma mesma mutação genética vinda de um ancestral comum a todos eles. Estima-se que 1/8 habitantes de Serrinha dos Pintos, 1/15 de São Miguel e 1/32 na região do Alto Oeste do estado do Rio Grande do Norte (~240.000 habitantes) sejam portadores da mutação para a Spooan em estado heterozigoto (SANTOS et.al., 2010), e isto significa que essas pessoas podem ter filhos com essa grave deficiência genética. A síndrome Spooan é a principal causa genética de deficiência física nesses municípios, portanto, ela é uma doença prevalente na região.

Esses achados ilustram como a abordagem prospectiva de doenças genéticas envolvendo populações de municípios que mantêm práticas de uniões consanguíneas pode favorecer os estudos clínico-genéticos e desvelar realidades desconhecidas pela comunidade acadêmica e, por conseguinte, pela comunidade médica e pelos gestores públicos. Até que a

síndrome Spoan fosse descrita pela primeira vez em 2005, todos os pacientes haviam sido diagnosticados de maneira equivocada, o que implicou em orientações distorcidas sobre prognóstico da doença e eventuais tratamentos; e nenhum deles teve acesso ao aconselhamento genético. Na medida em que as doenças genéticas que acometem as populações nordestinas são conhecidas e sistematicamente descritas, isto possibilita a definição de diagnóstico precocemente das mesmas com redução de custos com exames mais complexos, como ressonância e outros afins. A produção de conhecimento sobre essas deficiências, causadas por doenças genéticas, também possibilita a melhor formação inicial ou continuada dos profissionais que lidam com esses pacientes, quer seja na área da saúde ou da educação. E isto implica em melhor orientação sobre tratamentos e reabilitação.

Diferentemente do atendimento do paciente no consultório de um serviço de aconselhamento genético, no caso dos estudos prospectivos, as famílias apresentam vários afetados e, às vezes, como é o caso de Serrinha dos Pintos, todos os habitantes do município são aparentados entre si. Por isto mesmo, nos estudos prospectivos de doenças genéticas é necessário que sejam envidados esforços no sentido de se produzir materiais instrucionais para as comunidades familiares e se estabeleçam programas de pesquisa específicos para estudar o impacto dessas informações sobre as compreensões cotidianas sobre a hereditariedade de determinadas deficiências. Apesar de existir uma evidente relação, nestes municípios, entre a manifestação de doenças genéticas e a consanguinidade; a maior parte da população entrevistada por Santos (2005, 2006), por exemplo, não acreditava que a consanguinidade poderia aumentar o risco de manifestação de doenças genéticas. Para esclarecer as populações envolvidas na pesquisa sobre isso, foi elaborada, por exemplo, uma programação de rádio intitulada “Genética no Sertão Potiguar” (disponível no site www.genoma.ib.usp.br), a qual foi distribuída para todas as famílias com afetados pela síndrome Spoan e veiculada nas rádios da região do Alto Oeste do estado do Rio Grande do Norte (Santos e col, 2009).

Nos estudos prospectivos, os pesquisadores realizam ações em parceria com os profissionais que atuam nas secretarias de saúde municipais. As visitas às famílias ocorrem em parceria com os agentes comunitários de saúde e outros profissionais da Estratégia de Saúde da Família (PSF). São realizadas avaliações clínicas utilizando a estratégia de ambulatório itinerante, envolvendo especialistas de grandes centros de referência em saúde. Essas ações permitem a interação e formação indireta desses profissionais, porque toda ação deve ser explicada e organizada para que tenha sucesso.

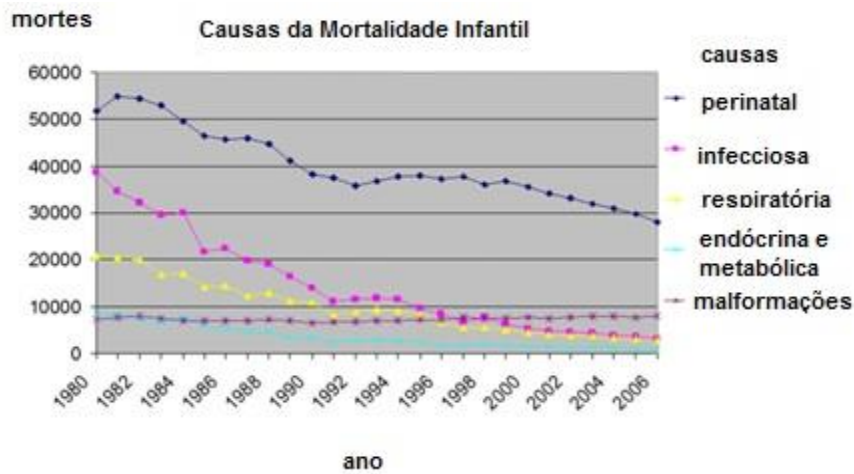
Com a descrição das doenças genéticas que afetam as populações dos municípios, os gestores municipais e dos estados solicitam, muitas vezes, propostas de intervenção ou orientação em relação às possibilidades de tratamento e reabilitação dos pacientes. Por isto, a prospecção não pode ser realizada sem que estejam previstas ações mitigatórias que dependem de equipes multidisciplinares estabelecidas na região. É necessário criar centros de referência em genética comunitária e Genética Médica na região para dar conta das demandas existentes. Isto implica no debate e conhecimento sobre as políticas de saúde, especificamente sobre a questão da Genética Médica no Sistema Único de Saúde.

Sem dúvida alguma, a pesquisa científica viabiliza a descrição clínico-genética de doenças genéticas. Este diagnóstico preciso permite o conhecimento a respeito do prognóstico da doença e das possibilidades de tratamentos e reabilitação, reduzindo custos com exames complexos dispendiosos para o Estado. Além do *cluster* com mais de 80 afetados pela síndrome Spoan, nosso grupo de pesquisa descreveu outro *cluster* com mais de 31 afetados com doença de Machado-Joseph (SCA3); outro agrupamento com mais de 10 afetados de uma mesma família com uma forma de distrofia muscular do tipo Cinturas; na região de Queimadas e Gado Bravo (PB), foi encontrada uma família com mais de 25 afetados por surdez causada por mutação 35delG da conexina; e outra com mais de 30 afetados pela síndrome de Usher que associa perda auditiva e visual graves. Recentemente, foram descobertas duas famílias com mais de vinte pessoas com deficiência intelectual grave causada também por alterações genéticas. Esses achados mostram a importância da estruturação de serviços de genética comunitária na região Nordeste.

2. DESIGUALDADE EM SAÚDE

O processo de transição epidemiológica tem promovido mudança nos padrões de morbimortalidade com redução do papel das doenças transmissíveis em relação às doenças crônicas. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que de 3% a 10% da população mundial tenham alguma doença genética. Além disso, cerca de 5% dos nascidos vivos apresentam alguma anomalia causada por fatores genéticos, os quais, por sua vez, também têm importante papel na determinação de enfermidades crônicas degenerativas, cuja prevalência tende a aumentar com o envelhecimento da população (HOROVITZ et. al., 2005 e 2006), como mostra a Figura 1.

Figura 1: Dados sobre as causas da mortalidade infantil de 1980 até 2006.



Fonte: Datasus, Ministério da Saúde.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica no SUS foi regulamentada por meio da portaria nº 81 de 20 de janeiro de 2009. Dentre as justificativas, foi considerada a necessidade de se estruturar uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços para acesso à atenção integral em Genética Clínica para atingir os seguintes objetivos: I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar; II - possibilitar a identificação dos determinantes e condicionantes dos principais problemas de saúde relacionados a anomalias congênitas e doenças geneticamente determinadas, de forma a fornecer subsídios para a elaboração de ações e políticas públicas no setor, sem prejuízo da participação social; III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas em genética clínica; IV - incentivar a realização de pesquisas e projetos estratégicos destinados ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade e incorporação de tecnologias na área de genética clínica; e V - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Genética Clínica, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização (PNH).

A estruturação dos serviços de Genética Médica tem ocorrido de forma desigual nas diferentes regiões do país. A desigualdade em saúde envolve tanto a distribuição desigual aos fatores de exposição, dos riscos de adoecer ou morrer quanto ao acesso a bens e serviços de

saúde. Como sabemos, o Brasil tem 1,3 médico por 1.000 habitantes, que está de acordo com o valor preconizado pela OMS. Entretanto, a distribuição desses profissionais não é homogênea nos estados brasileiros, sendo que a maior parte dos médicos está lotada em regiões urbanizadas e com menores taxas de pobreza do Sul e do Sudeste. Os serviços de Genética Clínica também estão distribuídos assimetricamente, concentrando-se nas regiões mais urbanizadas e são ofertados por pesquisadores em centros de referência universitários (BEIGUELMAN, 2000; MARQUES-DE-FARIA et.al., 2004; NOVOA et. al., 2011). No Estado da Paraíba, como nos demais estados no Nordeste, exceto as capitais Recife e Fortaleza, em 2015, havia no máximo dois geneticistas em cada estado para atender toda a população.

Como mostrado anteriormente, as elevadas taxas de casamentos consanguíneos existentes no Nordeste elevam o risco de nascimento de crianças afetadas por doenças genéticas. Devido à consanguinidade, no semiárido brasileiro é encontrada maior prevalência de determinadas doenças genéticas em relação às outras regiões do Brasil e do mundo. Entretanto, como mostrado na Figura 2, nessa região, os poucos serviços de Genética são providos por centros de pesquisa em universidades públicas existentes nas capitais dos estados. Como é possível observar no mapa, há um verdadeiro vácuo na oferta desses serviços na região Nordeste, especialmente no sertão ou no interior dos estados, onde são encontradas com maior frequência tanto os casamentos consanguíneos como pessoas com deficiências causadas por diferentes doenças genéticas.

Figura 2: Comparação entre o tamanho da população brasileira em 2010 (habitantes/km²) e a oferta de serviços de Genética Médica oferecidos no Brasil segundo a Sociedade Brasileira de Genética Médica.



Fonte: HOROVITZ et.al., 2013.

Em 2010, a Organização Mundial de Saúde publicou o documento “Community genetics services: Report of a WHO Consultation on community genetics in low- and middle-income countries”, contendo uma série de orientações e recomendações para estabelecimento políticas públicas que facilitem o acesso das populações em risco para manifestação de doenças genéticas aos serviços de Genética Médica. Nesse documento, vários especialistas recomendam fortemente o investimento em estudos epidemiológicos para determinação da prevalência de doenças genéticas e demandas por serviços específicos. Reconhecendo a relevância desses dados, algumas estratégias na área da genética comunitária e médica foram implementadas no Sistema Único de Saúde (SUS) nas últimas décadas, objetivando prevenção, monitoramento, manejo e tratamento de doenças geneticamente determinadas. Dentre elas, destacam-se o programa nacional de triagem neonatal e o programa de fortificação das farinhas com ácido fólico (MEIRA; ACOSTA, 2009). Em 2014, foram publicadas as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2014), que viabilizam o acesso a alguns testes genéticos e serviços especializados.

Da nossa experiência de dez anos realizando pesquisa em municípios do Nordeste brasileiro, verificamos que não será possível formar, em curto prazo de tempo, médicos especialistas em Genética Médica para atuar na região e dar conta das demandas existentes. Por essa razão, temos experimentado a estratégia do “ambulatório itinerante”, que consiste na organização de ações de avaliação clínico-genética envolvendo especialistas dos grandes centros de saúde do Brasil, como o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Entretanto, essas ações organizadas em nível de um centro universitário poderiam ter impacto maior se fossem de fato utilizadas pelos sistemas de saúde. É necessário engajar os médicos que atuam na Estratégia de Saúde da Família nessas ações e investir na formação continuada desses profissionais, assim como enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos que atuam de fato nos municípios.

A formação do médico na região Nordeste precisa incluir como conteúdo a questão da consanguinidade e suas implicações. É necessário envidar esforços no sentido não de formar propriamente especialistas para diagnosticar as doenças, mas médicos generalistas que possam compreender de fato o que são essas doenças e seu prognóstico. Uma vez diagnosticada uma doença genética em uma família, é necessário que o médico que atende na equipe da Estratégia Saúde da Família conheça essa doença para conseguir fazer o manejo, assim como prevenir ou lidar com novos casos. Isto reduziria muito os custos do Estado com exames laboratoriais, especialistas, transporte e outros serviços devido ao desconhecimento desse médico sobre essas

doenças genéticas específicas, prevalentes em algumas localidades. Uma vez feito o diagnóstico clínico e genético, isto basta para determinar o prognóstico e as ações terapêuticas e de reabilitação, bem como para prescrever equipamentos de tecnologia assistiva. Ou seja, se investirmos na formação continuada dos médicos que atuam na Atenção Básica e implantarmos a estratégia dos ambulatórios itinerantes para dar conta do diagnóstico clínico-genético, que depende de um especialista; essas duas ações conjuntas poderiam sanar em curto prazo as demandas, ao menos, por diagnóstico. Isto reduziria, certamente, o custo do Estado e das famílias, pois o diagnóstico ajuda a definir melhor o prognóstico e as ações mitigatórias.

3. CONCLUSÃO

Na região Nordeste do Brasil, verifica-se a desigualdade em relação à oferta de serviços de genética médica para atender as populações que mantêm práticas de casamentos consanguíneos com conseqüente aumento na prevalência de doenças genéticas. Disso resulta a necessidade de se planejar políticas de saúde específicas para esta região.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEIGUELMAN, B. **Human and medical genetics in Brazil**. *Genetics Mol. Biol.* v. 23, p. 277–281, 2000.

FREIRE-MAIA, N. Genetic effects in Brazilian populations due to consanguineous marriages. **Am J Med Gen**, v. 35, p.115-117, 1989.

HOROVITZ, D. D. G. et al. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: características do atendimento e propostas para formulação de políticas públicas em genética clínica. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p.2599-2609, 2006.

HOROVITZ, D. D. G.; LLERENA, J. R. J. C.; MATTOS, R. A. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1055-1064, 2005.

HOROVITZ DDG, DE FARIA FERRAZ VE, DAIN S, MARQUES-DE-FARIA AP. Genetic services and testing in Brazil. **Journal of Community Genetics**, v.4, n.3, p.355-375, 2013.

MACEDO-SOUZA, L. I. et. al. Spastic Paraplegia, Optic Atrophy, and Neuropathy is Linked to Chromosome 11q13. **Ann Neurol**, v. 57, n. 5, p. 730-7, 2005.

MACEDO-SOUZA, L. I. et. al. Spastic Paraplegia, Optic Atrophy, and Neuropathy: New Observations, Locus Refinement, and Exclusion of Candidate Genes. **Ann Hum Genet**, v. 73, n. 3, p. 382-7, 2009.

MARQUES-DE-FARIA, A. P. et. al. Clinical genetics in developing countries: the case of Brazil. **Commun Genet**, v. 7, p.95–105, 2004.

MEIRA, J.G.C.; ACOSTA, A.X. Políticas de saúde pública aplicadas à Genética Médica no Brasil. **Revista de Ciências médicas e biológicas**. Salvador, v.8, n.2, p.189-197, maio-ago 2009.

NOVOA, M. C.; BURNHAM, T. F. Challenges for the universalization of Clinical Genetics: the Brazilian case. **Revista Panamericana de Salud Pública [online]**, v. 29, p.61–68, 2011.

SALZANO, F. M.; BORTOLINI, M. C. **The evolution and genetics of Latin American populations**. New York: Cambridge University Press, 2002.

SANTOS, S. et al. As causas da deficiência física em municípios do nordeste brasileiro e estimativa de custos de serviços especializados. **Ciêñ Saúde Colet**, v. 19, n. 2, p. 559-568, 2014.

SANTOS, S. et al. **Increased prevalence of inherited neuromuscular disorders due to endogamy in Northeast Brazil**: the need of community genetics services. *J Community Genet*, 2013.

SANTOS, S. C. et. al. A endogamia explicaria a elevada prevalência de deficiências em populações do Nordeste brasileiro? **Ciêñ Saúde Colet**, v. 18, n.4, p.1141-1150, 2013.

SANTOS, S., et al. Inbreeding levels in Northeast Brazil: Strategies for the prospecting of new genetic disorders. **Genet Mol Biol**. v. 33, n. 2, p. 10-16, 2010.

SANTOS, S.; KOK, F. **Tem alguma pessoa com deficiência na sua família?** 1ª. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2015, no prelo.

WELLER, M., et. al. Consanguineous unions and the burden of disability: a population-based study in communities of Northeastern Brazil. **Am J Hum Biol**, v. 24, p. 835-840, 2012.

WHO (World Health Organization). **Community Genetics Services**: Report of a WHO Consultation on Community Genetics in Low-and Middle-income Countries, Geneva, Switzerland; 2010.

PARTE III

REGIÃO CENTRO-OESTE

INIQUIDADES REGIONAIS NA CAPTAÇÃO DOS EDITAIS GOVERNAMENTAIS E AS SUAS IMPLICAÇÕES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA: DIÁLOGOS A PARTIR DO CONTEXTO DA REGIÃO CENTRO OESTE DO BRASIL¹

Dais Gonçalves Rocha

Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública-USP. Pós-Doutorado na *School of Population and Public Health-University of British Columbia*.

E-mail: daisrocha@yahoo.com.br

Bruno Leonardo Alves Andrade

Assessor da Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz. Doutor em Bioética pela Faculdade de Ciências da Saúde-UnB.

¹ Agradecemos a contribuição de Vânia Cristina Marcelo pela leitura atenta e sugestões de estabelecimento de *links* com o nosso cotidiano do Planalto Central, que nos desafia conciliar a paixão “extensionista” com a produção de pesquisas comprometidas com a promoção da equidade em saúde.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir dos anos 2000, tem havido um crescente aumento de estudos sobre as desigualdades e/ou iniquidades regionais. No entanto, segundo Albuquerque (2012, p. 196), apesar dos avanços dos últimos dez anos, a proposta de regionalização do Sistema Único de Saúde-SUS permaneceu focada na organização das redes assistenciais, excluindo o tema da Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (CT&I/S). A referida autora assinala os seguintes fatos para evidenciar esta exclusão: a) a ausência do termo CT& I/S no Pacto pela Saúde em 2007 e b) a não incorporação deste tema “nos objetivos e metas da primeira versão do COAP- Contrato Organizativo da Ação Pública, em 2011”. Faz-se necessário elucidar que o COAP, segundo o Ministério da Saúde, “constitui um instrumento de gestão compartilhada e tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, **a partir de uma região de saúde** [grifo dos autores], uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores”. (BRASIL 2011b, p.5)

Incluir o tema da CTI&S no COAP possibilitaria uma agenda regional do SUS, onde gestores e trabalhadores poderiam definir os temas prioritários de pesquisa para a região, incluindo a formulação dos objetivos e tradução dos conhecimentos destas segundo os contextos locorregionais (ANDRADE 2015; ALBUQUERQUE 2012). O Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, também, tem alertado para a necessidade dos gestores identificarem a relação entre pesquisa, organização e cuidado em saúde. Reconhece a conexão de CTI&S com a política de saúde, pois:

Conjugar o fomento à pesquisa em saúde às necessidades do Sistema Único de Saúde e às demandas da população implica operar transformações tanto no sistema de CTI&S como no sistema nacional de saúde, legitimando a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde como parte integrante da Política Nacional de Saúde (BRASIL 2011a, p.49).

Ainda, Viana et al (2011) destacam o ganho de importância que vem assumindo “as políticas federais de CTI&S para o desenvolvimento nacional” (p. 53), onde se associa a visão de saúde como parte de política social e do sistema de proteção social à visão deste setor ser, também, desenvolvimento e fonte de geração de riqueza para o país.

Os autores deste capítulo, sediados na região Centro Oeste, além de realizarem pesquisas, tendo como unidade de observação as macrorregiões do país, têm experiência de atuar como pareceristas de editais do Ministério da Saúde. Neste contexto, têm se deparado com um grande desafio: como superar as iniquidades regionais na captação dos recursos dos editais governamentais de CTI&S no Brasil?

Para possibilitar uma contextualização desta inquietação dos autores, a seguir, são apresentados alguns estudos que evidenciam as iniquidades regionais nas modalidades de financiamento governamentais das pesquisas.

Pacheco Santos et al (2011) indicaram que a região Sudeste - SE conduziu 40,5% de todos os projetos de pesquisa e obtiveram 59,7% de todos os recursos financiados pelo Ministério da Saúde desde a implantação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. O estudo de Pacheco Santos et al (2011) ainda evidenciou que a região com menor aporte de recurso foi a Centro Oeste - CO. Este fato foi atribuído à concentração dos mais tradicionais institutos de pesquisa e universidades de saúde nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Nunes, Ferreto, Barros (2010) também relatam que SE tem 54,3% de todos os programas de pós-graduação, sendo 66,3%, da área da saúde e, 52,9% da Saúde Coletiva. Em 2012, Minayo confirma que a concentração dos programas de pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva na região SE ainda está em 52,9%, mas destaca que “no caso do doutorado a concentração é de 90%” (p. 21).

Albuquerque (2012) corrobora os resultados acima. Analisando o período entre 2002 e 2010, indica que o SE abrigou 38% do total dos projetos de pesquisa e 59% do total de recursos em relação às outras regiões do país. Em seguida, Sul e Nordeste - NE com um padrão semelhante 16% e 17% respectivamente. Mas, as regiões Norte e CO apresentaram o mesmo padrão quanto ao % de recursos recebidos (4% cada) e projetos apoiados (8% cada)

Santos et al (2009), ao avaliarem o perfil dos pesquisadores bolsistas de produtividade científica da área de Saúde Coletiva, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq, já haviam identificado que, no triênio de 2004-2006, 61,29% dos bolsistas eram de São Paulo e Rio de Janeiro. E quando somavam a estes os de Minas Gerais este percentual atingia 70,96% do total de todas as bolsas do país.

Oliveira (2008) destaca que “distorções podem, também, serem verificadas entre os estados de uma mesma região geográfica” (p.26). Exemplifica com a produção científica do Espírito Santo quando comparada com o desempenho de Rio e São Paulo.

Atualmente, ainda se observa esta iniquidade na distribuição dos grupos de pesquisa nas regiões do país. Em 2014, o 10º Censo do Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq apresentou que 43,9% dos grupos de pesquisa estão no Sudeste (sendo SP 20,6% e RJ 11,7%) e 22,4 no Sul. Reconheceu que houve um incremento significativo na região NE (20,4), mas o percentual nas regiões CO (7,5%) e N (5,8) ainda é limitado. Na região CO: Distrito Federal tem 2,3%,

Goiás 1,9%, Mato Grosso do Sul 1,8%, Mato Grosso 1,5% do total dos grupos de pesquisa do Brasil.

Os autores deste capítulo se sentem mais provocados a investir na temática ao lerem em Fagundes, Cavalcante e Ramacciotti (2005b) que “o fato de que as assimetrias regionais não constituem prioridade na agenda das regiões mais desenvolvidas contribuem também para a reduzida produção bibliográfica sobre o tema” (2005b, p.60).

2. DEFINIÇÃO DE CRITÉRIOS REGIONAIS NA DESTINAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS EM CT&IS PARA ENFRENTAMENTO DAS DESIGUALDADES REGIONAIS

A superação das desigualdades regionais constitui uma das estratégias da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PNCTIS (BRASIL 2008). Para tal, previu: Fortalecimento da pós-graduação em saúde nas regiões N, NE e CO; Definição de critérios regionais para destinação dos recursos financeiros em CT&IS; Garantir aporte de recursos para IES e pesquisa nas regiões N, NE e CO Ampliar o aporte de recursos para IES e pesquisa para as regiões N, NE e CO; Ampliar os recursos nos editais referentes ao Acordo Multilateral Amazônico de CT&IS; Articulação interinstitucional entre centros de pesquisa regionais; Difusão ampla de avanços científicos e tecnológicos, entre outros.

Neste capítulo, selecionou-se para analisar, dentre os dispositivos ou as diretrizes citadas acima, o “cumprimento da **definição de critérios regionais para destinação dos recursos financeiros em CT&IS**”. Esta análise será feita a partir do estudo do processo de indução às pesquisas em Doenças Negligenciadas pelo Ministério da Saúde no período de 2006 a 2012. Esta constitui um dos produtos da tese intitulada de “A produção do conhecimento em doenças negligenciadas no Brasil: uma análise bioética dos dispositivos normativos e da atuação dos pesquisadores brasileiros”. (ANDRADE, 2015; ANDRADE, ROCHA 2015)

As doenças negligenciadas são classificadas como um grupo heterogêneo de 17 enfermidades que afetam, quase que exclusivamente, as populações socialmente excluídas, que vivem em áreas degradadas pela pobreza. (BATALHA, MOROSINI 2013). Nessa relação estão incluídas as seguintes enfermidades (WHO 2012):

- 1) Tracoma;
- 2) Úlcera de Buruli;

- 3) Tripanossomose africana (doença do sono);
- 4) Doença de Chagas (tripanossomíase americana);
- 5) Dengue;
- 6) Dracunculíase;
- 7) Cisticercose;
- 8) Leishmaniose;
- 9) Hanseníase;
- 10) Filariose linfática;
- 11) Oncocercose;
- 12) Esquistossomose;
- 13) Boubá;
- 14) Geohelmintíase;
- 15) Raiva;
- 16) Equinococose;
- 17) Fasciolíase.

As patologias acima listadas são exemplos clássicos já consagrados pela literatura científica mundial. (BEYRER 2007). No entanto, o conteúdo da Nota Técnica N.1/2011/IOC-FIOCRUZ/DIRETORIA (BRASIL 2011c) reforçou que a febre reumática, as doenças relativas à subnutrição e anemias carenciais também compõem o grupo das doenças negligenciadas. Nesta lista também podem ser adicionadas as seguintes doenças: leptospirose, outras treponematoses e escabiose. (MORAES NETO 2012)

No ano de 2003, o Ministério da Saúde do Brasil iniciou um processo de indução à produção de conhecimento sobre as doenças relacionadas à pobreza, que são denominadas por doenças negligenciadas - DN. Inicialmente foram lançados editais por doenças específicas (tuberculose 2003; dengue 2004 e hanseníase 2005), sendo em seguida lançados três editais (2006, 2008 e 2012) para doenças consideradas negligenciadas e prioritárias (dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmanioses, malária, tuberculose, tracoma e geohelmintíases) na visão dos gestores, pesquisadores e profissionais da área da saúde. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012)

Quadro 1 – Histórico do fomento à pesquisa em doenças negligenciadas pelo Ministério da Saúde (2002 a 2012).

Edital	Investimento (R\$)	Nº de projetos
Tuberculose	9.8 milhões	06
Dengue	945 mil	29
Hanseníase	2,8 milhões	38
Doenças Negligenciadas 2006	22 milhões	82
Doenças Negligenciadas 2008	17 milhões	58
Doenças Negligenciadas 2012	18 milhões	76
Total	70,5 milhões	289

Fonte: DECIT/MS.

Estes editais apresentavam como um dos seus objetivos contribuir para a “implementação e avaliação de ações públicas voltadas para melhoria das condições de saúde da população brasileira e para a superação de desigualdades regionais e socioeconômicas”.

Também, visando diminuir a desigualdade regional previu: “parcela mínima de 30% do valor global do edital destinada, necessariamente, a projetos desenvolvidos por pesquisadores vinculados a instituições de pesquisa sediadas nas regiões **Norte, Nordeste e Centro-Oeste, caso haja projetos qualificados** [grifo dos autores]”.

Observando a distribuição espacial das 07 das 17 doenças classificadas como DN pela OMS, sendo estas: hanseníase, tuberculose, malária, leishmaniose (visceral e tegumentar), esquistossomose, tracoma e leptospirose, constata-se uma distribuição heterogênea destas doenças no território brasileiro (BRASIL 2014). No entanto, com exceção, da tuberculose, onde em 2013, após o Amazonas (67,33), o estado do Rio de Janeiro ficou em segundo lugar das Unidades Federadas na taxa de incidência, configurando 62,26 casos novos por 100 mil habitantes, todas as demais doenças tiveram maior prevalência nas regiões Norte, Nordeste ou Centro Oeste.

Os dados foram obtidos a partir dos projetos de pesquisas aprovados pelos editais de fomento à pesquisa e desenvolvimento na área das doenças negligenciadas lançados pelo Ministério da Saúde e parceiros nos anos de 2006, 2008 e 2012. São dados públicos e acessados no sítio eletrônico www.pesquisasaude.saude.gov.br e na Plataforma Lattes/CNPq. A consulta à base de dados foi realizada inicialmente entre os meses de novembro e dezembro de 2012 e complementada no mês dezembro de 2014. Os dados foram conferidos e lançados no programa Microsoft Excel 2010 para o cálculo das frequências e dos percentuais.

Para a construção do perfil dos pesquisadores, os autores deste estudo optaram pelas seguintes variáveis: gênero e formação dos coordenadores das pesquisas, tipo de instituição as quais estão vinculados (caráter e atuação) e região de localização no país destas instituições.

Entre os resultados destaca-se que 216 pesquisadores foram contemplados pelos três editais, sendo que o número diminuiu em cada edição. 10 pesquisadores tiveram projetos aprovados nos editais dos anos de 2006 e 2008 e eles submeteram projetos diferentes para cada um dos editais.

Em 2006, 47(58%) dos contemplados eram do gênero masculino e 35(42%) do gênero feminino gerando um total de 82 pesquisadores para este ano. No ano de 2008, o gênero masculino apresentou 29 contemplados (50%) e o gênero feminino também apresentou 29 (50%) contempladas, com um total de 58 pesquisadores. Já em 2012, foram 38 do gênero feminino e 38 do gênero masculino.

A Tabela 1 informa que as instituições contempladas pelos editais foram as de ensino superior, os institutos de pesquisa, os hospitais de ensino, os serviços de saúde e as organizações sem fins lucrativos (ONG, OSCIP, etc.). A maioria das instituições contempladas nos três editais era de caráter público. A região Sudeste do país apresentou o maior número de instituições contempladas, seguida pela região Nordeste do Brasil.

Tabela 1: Distribuição das instituições contempladas nos Editais de apoio à pesquisa para doenças negligenciadas por regiões do país, 2006, 2008 e 2012.

Tipo de Instituição	Região/Ano														
	SE			NE			CO			S			N		
	2006	2008	2012	2006	2008	2012	2006	2008	2012	2006	2008	2012	2006	2008	2012
Instituto de Pesquisa	23	15	17	2	1	3	1	0	0	2	0	0	3	0	4
Ensino Superior	30	20	26	12	9	12	0	2	3	7	4	8	1	4	2
Hospital de Ensino	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Serviços de Saúde	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Outras Organizações sem fins lucrativos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	54	38	43	14	10	15	1	2	3	9	4	8	3	4	7

Fonte: MS/SCTIE/DECIT.

Constatou-se que estes editais além de considerarem as necessidades de coletivos socialmente excluídos, atenderam também às diferenças regionais presentes nas cinco regiões do país aonde as pesquisas seriam produzidas. Como consequência, foi prescrita uma medida

pelos editais na intenção de abrandar tais diferenças e incentivar o acesso dos estudos provenientes das regiões menos estruturadas e com altos índices de doenças negligenciadas. Esta medida está em consonância com as diretrizes do marco legal da PNCTIS frente à crescente preocupação com a questão regional, que se torna explícita pela grande desigualdade em relação à capacidade produtiva, à formação de pesquisadores, ao financiamento, ao planejamento e à gestão de ciência, tecnologia e inovação no Brasil (ALBUQUERQUE 2012). Previu-se um incentivo pautado no combate às iniquidades regionais da pesquisa considerando as regiões com maior prevalência das doenças negligenciadas e com menor capacidade para pesquisa, como é o caso das regiões geográficas do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. (MOREL et al 2009)

No entanto, apesar da tentativa de se estabelecer um parâmetro que considerasse a equidade como ponto de partida para divisão dos projetos em doenças negligenciadas por região do país, a quantidade de projetos contemplados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, além de não representarem nem a metade dos projetos contemplados pela região Sudeste, não chegou ao patamar estabelecido pelas normativas previstas nos editais.

As universidades e centros de pesquisas da região Sudeste do país mantiveram-se como o *locus* preferencial da produção do conhecimento em doenças negligenciadas no país ao longo da série temporal analisada por este estudo. Esta concentração converge com os resultados apresentados na contextualização da temática deste capítulo, onde a distribuição dos recursos e projetos seguiu o padrão de desigualdade regional.

Em consonância com Oliveira (2008, p. 27):

É evidente a necessidade do mérito científico baseado em critérios de qualidade e produtividade. No entanto existe a necessidade de avançar nesta discussão para que o mérito em si não atue como fator protetor de paradigmas hegemônicos, delimitando preferências por pesquisas biomédicas, em detrimento daquelas realizadas em outras modalidades, e que não seja fator de exclusão para os pesquisadores localizados nos espaços de menor desenvolvimento científico e tecnológico.

A referida autora apresenta o Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS como uma das alternativas para o enfrentamento desta desigualdade regional em pesquisa em saúde. O PPSUS é uma iniciativa do Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit – do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia, as Fundações de Apoio à Pesquisa e as Secretarias de Saúde dos estados brasileiros. Ela defende a potencialidade de promoção da equidade regional deste programa ressaltando que “podem concorrer ao edital público para seleção de projetos apenas pesquisadores vinculados a

instituições com sede no estado responsável pelo lançamento do edital”. (OLIVEIRA 2008, p.32)

No entanto, ao analisar a série histórica de 2003 a 2007 do PPSUS, estudada por Oliveira (2008), constatou-se a manutenção das assimetrias regionais no campo. Enquanto na região SE foram beneficiadas 113 instituições totalizando R\$ 33.400.000,00 de financiamento, no mesmo período, na região CO, somente 41 instituições receberam um total de R\$ 3.800.000,00.

As pesquisas desenvolvidas por Fagundes, Cavalcante e Ramacciotti (2005b) evidenciam que a situação persistente desta assimetria é resultante da associação de fluxos de recursos e infraestrutura de C&T, a qual tem denominado “processo de causação circular e cumulativa”. (FAGUNDES, CAVALCANTE E LUCHESI 2005a)

À guisa de conclusão, diante do exposto, os autores deste capítulo convidam os leitores a reconhecerem o necessário compromisso ético para avançar nas potencialidades das “pesquisas para a saúde” e construir outras métricas para avaliar o impacto destas. A exclusividade do indicador fator de impacto de citação da publicação não tem contribuído para o enfrentamento das iniquidades regionais visando ampliar o acesso aos recursos oriundos destas.

Finalmente, citam-se alguns questionamentos de Akerman (2013), que ao ecoar nas mentes e corações, podem nortear uma agenda para os próximos passos: “qual o propósito da ciência? Ajudar a humanidade ou se autorreproduzir entre seus pares? Como é possível saber se ela realmente está ajudando a humanidade? ” (p. 827).

3. CONCLUSÃO

Ênfase deve ser dada à **implementação e à avaliação dos mecanismos para garantir aporte de recursos para IES e pesquisa e tradução do conhecimento nas regiões Norte e Cento Oeste** previstos na PNCTIS. Enquanto os editais mantiverem a lógica de competitividade na captação de recursos, na qual os critérios são aqueles que beneficiam instituições e grupos de pesquisa consolidados, o aporte financeiro vai continuar em direção a estes. Para responder à pergunta inicial dos autores deste capítulo, após as evidências e diálogo com a literatura, ressalta-se a importância de concretizar a normativa que prevê critérios que considerem os aspectos critérios diferenciados de contrapartida para os estados e a definição de agendas regionais (FAGUNDES, CAVALCANTE E RAMACCIOTTI 2005b).

Este estudo indica a necessidade de aprofundar a **compreensão e a produção de evidências** sobre os **reflexos da incipiência dos programas de pós-graduação em saúde coletiva na região Centro Oeste** (Primeiro doutorado da área iniciado na UnB, em 2013) e o baixo incremento dos grupos de pesquisa como fatores associados à iniquidade na captação dos recursos dos editais governamentais nesta região.

Especialmente, em tempos de austeridade fiscal, esta temática deve ter visibilidade e ser priorizada. Segundo a Comissão de Pós-Graduação da Associação Brasileira de saúde Coletiva - Abrasco (2015),

O corte de 75% da CAPES também inviabilizará a participação de membros externos aos próprios programas nas bancas, comprometendo a qualidade desta atividade. Tal fato agravará as desigualdades regionais e intra-regionais, uma vez que programas localizados nas grandes capitais do Sudeste terão melhores facilidades para organizar bancas com membros externos sem despesas com passagens e diárias.

As agendas regionais de CT&IS devem favorecer a **visibilidade** dos conhecimentos e tecnologias produzidas localregionalmente e o **enfrentamento das iniquidades reproduzidas e acentuadas** pelos serviços e políticas de saúde pública (ROCHA, AKERMAN 2014; BRAMEVAN 2013; VIEIRA-DA-SILVA, ALMEIDA FILHO 2009).

Tem aumentado a pressão por razões éticas e econômicas, para **diminuir a distância** estabelecida **entre a produção do conhecimento**, resultados da pesquisa e a sua aplicabilidade como elemento norteador tanto na construção de políticas públicas quanto nas ações voltadas para atenção à saúde. Esta articulação efetiva dos serviços/atenção na definição das agendas e nas perguntas norteadoras das pesquisas pode favorecer a incorporação dos resultados destas nos processos de tomada de decisão das políticas públicas (tradução das pesquisas em políticas).

Pensando as implicações para as políticas de saúde pública, a baixa capacidade de sistematização, visibilidade da produção de conhecimentos e incorporação seletiva de tecnologia devido à inexistência de políticas diferenciadas, voltadas para a realidade localregional, se expressa, frequentemente, na mera reprodução e/ou baixíssima capacidade de reflexão sobre as políticas e programas “determinados” pelo Ministério da Saúde. Esta situação também pode ter raízes diante: da dificuldade de subsídios para pensar criticamente os temas locais e da pouca divulgação (e meios de), uma vez que as publicações científicas também não valorizam os artigos regionais (por conta da necessidade de atender a critérios de classificação, ou melhor, as métricas que priorizam temas nacionais ou internacionais).

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. **Comissão de Pós Graduação sobre Cortes 75% CAPES**. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/2015/07/nota-sobre-os-cortes-orcamentarios-nos-programas-de-pos-graduacao/> Acesso em: 03 ago. 2015

AKERMAN, M. Medidas de experiência e cienciometria para avaliar impacto da produção científica. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p.824-28, 2013.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi Política nacional de CT& I em saúde e a regionalização do SUS: diálogos possíveis. In: VIANA, Ana Luiza D; IBANEZ, N; BOSQUAT, Aylene. **A saúde, desenvolvimento, ciência, tecnologia e inovação**. São Paulo: Hucitec, 2012. p.174-202.

ANDRADE, Bruno Leonardo Alves **A produção do conhecimento em doenças negligenciadas no Brasil: uma análise bioética dos dispositivos normativos e da atuação dos pesquisadores brasileiros**. 2015.134f. Tese (Doutorado). Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2015.

ANDRADE, Bruno Leonardo Alves; ROCHA, Dais Gonçalves Doenças negligenciadas e bioética: diálogo de um velho problema com uma nova área do conhecimento. **Rev. bioét.** (Impr.). v. 23, n. 1, p. 105-13, 2015.

BATALHA Elisa, MOROSINI Liseane Atenção aos esquecidos. **RADIS**, n. 124, p.8 – 17, 2013.

BEYRER, Chris Neglected Diseases, civil conflicts, and the right to health. **The Lancet** 370, p.619–27. Vol 370 August 18, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPQ. **10º Censo dos diretórios dos grupos de pesquisa**. Brasília, 2015. Disponível: <http://lattes.cnpq.br/web/dgp/por-regiao> Acesso: 05/08/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013**: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 384p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Prioridade de Pesquisa em Saúde. **Caderno 2 – Doenças Negligenciadas**. Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prioridades_invest/i2_tela4_2.html> Acesso em: 4 de abr. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ciência e Tecnologia em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: **CONASS**, 2011a. 143 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 11)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Gestor do Decreto 7508 – GE COAP. **Contrato Organizativo da Ação Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Oswaldo Cruz. **Nota Técnica nº1/2011/IOC-FIOCRUZ/Diretoria**. Rio de Janeiro, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – 2. ed.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de Prioridades de Pesquisas em Saúde de Doenças Negligenciadas. Informativo DECIT** – Departamento de Ciência e Tecnologia/SVS da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Julho, 2008b.

BRAVEMAN, Paula. What is health equity: and how does a life-course approach take us further toward it? **Matern Child Health J**, v. 18, p.366-372, 2013.

FAGUNDES, Maria Emília Marques, CAVALCANTE, Luis Ricardo Mattos Teixeira, LUCHESI, Rafael. **Desigualdades regionais em ciência e tecnologia no Brasil**. Bahia Análise e Dados: ciência, tecnologia e inovação, 2005a.

FAGUNDES, Maria Emília Marques, CAVALCANTE, Luis Ricardo Mattos Teixeira, RAMACCIOTTI, Rafael Esmeraldo Luchesi Distribuição regional dos fluxos de recursos federais para ciência e tecnologia. **Parcerias Estratégicas, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, Ministério da Ciência e Tecnologia**, n. 21, dez 2005b. Disponível em: http://seer.cgee.org.br/index.php/parcerias_estrategicas/article/viewFile/267/261 Acesso em: 04 dez. 2015

MINAYO, Maria Cecília Souza. Global & local, meritocrático & social: o papel da ciência e tecnologia em Saúde Coletiva no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 6, n. 2, p.11-26, abr. 2012.

MORAES NETO, Antônio Henrique Almeida. Promoção da Saúde na Habitação dos Trópicos e Controle de Doenças. In: ROJAS, Maria Carmen; PEREZ, Carlos Barceló (compiladores) **Vivienda saludable, de cara a Rio +20. Red Interamericana de Vivienda Saludable**. Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud, 2012, p.40-41.

MOREL, Carlos Medicis Co-authorship network analysis: a powerful too for strategic planning of research, development and capacity building program on neglected diseases. **PLoS Neglected Trop Dis**. Switzerland, vol 3, n. 8, p. 1-8, 2009.

NUNES, Everardo Duarte; FERRETO, Lirane Elize; BARROS, Nelson Filice A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 1923-1934, julho, 2010 .

OLIVEIRA, Margarete Martins **Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde-PPSUS**. Construção do modelo lógico e da matriz de medidas avaliativas. 134f. Mestrado (Dissertação). Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2008.

PACHECO SANTOS, Leonor Maria et al. Fulfillment of the Brazilian agenda of priorities in health research. **Health Res Policy Syst**, v. 9, n. 35 2011.

ROCHA, Dais Gonçalves; AKERMAN, Marco. Determinação social da saúde e promoção da saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia de Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir?. In: SOUSA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M.. (Org.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. 1ed.Campinas-São Paulo: Saberes Editora, 2014, v. , p. 720-754.

SANTOS, Suelleng Maria Cunha et al. Perfil dos pesquisadores da Saúde Coletiva no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, RJ, v. 19, n.3, p. 764-775, 2009.

VIANA, Ana Luiza et al ; IOZZI Fabíola Lana ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi; BOUSQUAT, Aylene Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e investigação. **Lua Nova**, São Paulo, v. 83. p.41-77, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria, ALMEIDA FILHO, Naomar. Equidade em Saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25 Sup 2, p. S217-S226, 2009.

WHO: **Neglected Tropical Diseases. Hidden successes, Emerging Opportunities.**
WHO/CDS/NTD/2006.22006. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_CDS_NTD_2006_2_eng.pdf. Acesso em: 3 abr. 2012.

PARTE IV

REGIÃO SUDESTE

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE:

UMA ABORDAGEM EFICAZ PARA ENFRENTAR AS DESIGUALDADES SOCIAIS NO SUDESTE E NAS OUTRAS REGIÕES BRASILEIRAS

Marco Akerman

Professor Titular da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo.

E-mail: marco.akerman@gmail.com

Francisco Comaru

Professor Associado da Universidade Federal do ABC.

E-mail: francisco.comaru@gmail.com

1. INTRODUÇÃO: QUE ESCOLHAS?

Cada um dos capítulos deste livro possui uma ênfase diversa. Fazer a escolha de que caminho tomar não foi fácil. Há várias raias diferentes para pensar a questão da desigualdade. Poderíamos pensar o Sudeste em comparação com outras regiões e aí poderíamos trazer um conjunto de dados comparando o Sudeste com estas regiões. Poderíamos analisar o Sudeste internamente, comparando diferenciais interestaduais entre Espírito Santo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Ou poderíamos, também, mergulhar dentro de cada um dos Estados e olhar as desigualdades entre as regiões de Governo, por exemplo, comparando a Região Metropolitana de São Paulo com o Vale do Ribeira e a Região Metropolitana de Belo Horizonte com o Vale do Jequitinhonha, por exemplo, ou mesmo entrar na cidade de São Paulo e comparar o Itaim Bibi (bairro rico e central) com o Jardim Ângela (mais pobre e periférico), onde encontraríamos desigualdades e iniquidades imensas.

Poderíamos, também, por meio de revisão da literatura trabalhar questões temáticas, como, por exemplo, a geografia social da AIDS no Brasil ou da violência interpessoal identificando padrões de desigualdades regionais; ou características regionais ocupacionais do tabagismo; ou desigualdades regionais no diagnóstico de asma em crianças; ou a questão do financiamento e acesso que possui fortes marcas de desigualdades regionais.

Entretanto, fizemos outra opção mais problematizada de modo a nos provocar com a seguinte questão: “olha, nós já estamos estudando desigualdade social há anos (poderíamos dizer, décadas) e as desigualdades não se movem”.

Por mais que elas tenham se movido nos últimos doze, quatorze anos, é, ainda, pífio o que aconteceu. As desigualdades regionais no Brasil continuam sendo imensas e escandalosas. Então decidimos problematizar e nos perguntar “por que não se alteram de maneira importante as desigualdades sociais no Brasil? ”.

Trazemos, então, um debate que é do campo da Saúde Coletiva que é a questão dos determinantes sociais da saúde. Para atender a encomenda do capítulo, mencionaremos o Sudeste, mas discutimos categorias supraregionais: poder e meritocracia.

2. IMAGINÁRIOS EM SAÚDE PÚBLICA! QUE IMAGINÁRIOS?

O tema deste livro é Saúde Pública e Desigualdades Regionais. O que entendemos por “saúde pública?”.

É provável, que se perguntarmos o que é saúde pública para cada um dos autores dos capítulos deste livro ou para os participantes do seminário que gerou este livro, cada um teria uma visão diferente do termo.

Algumas perspectivas: (1) quando se pensa em saúde pública, muitas vezes pensamos em Oswaldo Cruz, saneamento básico, vacinação, febre amarela, a revolta da vacina; (2) quando o autor MA deste capítulo passou na Residência de Saúde Pública, ele recebeu uma ligação de sua sogra lhe perguntando se ele podia arrumar remédio antiparasitário para suas empregadas. No imaginário da sogra, saúde pública tinha a ver com tratar a população mais pobre; (3) para a mídia, a saúde pública é um “caos”, e quando dizem isso estão falando do SUS como uma narrativa imobilizadora e ideológica que aspira construir um imaginário de impossibilidade da eficácia social do público na saúde.

Buscaremos um caminho inverso para dizer o que não é “saúde pública” no intuito de fugir, ao senso comum, de como o termo, muitas vezes é entendido².

Dito isto, afirmariamos que a “Saúde Pública” não é aquela área, serviço ou problema de exclusividade do governo. Nesse sentido, não estaríamos de acordo com a frase muitas vezes enunciada de que “isso é para a saúde pública resolver”, quando uma situação afeta a saúde de pessoas, e se quer referir aos órgãos de governo que cuidam da saúde.

Preferimos entender o termo “problema de saúde pública” como “problema que afeta a saúde do público” e nesse sentido, “publico” é aqui entendido como população. Não de alguns “gatos pingados” ou somente de grupos específicos, mas um problema que diz respeito a todos (não só por que muitos são afetados, mas porque, também, muitos são necessários para resolvê-los), e, assim, seria de interesse de todos, no sentido ético e político (para não dizer econômico), que tais problemas fossem enfrentados e solucionados.

Nesta direção do “interesse de todos no sentido ético e político”, escolhemos como categoria “a determinação social” para discutir a manifestação regional das desigualdades

² AKERMAN, M. Estresse, ansiedade e depressão em estudantes de medicina: problema de saúde pública?. In: Sérgio Baladassin. (Org.). Atendimento Psicológico aos Estudantes de Medicina: Técnica e ética. 1aed.São Paulo: Edipro, 2012, v. 1, p. 25-30.

sociais³. Tema caro para a área da saúde pública/saúde coletiva ao se definir o “processo saúde-doença-cuidado como determinado socialmente”, e neste sentido, o enfrentamento das desigualdades passa pelo ataque à raiz de sua determinação.

Sendo a saúde produzida socialmente, não são os médicos e os hospitais, nem somente os remédios que definem o estado de saúde da população, mas sim como as relações sociais estão organizadas. A estrutura social interfere nos modos de vida. E a redistribuição desigual de poder é o principal determinante social da saúde, e aqui como hipótese queremos trazer que também seria o determinante principal das desigualdades sociais.

Mas, para além de um diálogo meramente técnico respaldando a abordagem dos determinantes como dispositivo para ir à raiz das desigualdades sociais, há que se enfrentar a pergunta colocada no quadro abaixo, na conversa dos personagens Frank e Ernest criados por Bob Thaves, e julgar se a abordagem dos determinantes tem capacidade de aumentar o cacife de quem está fora do jogo.



Fonte: Thaves, NEA Ink, 2006.

Em outras palavras, a simplicidade e delicadeza de uma charge que nos questiona se não deveria ser este o objetivo ético e político de qualquer atuação sobre as desigualdades sociais, o de aumentar as oportunidades de quem está fora do jogo, atuando sobre a lente da equidade⁴. Não temos a pretensão nem a ingenuidade de apresentar a abordagem dos determinantes como a “arma” deste confronto, mas como um dispositivo para propiciar atuação sobre a raiz dos problemas de saúde e desigualdade social.

³ AKERMAN, M; MAYMONE, C. C.; BOGUS, C. M.; CHIORO, A.; BUSS, P. As novas agendas de saúde a partir dos determinantes sociais. In: Galvão LAC; Finkelman J; Henao S. (Org.). Determinantes Ambientais e Sociais da Saúde. 1aed. Washington/RJ: FIOCRUZ, 2011, v. , p. 1-16.

⁴ SHANKARDASS K, SOLAR O, MURPHY K, GREAVES L. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *Int J Public Health* 2012; 57(1):25-33.

Vamos mencionar brevemente, ao longo do capítulo, os movimentos e debates nacionais e internacionais sobre determinantes sociais da saúde, e problematizar se tem algo novo no front, ou se estamos fazendo ‘mais do mesmo’. Indicaremos algumas manifestações regionais dos determinantes, e lhes apresentaremos o Observatório de Iniquidades em Saúde FIOCRUZ⁵ que é bastante interessante e que mostra dados de equidade/iniquidades ao longo do tempo de vários indicadores sociais, distribuídos regionalmente.

3. DESIGUALDADES E INIQUIDADES: FACES DA MESMA MOEDA?

Trabalha-se a desigualdade no campo da saúde como “diferenças sistemáticas na situação de grupos” e as iniquidades como “desigualdades que além de sistemáticas e relevantes são evitáveis, injustas e desnecessárias”. Se as desigualdades são também evitáveis, injustas e desnecessárias, elas precisam ser enfrentadas com políticas públicas que tencionem a redistribuição de poder na sociedade⁶.

Pensando em iniquidades. Há estágios, quer dizer, a primeira geração é pobreza e saúde, e às vezes se trabalha a desigualdade pensando em pobreza e riqueza, com o uso de indicadores no absoluto, porque a desigualdade social, no absoluto, tem de alguma forma, diminuído. Na segunda geração, há os gradientes de saúde, e entra em cena a relação entre estratos socioeconômicos. E a terceira geração faz relações entre a inserção das pessoas nos processos de trabalho e impactos na biologia molecular, em outras palavras como a iniquidade em saúde “entra no corpo”.

⁵ <http://dssbr.org/site/>

⁶ WHITEHEAD, M. DALGREEN, G Concepts and principles for tackling social inequities in health. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf. Acesso: outubro de 2015.

4. O LUGAR ONDE AS PESSOAS VIVEM IMPORTA

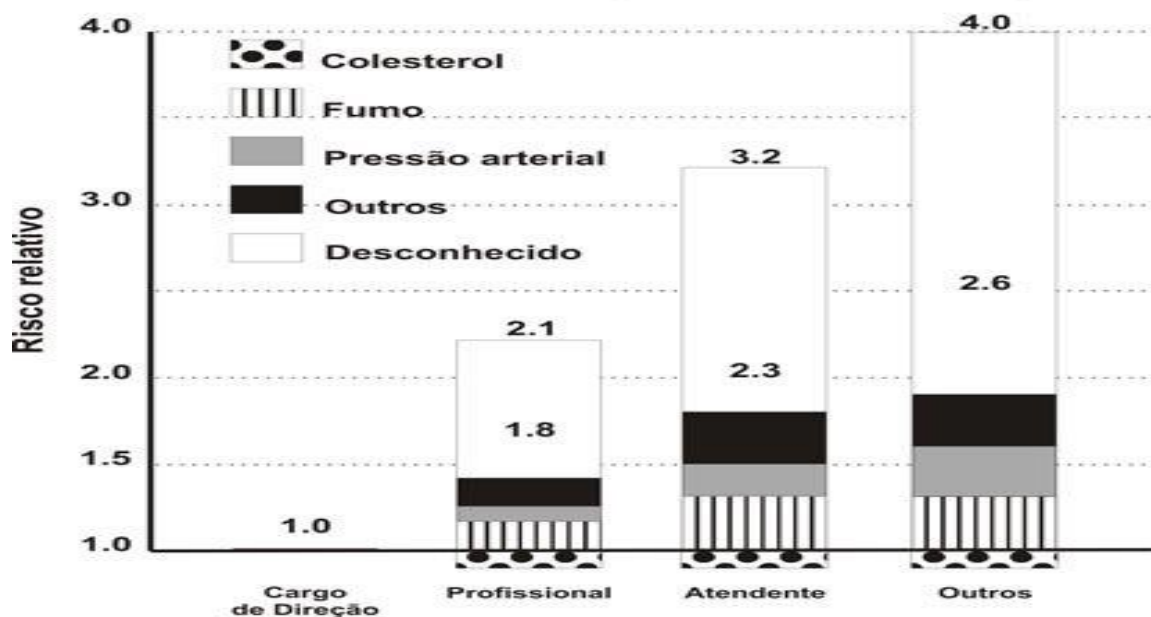
SOBREMORTALIDADE (EXCESSO) ENTRE AS ZONAS SÓCIO-AMBIENTAIS EM SÃO PAULO			
EXCESS MORTALITY BETWEEN THE ZONES IN SÃO PAULO			
CONDIÇÕES TRACADORAS/ TRACER CONDITIONS	ZONE 3	ZONE 2	ZONE 1
0-4 ANOS (INFECCIOSAS)	66%	55%	77%
0-4 ANOS (RESPIRATÓRIAS)	55%	53%	74%
15-44 (VIOLÊNCIA)	22%	28%	52%
15-44 (ACIDENTE DE TRÂNSITO)	7%	13%	11%
15-44 (HOMICÍDIOS)	35%	42%	66%
45-64 (DOENÇAS DO CORAÇÃO)	23%	37%	42%
45-64 (DOENÇAS CÉREBRO-VASCULARES)	26%	44%	57%
45-64 (ACIDENTES DE TRÂNSITO)	2%	32%	44%

Estes dados são resultados de um estudo que foi feito na cidade de São Paulo⁷ subdivididas em três zonas socioeconômicas. Se as pessoas que moram na zona 1 a que tem piores condições de vida, morassem na zona 3 com melhores condições, se poderia evitar 52% das mortes por violência, por exemplo. E isso se chama sobremortalidade, mostrando então que o ‘espaço geográfico’ e suas características têm impacto na produção social da saúde.

Outros estudos mostram a influência na saúde da posição na hierarquia laboral.

⁷ STEPHENS, C; TIMAEUS, I.; AKERMAN, M.; AVLE, S.; MAIA, P.B.; CAMPANÁRIO, P.; DOE, B.; LUSH, L; TETTE, H.; HARPHAM, T. *Environment and health in developing countries: an analysis of intra-urban differentials using existing data*. São Paulo, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Fundação SEADE, 1994.

Risco relativo de morte por doença coronariana, segundo ocupação e proporções de diferenças explicadas por vários fatores de risco (Rose and Marmot, 1981).



Ter cargo de direção faz bem para a saúde, enquanto uma posição como trabalhador manual gera maior carga de doenças⁸.

Os fatores de risco estão distribuídos de forma desigual influenciados nestes dois exemplos, mostrados, acima, pela determinação social “onde se mora” e “como se trabalha”.

⁸ MARMOT, M et al. (1991) Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. Disponível em [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736\(91\)93068-K/abstract?cc=y](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736(91)93068-K/abstract?cc=y). Acesso em outubro de 2015.

5. MOVIMENTOS E TENSÕES

Essa discussão não é nova e pode ser referenciada a alguns autores do século XVIII e XIX que apontavam os determinantes e os seus “remédios”:

Villermé (1782-1863)

- DETERMINANTES: Pobreza e vícios causam doenças
- REMÉDIOS: Fortalecimento da moral; laissez-faire na economia

Chadwick (1800-1890)

- Sujeira e imoralidade causam doenças e pobreza
- Controle do ambiente: água limpa, saneamento, lixo

Engels (1820-1895)

- Capitalismo e a exploração produzem pobreza, doença e morte
- Revolução

Virchow (1821-1902)

- “A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala”

No século XX, na América Latina, Ramon Carillo, ministro de Perón, na Argentina na década de 1950, dizia que “frente às doenças que geram a miséria, frente à tristeza, à angústia e o infortúnio social dos povos, os micróbios, como causas das doenças, são umas pobres causas”⁹

Todos esses marcos históricos mostram uma tensão permanente entre a explicação biológica como causa das doenças e a determinação social. Esse debate continua!

⁹ AKERMAN, M (2011) Determinantes Sociais da Saúde (DSS): uma robusta teoria e um movimento social que cresce, mas que clama por ações. Disponível em <http://dssbr.org/site/2011/09/determinantes-sociais-da-saude-dss-uma-robusta-teoria-e-um-movimento-social-que-cresce-mas-que-clama-por-aco-es/>. Acesso em outubro de 2015.

A OMS, em 2005, cria uma comissão sobre determinantes sociais para revisitar o tema e para reacquecer este debate, porque a grande derrota dos determinantes sociais da saúde foi quando Pasteur descobriu as bactérias. Todos aqueles senhores, Villerm, Chadwik, Engels, Virchow dizendo que a produção social da doença estava relacionada a um modo de viver, e aí veio um “moço” este tal de Pasteur, e descobriu uma pílula mágica e disse não ter nada a ver este “negócio” de social, pois as doenças são causadas por bactérias.

Com isso, todo o processo de produção de medicamentos, vacinas, equipamentos, etc. se direciona para se constituir em um poderoso complexo médico industrial. Então, enfraquece um pouco a teoria social e o movimento dos determinantes sociais.

Com as doenças crônicas, não transmissíveis se revitaliza um pouco mais esse debate, porque a bactéria não é mais central na produção das doenças, e o tema de como as pessoas vivem volta à agenda como uma forma de enfrentamento destes problemas. Há que se revistar a abordagem dos determinantes sociais da saúde.

A Comissão da OMS publicou em 2008 um Relatório¹⁰ que recomenda enfrentar a distribuição inequitativa de poder, dinheiro, recursos, dizendo que poder de informação, poder de fazer, poder de conhecer importa na questão da saúde, que não passa só por questão de medicamento, por tratamento, tem uma outra questão aí subjacente.

E o Relatório nos alerta que “quando diferenças sistemáticas em saúde são identificadas como evitáveis através de políticas públicas, e isso não é feito, não há como não dizer que essas diferenças sejam injustas. Isso é o que chamamos iniquidade. Isso é uma questão de justiça social”.

O Brasil também constituiu uma Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, nos moldes da Comissão da OMS. Incluíram um amplo leque de setores da sociedade, pois entenderam que a determinação é para além da questão do setor saúde. Isso foi um anúncio de uma estratégia, para dizer que para enfrentar os determinantes não se faz dentro do setor saúde exclusivamente, você precisa de um novo contrato social. A comissão de determinantes sociais da saúde brasileira produziu o livro “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil”¹¹.

¹⁰ WHO (2008). Disponível em português no link: [file:///C:/Users/SUZANA/Downloads/9789248563706_por%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/SUZANA/Downloads/9789248563706_por%20(1).pdf). Acesso em outubro 2015.

¹¹ CNDSS (2008) AS CAUSAS SOCIAIS DAS INIQUIDADES EM SAÚDE NO BRASIL. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em outubro 2015.

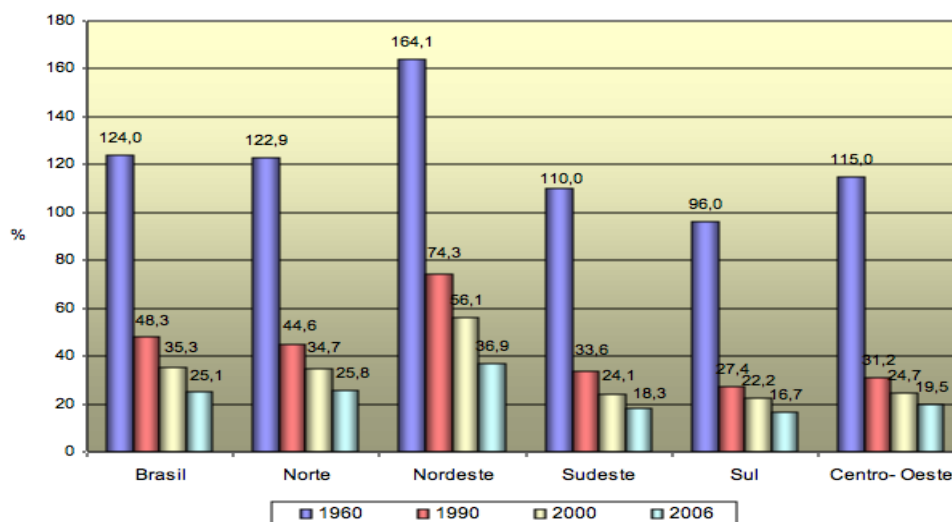
O Brasil, por esta sua liderança, realizou em 2011, no Rio de Janeiro, em conjunto com a OMS, a Cúpula Mundial de Determinantes Sociais da Saúde, e a partir disso criou um Observatório de Iniquidade em Saúde.

“Convidamos tod@s a visitar www.dssbr.org onde encontrarão o ‘Observatório sobre Iniquidades em Saúde’ com 70 indicadores de DSS, situação de saúde e atenção à saúde, a maioria deles estratificados por escolaridade e regiões”.

6. MANIFESTAÇÕES REGIONAIS DAS DESIGUALDADES SOCIAIS: INIQUIDADES EM FOCO

Neste Observatório podemos observar o seguinte gráfico:

Gráfico: Mortalidade infantil no Brasil e em regiões (1960-1990-2000-2006).



Nós, brasileiros, temos que ter orgulho do que aconteceu no Brasil nos últimos 46 anos. A mortalidade infantil vem caindo de forma drástica e isto é ótimo.

Ao compararmos o Sul, que em 2006 tem a menor taxa, 16,7, com o Nordeste, em 2006, que tem a maior taxa, 36,9, constatamos que esta diferença é de 137%. Por outro lado, a diferença entre as taxas do Sul e do Nordeste em 1960 era de 70%.

Há diminuição clara no absoluto entre as taxas, mas na relação entre elas, há aumento.

Em outras palavras, está aumentando a iniquidade social no Brasil.

Poderíamos dizer que estamos diminuindo a desigualdade social, mas estamos aumentando as iniquidades.

E parece que isto se repete em todos os outros indicadores representados no Observatório de Iniquidades da FIOCRUZ.

Vejam a tabela, abaixo: usar a abordagem dos determinantes sociais de saúde é não avaliar a taxa de fecundidade em si, mas analisar a taxa de fecundidade associada com um determinante social que influencia a saúde, por exemplo, a educação:

Taxa de fecundidade total por grupos de anos de estudo das mulheres, segundo as grandes regiões – Brasil – 2005
Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005. IBGE

	TOTAL	ATÉ 3 ANOS	4 A 7 ANOS	8 OU MAIS
BRASIL	2,1	4,0	3,1	1,5
NORTE	2,5	4,5	3,4	1,8
NORDESTE	2,3	4,1	3,0	1,5
SUDESTE	1,9	3,7	3,1	1,5
SUL	2,0	3,7	3,1	1,6
CENTRO-OESTE	2,0	3,4	3,1	1,5

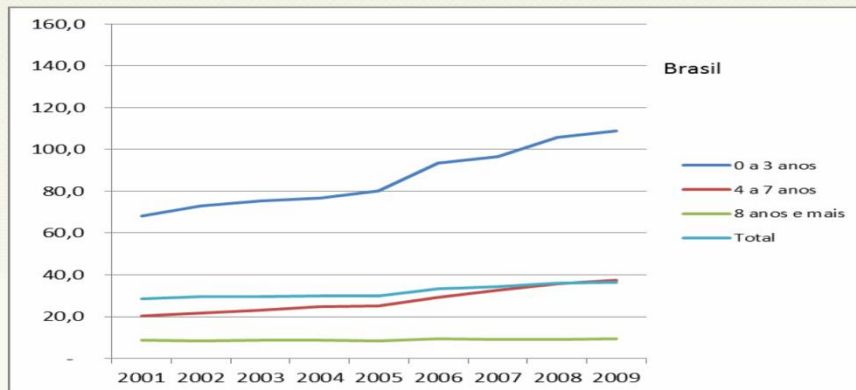
Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2005. IBGE.

Se analisarmos as taxas ou as diferenças regionais no estrato em que as pessoas estão, digamos, no nível maior de educação, não existem diferenças regionais, as diferenças vão existir quando temos menor número de anos de estudo.

Então a aparente desigualdade regional entre o Nordeste e o Sul, quando olhamos com lupa mostrando estratos sociais, talvez os mais ricos do Nordeste se equiparam aos mais ricos do Sul, a diferença vai se dar entre os mais pobres. Haveria uma invisibilidade dos mais pobres?

O mesmo se repete no gráfico, abaixo, onde se observa que a tão falada “epidemia de diabetes” não aparece entre os mais ricos, com mortalidade constante e abaixo de 20/100.000 nos últimos oito anos. A epidemia parece que incide em quem tem menos anos de estudo, menos recursos, menos poder, com taxas crescentes e acima de 60/100.000.

Taxa de mortalidade específica por diabetes melito na população de 15 anos e mais segundo escolaridade



Para a Conferência Mundial de Determinantes foi proposto um documento técnico¹², que recomendou cinco estratégias: (1) criar novas arquiteturas para a gestão de políticas sociais, não fazer ‘mais do mesmo’, e pensar o planejamento integrado e a intersetorialidade, foco na governança; (2) o papel do setor saúde, o setor tem papel na redução das iniquidades, desde que ele trabalhe singularidades, produza projetos terapêuticos singulares, não se restrinja só a protocolos, há que se pensar nas especificidades; (3) a participação social como uma categoria importante para enfrentar os determinantes sociais, e não só o controle social do SUS através dos conselhos, mas protagonismo, gestão participativa realmente e tomada de decisão; (4) é importante monitorar e dê-ocultar e visibilizar a diferença. Nós só podemos enfrentar a iniquidade se mostrarmos que ela existe. Os indicadores absolutos em si, não são suficientes para mostrar a iniquidade; e (5) conexão com o global, há que se pensar desenvolvimento, consumo, necessidade, e como isso dialoga com a agenda internacional.

¹²OMS (2001) Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>. Acesso em outubro de 2015.

7. E O QUE O SUDESTE TEM A VER COM TUDO ISSO?

O SUS tem como um dos seus princípios a equidade, mas quando a gente olha, por exemplo, transplante, e o Brasil é o segundo país do mundo em oferta de transplantes, parece que a oferta não é equânime.

Estudo produzido pelo IPEA em 2011¹³ mostrou que a maioria dos transplantados no Brasil são homens da cor branca. De cada dez transplantes de fígado, oito são para pessoas brancas.

Quer dizer, a distribuição de recursos de saúde reproduz a lógica de poder da sociedade, homens brancos têm mais benefícios no SUS equitativo!

Se não enfrentarmos a questão da meritocracia e do poder, nós não vamos conseguir mover as desigualdades e as iniquidades no Brasil.

O Sudeste, em 1995, tinha 59% do PIB, em 2002 diminuiu um pouco, mas seguiu majoritário. 65% das indústrias de transformação estão no Sudeste, quase 50% das indústrias de grande porte estão ali.

Sessenta e nove grupos de pesquisas foram identificados no diretório de grupos de plataforma Lattes do CNPq, a distribuição regional revela diferença significativa, 52% dos grupos de pesquisa que pesquisam determinantes estão no Sudeste, e no outro extremo, na região Norte, nenhum grupo de pesquisa pesquisando determinantes¹⁴.

Os grupos de pesquisas do Sudeste estão concentrados na Fiocruz e na USP, e a maior soma dos investimentos foi alocado para o Sudeste, inclusive porque as agências de fomento e financiamento a pesquisa operam segundo meritocracia.

Outro exemplo: a Organização Pan-Americana da Saúde aponta cinco países prioritários para cooperação técnica - Haiti, Honduras, Nicarágua, Bolívia e Suriname – os mais pobres da região. Entretanto, quando se observa a quantidade de recursos gastos em cooperação técnica, nota-se que estes vão para a Colômbia, Argentina, Chile, Brasil, países com menor necessidade, quando comparados com os cinco prioritários. Parece que onde há mais poder e onde há mais meritocracia, há maior investimento. Parece que Haiti, Honduras, Nicarágua, Bolívia, não têm voz para atrair recursos.

¹³ Desigualdade racial no Brasil: um olhar para a saúde, IPEA. Disponível em http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2688:catid=28&Itemid=23. Acesso em agosto de 2015.

¹⁴ BORDE, E; AKERMAN, M; PELLEGRINI FILHO, A. (2014) Mapping of capacities for research on health and its social determinants in Brazil. Cad. Saúde Pública, 30(10): 2081-2091.

E mais outro exemplo: o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) monitora a qualidade da atenção básica no Brasil. Cada Unidade Básica de Saúde (UBS) recebe uma nota por performance. Os municípios com as melhores UBSs recebem mais e aqueles com as piores, menos. De novo: quem precisa mais recebe menos.

Onde tem menos necessidades tem mais recursos? Como incidir nos contextos em que há mais poder e mais meritocracia - que atraem mais recursos, aprofundando desigualdades e iniquidades?

Como inverter esta lógica?

Enfrentar a redistribuição desigual de poder na nossa sociedade e flexibilizar o imperativo absoluto da meritocracia.

Este dispositivo passa pela possibilidade de identificar iniquidades que são diferenças relevantes, sistemáticas, injustas e evitáveis, desocultando, visibilizando, explicitando diferenças entre sujeitos e/ou territórios. A singularização passa pelo reconhecimento e respeito às diferenças. Estaremos apreendendo de maneira ampliada as necessidades de sujeitos e territórios, se nenhum sujeito e nenhum problema permanecer invisível. A tirinha de autoria do cartunista Adão, mostrada, abaixo, representa este apelo pela não invisibilidade de sujeitos e problemas.



Fonte: Folha de São Paulo, 22/08/2012.

E isto é um libelo pela 'não invisibilidade' de sujeitos.

As políticas públicas têm que ir onde o povo e suas necessidades vitais e cotidianas estão! Já cantou o poeta.

PARTE V

REGIÃO SUL

COFINANCIAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NA REGIÃO SUL DO BRASIL

Maria Isabel Barros Bellini

Professora Doutora na Faculdade de Serviço Social da PUCRS, Coordenação do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade (NETSI); e Coordenadora de Pesquisa da Escola de Saúde Pública/SES/RS.

Email: maria.bellini@pucrs.br

Rebel Zambrano Machado

Professora Mestra na Faculdade de Serviço Social/PUCRS, Doutoranda do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade (NETSI)- PGSS; Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e Diretora Adjunta do Departamento de Ações em Saúde.

Email: rebel-machado@saude.rs.gov.br

1. INTRODUÇÃO

A Região Sul do Brasil é composta por três unidades federativas: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e abarca uma população de aproximadamente 29 milhões de habitantes distribuída em aproximadamente 576.773.368km² de extensão. Essa região faz limite com os estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul e apresenta ainda a peculiaridade de frontear com Argentina, Uruguai e Paraguai, o que determina uma série de combinações e tratados que permitam o acesso dos cidadãos aos sistemas de saúde acordando com a legislação de cada país. Desta forma o desafio é reiterado desde sempre pelas palavras de Fleury quando afirma que “Não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei” (1997). Sendo assim:

O acesso aos serviços de saúde para a população fronteiriça remete à viabilização da cooperação técnica e financeira dos poderes públicos municipais, estaduais e federais, compreendendo, portanto, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviço de saúde mas a gestão de um “ sistema integrado” que atenda, com integralidade, a demanda das populações, independente do país de origem, na assistência à saúde (CETOLIN,BELLINI, 2008, p.188).

Portanto, é uma região que envolve 5 estados brasileiros e 4 países e tem então como incumbência administrar a realidade de saúde em todas as suas dimensões e complexidades. Neste momento, o Rio Grande do Sul, em parceria com o Governo Federal, está desenhando a proposta de atenção à saúde nas fronteiras. Por isso, pretende-se direcionar para análise de dados demográficos gerais e de indicadores atentando para as realidades de cada unidade federativa do sul do Brasil.

Considerando estes fatores e que a saúde pode ser problematizada a partir de várias possibilidades e recortes, optou-se neste artigo pelo recorte ao que os estados do Sul apresentam como cofinanciamento estadual na saúde, por entender que essa variável é determinante para trabalhar com desigualdades regionais.

Uma apresentação inicial dos estados que compõem a Região Sul aponta a seguinte realidade:

- Paraná, capital - Curitiba, população estimada em 11.081.692, distribuída em 399 municípios em uma área de 199.307.945 km². Estima-se um rendimento nominal domiciliar per capita da população residente de R\$ 1.210,00/mensais. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) apresenta crescimento nas últimas 03 décadas passando de 0,507 em 1991, a 0,650 em 2000 chegando a 0,749 em 2010. A população masculina é estimada em 48,8% e a feminina em 51,2%, sendo que a taxa de fecundidade é de 1,7 (IBGE, 2014).

- Santa Catarina, capital - Florianópolis, população estimada em 6.727.148, distribuída em 295 municípios em uma área de 95.733.978 km². Estima-se um rendimento nominal domiciliar per capita da população residente de R\$ 1.245,00/mensais. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em Santa Catarina apresenta crescimento nas últimas 03 décadas passando de 0,543 em 1991, a 0,674 em 2000 chegando a 0,774 em 2010. A população masculina é estimada em 48,9% e a feminina em 51,1%, sendo que a taxa de fecundidade é de 1,6. (IBGE, 2014).

- Rio Grande do Sul, capital - Porto Alegre, população estimada em 11.207.274, distribuída em 497 municípios em uma área de 281.731.445km². Estima-se um rendimento nominal domiciliar per capita da população residente de R\$ 1.318,00/mensais. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em Santa Catarina apresenta crescimento nas últimas 03 décadas passando de 0,542 em 1991, a 0,664 em 2000 chegando a 0,746 em 2010. A população masculina é estimada em 48,7 % e a feminina em 51,3%, sendo que a taxa de fecundidade é de 1,6. (IBGE, 2014).

A seguir, são apresentados os dados relativos aos habitantes de cada região e a sua distribuição, com o destaque para a taxa de urbanização, com a classificação entre urbano e rural, a faixa etária, a alfabetização da população e os dados de mortalidade infantil. Dados fundamentais para visibilizar processos de inclusão/exclusão/acesso, pois se sabe que historicamente a população rural tem maior dificuldade de acesso a rede de saúde, bem como a rede de apoio das outras políticas públicas como assistência social, educação, habitação, etc.

2. A REGIÃO SUL: DADOS DEMOGRÁFICOS

Ainda que a Região Sul apresente semelhanças, estas, no que se refere à situação de saúde, muitas vezes não se confirmam. Cada Estado organizou-se de forma singular obedecendo às possibilidades dadas por um sistema de saúde que apesar de único e hierárquico, também é descentralizado e regionalizado e assim permite que cada ente federativo estabeleça e reconheça suas necessidades e demandas.

A seguir, apresenta-se cada um nas suas características demográficas:

- Paraná

Dos 11.081.692 habitantes do estado, cerca de 1.751.907 residem na capital, a qual acolhe - juntamente com os municípios de Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Cascavel, São José dos Pinhais, Foz do Iguaçu, Colombo, Guarapuava e Paranaguá, ou seja, 10 de 399 municípios - 40,7 % da população estadual (PES, 2012-2015, p.16).

Destaca-se que a **taxa de urbanização**, ou seja, a porcentagem dos residentes em área urbana em relação com a população total alcançou no Estado 85,33% em 2010. Destaque importante, pois esse dado aponta uma reversão no “quadro em que o Paraná apresentava uma população rural proporcionalmente maior que a do Brasil e Região Sul, passando a exibir, a partir de 2000, um grau de urbanização superior ao dessas duas divisões territoriais...” (PES/PR, 2012-2015, p.19). Há, nesta última década, uma corrida do campo para a cidade significativa na história do Paraná, dado que certamente impacta nas condições de saúde da população e nas ofertas de serviço de saúde.

No que se refere à **composição da população**, o Censo Demográfico/2010 indica o envelhecimento, sendo que no PES-2012-2015 aponta decréscimos e variações negativas nas populações até 19 anos e de 0 a 4 anos com indicação de crescimento para as faixas de 55 a 59 anos, 75 a 79 anos, 80 a 89 anos e 90 a 99 anos (p.20), confirmando um dado nacional quanto ao crescimento da população idosa.

Quanto à **alfabetização** de sua população, o Paraná apresenta taxa de alfabetização de 94,2%, taxa que não representa a realidade de todo o estado, visto que algumas regiões ainda apresentam taxas muito baixas.

Quanto à **mortalidade infantil**, o PES-2012-2015 analisa a série histórica deste coeficiente que aponta decréscimo, pois em 2010 o coeficiente era de 12,15 e em 2011 de 11,65 para cada 1000 Nascidos Vivos, acrescenta que “a maior concentração de óbitos em menores de 01 ano no período perinatal (22 semanas completas de gestação até seis dias após o nascimento), revelando a estreita relação desses eventos com a qualidade de atenção à saúde da gestante, ao parto e ao recém-nascido” (p.31). Esses dados variam conforme a região do estado.

- Santa Catarina

Dos 6.727.148 **habitantes** estimados para o ano de 2014 (IBGE, 2015), cerca de 461.524 deles (IBGE, 2015) residem na capital. Segundo dados do Plano Estadual de Saúde 2012-2015.

Quanto à **taxa de urbanização** de Santa Catarina, 84% viviam em áreas urbanas em 2010 e apenas 20% dos municípios tinha mais de 20.000 habitantes (SANTA CATARINA, 2015). O Estado apresentou uma densidade populacional de 65 habitantes por quilômetro quadrado no ano de 2010 (SANTA CATARINA, 2015). Das 9 macrorregiões do estado, 60% do contingente populacional encontra-se nas seguintes macrorregiões: Grande Florianópolis, Sul, Nordeste e Vale do Itajaí (SANTA CATARINA, 2015).

Quanto à **composição da população**, o Censo Demográfico/2010 indica a população residente na faixa etária correspondente a 50 a 59 como a mais preponderante e a destaca a pertencente ao sexo feminino como estimada em 3.148.076 pessoas, o que corresponde a 50,38% do total. (IBGE, 2015)

Quanto à **alfabetização** de sua população, Santa Catarina apresentou taxa de alfabetização de 96% em 2010. A população do gênero feminino apresenta taxa de analfabetismo (4,3%) um pouco superior ao grupo do gênero masculino (3,7%). (DATASUS, 2015)

Quanto à **mortalidade infantil**, segundo dados do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, que utiliza o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Santa Catarina registrou 888 notificações de óbitos infantis e fetais no ano de 2010. Já em 2011 e 2012 esses registros de notificação foram de 1.033 e 942 óbitos, respectivamente (BRASIL, 2015), na série histórica, em 2010 o coeficiente era de 12,5 e em 2012 de 10,6 para cada 1000 Nascidos Vivos.

- Rio Grande do Sul

Dos 11.207.274 **habitantes** estimados para o ano de 2014 (IBGE, 2015), cerca de 1.472.482 (IBGE, 2015) residem na capital. Quanto à **taxa de urbanização**, segundo dados do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 - 85,1% vivia em áreas urbanas (RIO GRANDE DO SUL, 2012) e o Estado apresentou uma densidade populacional de 37,96 habitantes por quilômetro quadrado no ano de 2010 (IBGE, 2015). Das 30 regiões de saúde do estado, 41,25% do contingente populacional encontra-se nas seguintes regiões de saúde metropolitana: Capital e Vale do Gravataí - R10 (19,92%), Vale do Caí e Metropolitana – R8 (6,44%), Vale dos Sinos - R7 (6,52%), Carbonífera e Costa Doce – R9 (3,44%), Vale Paranhana e Costa da Serra – R6 (1,9%) e Bons Ventos e Belas Praias – R 4 e 5 (3,03%). (BRASIL, 2015)

Quanto à **composição da população**, o Estado também condensa percentuais menores de crianças em relação à população jovem adulta. O formato da pirâmide aponta para um

crescimento da população idosa em consequência da diminuição do número de crianças, pode ser caracterizada como uma “pirâmide adulta”. (PES, 2012). O Censo Demográfico/2010 indica a população residente pertencente ao sexo feminino foi estimada em 5.488.872 pessoas, que corresponde a 51,32% do total. (BRASIL, 2015)

Quanto à **alfabetização**, o Rio Grande do Sul apresenta taxa de alfabetização de 95,60%, em 2010. A população do gênero feminino apresenta taxa de analfabetismo (4,6%) um pouco superior ao grupo do gênero masculino (4,2%). (DATASUS, 2015)

Quanto à **mortalidade infantil**, segundo dados do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, que utiliza o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Rio Grande do Sul registrou 1.492 notificações de óbitos infantis e fetais no ano de 2010. Já em 2011 e 2012 esses registros de notificação foram de 1.501 e 1.500 óbitos, respectivamente. (BRASIL, 2015), na série histórica, em 2010 o coeficiente era de 11,2 e em 2012 de 10,7 para cada 1000 Nascidos Vivos.

3. **DESIGUALDADES REGIONAIS EM SAÚDE**

A categoria que sustenta este artigo é ainda um desafio teórico e prático, pois **desigualdade** por vezes confundida com **diferença** pode ser relativizada e esse não é o caso. A desigualdade é sempre fruto da injustiça e não pode ser negligenciada. Compartilha-se da reflexão de que “Enquanto a diferença apresenta-se aceitável na perspectiva biológica ou cultural, a desigualdade e a iniquidade são produzidas socialmente e remetem para uma reflexão sobre a justiça” (PAIM, SILVA, 2010, p.113).

Concentrando na relação com a desigualdade em saúde, o termo indica as diferenças no acesso e nos níveis de saúde de grupos distintos seja em nível social, econômico e/ou cultural. Essa distinção irá produzir resultados e expectativas diferenciadas na qualidade de vida e de saúde destes grupos que incidirão em formas desiguais de exposição a riscos, a processos de adoecimento e ao acesso a bens e serviços, os quais devem ser superados através da equidade e não da igualdade. Essa clareza é fundamental, pois conforme os autores anteriormente referenciados “atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades” (idem, p.111), ou seja, “noção de equidade admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade” (idem, p.111).

Nesta discussão de termos que se assemelham na escrita e na fonética, mas que são absolutamente diferentes em sentidos e densidades é que se estofam os apontamentos que seguem, pois, a situação de saúde da população deve ser um dos pontos mais importantes na análise do desenvolvimento de um país, seja de uma região, um estado ou um município. É uma variável fundamental, à medida que mostra a garantia ou não de um Estado na promoção das necessidades mais elementares da população. “A saúde também pode ser vista como fator promotor de desenvolvimento de um estado, já que influencia, por exemplo, a produtividade da oferta de trabalho” (FONTES, CHERMONT, 2004, p. 1). As condições de vida e a possibilidade de acesso da população brasileira, conforme Neto (1997) aos bens e serviços básicos são os mais diferenciados no Brasil, tanto na perspectiva se tomarmos como análise as grandes regiões de saúde como no interior delas.

Na Constituição de 1988 a questão de equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, uma vez que garantiu a universalidade da cobertura e do atendimento, com o propósito de fornecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para indivíduos com as mesmas necessidades. Entretanto, a sustentabilidade desse sistema depende de aportes financeiros que estão além da capacidade de financiamento do setor, o que faz com que indivíduos com maior poder aquisitivo busquem os serviços privados de saúde como forma de garantir o acesso quando necessário. (NERI, SOARES, 2002, p. 78)

A Organização Pan-Americana da Saúde – (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) em publicação intitulada Saúde nas Américas de 2012, afirma como principais desafios e perspectivas brasileiras a persistência de profundas desigualdades entre ricos e pobres, brancos e negros e indígenas, entre áreas urbanas e rurais e entre homens e mulheres (2012, p.81). E em recente Resumo Executivo publicado da OMS (2015) que trata do estado de desigualdade reprodutiva, materna, neonatal e infantil, afirma que, no geral, as desigualdades observadas nos estudos eram em detrimento das mulheres, bebês e crianças em subgrupos populacionais desfavorecidos; ou seja, os mais pobres, os menos educados e aqueles que residem em áreas rurais tiveram menor cobertura na intervenção de saúde e piores resultados de saúde do que os mais favorecidos.

As maiores lacunas na cobertura observadas foram entre os mais ricos e os mais pobres, os mais e menos educados, e as áreas urbanas e rurais, foram relatados para partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, seguido de cobertura de cuidados pré-natais (pelo menos quatro consultas). Em metade dos países, a cobertura de cuidados pré-natais (pelo menos quatro visitas) diferiu em pelo menos 25 pontos percentuais entre ambos, os mais e menos educados, e os mais ricos e os mais pobres. Cobertura de cuidados pré-natais, com pelo menos uma

consulta, foram, pelo menos, 10 pontos percentuais maiores entre as mulheres no subgrupo mais rico do que aqueles no subgrupo mais pobre em metade dos países.

Neste cenário de desigualdades, o estudo da OMS (2015) sugere que é essencial aos governos estabelecer objetivos e metas que determinem a redução das desigualdades, o que significa incentivar a orientação das políticas, programas e práticas para promover a saúde em subgrupos desfavorecidos. Sem um foco voltado sobre a realidade, com esforços para melhorar os riscos para a saúde, acaba por perpetuar ou intensificar a desigualdade dentro de cada território.

4. FINANCIAMENTO EM SAÚDE

O financiamento da saúde é um tema que acompanha as mudanças do sistema de saúde brasileiro desde sua origem. Entre outros aspectos, a distribuição de recursos financeiros da saúde com base em critérios de necessidades e, mais do que isso, capazes de fazer avançar a equidade prevista na legislação, é um desafio importante aos gestores. O modelo brasileiro de financiamento tripartite deve ser solidário e cooperativo, visando buscar a integralidade e promover a equidade na distribuição dos recursos, ações e serviços de saúde. A Emenda Constitucional n.29 (EC n. 29), promulgada em 13 de setembro de 2000, assegurou o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo aportem anualmente recursos mínimos provenientes da aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo. Portanto, vinculou recursos ao setor saúde. (BRASIL, p.49)

A Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. São seis os blocos de financiamento: I. Atenção Básica; II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III. Vigilância em Saúde; IV. Assistência Farmacêutica; V. Gestão do SUS; e VI. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados.

Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada

bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos. As exceções são os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica, que devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco e os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais. Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco (BRASIL, p.106)

Na Atenção Básica a partir de março de 1998, com a edição da Portaria n. 2.121/GM, é implantado o Piso da Atenção Básica (PAB). Com o PAB, passa-se a dispor do modo de financiamento, tendo por base o *per capita*, além do modo já existente de compra de serviço com base na oferta. Para tanto, foi feita a divisão do teto financeiro contemplando: Atenção Básica; Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (BRASIL, 2002). Os recursos do Componente PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes nos respectivos Planos de Saúde. (BRASIL, p.108)

4.1 O PAPEL DO COFINANCIAMENTO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Esse Cofinanciamento trata da parcela estadual de financiamento ao SUS. No que diz respeito ao Cofinanciamento à atenção básica, foco deste artigo, podem ser parcelas complementares somando-se ao financiamento que já existe federal nesse bloco de financiamento ou de outros criados. Esse processo deve ocorrer de forma participativa, no caso com os municípios, o que preconiza a legislação. As formas de financiamento para a Atenção Básica precisam ser articuladas entre os entes federados para enfrentar com êxito os principais nós críticos que dificultam a expansão, qualificação e consolidação da rede de Atenção Básica no Brasil.

Portanto, o cofinanciamento estadual não deixa de representar a intenção dos estados em induzir determinadas ações, modelos e/ou resultados do SUS estadual.

Atualmente as Secretarias Estaduais de Saúde são corresponsáveis pelo financiamento da Atenção Básica junto aos municípios, sendo necessário pactuar nos espaços institucionais (Comissão Intergestores Bipartite - CIB e Comissão Intergestores Regional - CIR). Os desenhos de financiamento são tripartite e devem ser capazes de induzir a melhora dos serviços de Atenção Básica, alinhando iniciativas comuns das três esferas e também considerando as

especificidades de cada região/municípios no desenvolvimento e consolidação da rede de Atenção Básica (Manual PROESF, 2012).

Com a Emenda Constitucional 29, as gestões estaduais tiveram que ampliar seu financiamento e, para tanto, inicia uma construção de debates permanente com os municípios, de diferentes formas e momentos oportunos. Vários estudos estão sendo elaborados para se avançar na perspectiva de análise, mas é preciso construir ainda possibilidades de avaliação de impacto de financiamento de muitas ações no SUS.

5. COFINANCIAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO SUL

- Paraná

O Governo do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, cria o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (**APSUS**). O programa institui uma nova lógica para a organização da **Atenção Básica à Saúde**, estreitando as relações entre o Estado e os Municípios, fortalecendo as capacidades de assistência e de gestão, com vistas à implantação das **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** na implementação do Sistema Único de Saúde. Em seu planejamento estratégico para a Atenção Básica à Saúde de Qualidade em Todo Paraná, pretende ser até 2020, o Estado com a Atenção Básica organizada em todos os municípios atuando como porta de entrada, com resolutividade e responsabilidade pelos cuidados dos seus cidadãos (<http://www.saude.pr.gov.br/> acessado em 15/07/2015)

O **APSUS** pretende possibilitar à população paranaense atendimento à saúde em todas as regiões do estado, sendo organizada o mais próximo possível das residências dos cidadãos paranaenses, aumentando as capacidades de respostas às demandas sociais, sanitárias e assistenciais por parte das equipes de Atenção Básica. Com eficiência e de forma humanizada, as equipes de Atenção Básica deverão se instituir como um novo paradigma assistencial no setor saúde, produzindo uma mudança em todo o modelo de atenção à saúde no Estado.

O modelo prevê três componentes: Capacitação, Investimento na melhoria das Unidades Básicas de Saúde e Custeio das Ações da Atenção Básica. O processo foi desencadeado através da Educação Permanente, por meio de “ondas formativas”, envolvendo as Regionais de Saúde, Municípios e Universidades na realização de **Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde**. As oficinas foram pensadas por módulos que pretendiam atingir em torno de 30 mil trabalhadores e gestores em saúde, tanto do estado quanto dos municípios.

Os recursos do Incentivo Estadual para o custeio e qualificação das ações da Atenção Básica foram definidos com base no Fator de Redução das Desigualdades, aprovado na Comissão Intergestores Bipartite de fevereiro de 2012. O critério adotado para a criação do Fator de Redução das Desigualdades é a classificação dos municípios, de acordo com uma pontuação que varia de 0 a 10, calculada a partir da média ponderada dos indicadores abaixo, com a atribuição dos seguintes pesos: - PIB per capita (peso 2); Percentual da população com Plano de Saúde (peso 1); Percentual da população em Extrema Pobreza (peso 1); Grau de Urbanização (peso 1); e Índice IPARDES¹⁵ de Desempenho Municipal (peso 1). Esse modelo de financiamento substitui os repasses que eram feitos para custeio das equipes de saúde da família e outros.

O Cofinanciamento do estado do Paraná para a Atenção Básica foi estabelecido através da Resolução SESA Nº 001/2014¹⁶, que “Autoriza o repasse do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, destinados ao incentivo de Investimento na Rede de Serviços de Saúde, para Construção e/ou ampliação de Unidade da Saúde da Família no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde – APSUS para no Biênio 2013/2014” (http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RESOLUCAO_2014/Resolucao0012014.pdf capturado em 09/06/2015). A Resolução também define que a comprovação da aplicação dos recursos deverá ser prestada através dos Relatórios de Gestão enviados ao Conselho de Saúde o qual analisará amparado na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

- Santa Catarina

Os dados aqui apresentados referentes ao cofinanciamento para a Atenção Básica do estado de Santa Catarina são os definidos na Resolução CIB/SC 520/13, sendo que consta como incentivo estadual, para o Cofinanciamento estudado, o valor de R\$50.400.000,00 (cinquenta

¹⁵IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social; O IPDM é um índice que mede o desempenho da gestão e ações públicas dos 399 municípios do Estado do Paraná, considerando três dimensões: renda, emprego e agropecuária, saúde e educação. Sua elaboração baseia-se em diferentes estatísticas de natureza administrativa disponibilizadas pelas entidades públicas.

¹⁶ Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9120, de 08/01/14- Art. 1º - Autorizar, o repasse financeiro no valor total de R\$ 2.291.832,00,00 (dois milhões, duzentos e noventa e um mil e oitocentos e trinta e dois reais), do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, habilitados por meio de Resoluções, de forma regular e automática, na modalidade fundo a fundo. O Incentivo corresponde ao Investimento na rede de serviços de saúde, para Construção e ou Ampliação de Unidades de Saúde da Família, no âmbito do Programa Qualificação da Atenção Primária em Saúde – APSUS para o Biênio 2013/2014. (http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RESOLUCAO_2014/Resolucao0012014.pdf)

milhões e quatrocentos mil reais) em 2014. Deste valor, foram reservados R\$ 40.131.800,00 (quarenta milhões cento e trinta e um mil e oitocentos reais) para cofinanciar a Estratégia Saúde da Família - ESFsb (Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal).

Um critério utilizado para recebimento de incremento no valor repassado às equipes da Estratégia Saúde da Família foi a adesão do município ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ¹⁷/Ministério da Saúde. E assim a distribuição se deu da seguinte forma: para as equipes de Saúde da Família que aderiram ao PMAQ foi destinado o valor de R\$1.650,00 (mil e seiscentos e cinquenta reais) e para as equipes de Saúde da Família que não aderiram ao PMAQ foi destinado o valor de R\$1.400,00 (mil e quatrocentos reais). Quanto às equipes de Saúde Bucal, também o critério de adesão ao PMAQ definiu os valores: R\$825,00 (oitocentos e vinte e cinco reais) para as que aderiram e o valor de R\$700,00 (setecentos reais) para as equipes de Saúde Bucal que não aderiram ao PMAQ. Desta forma a gestão da SES/SC busca promover ações de monitoramento e avaliação que são previstas pelo PMAQ. Em consonância com a Resolução que determina que os recursos do cofinanciamento estadual devam ser utilizados para desenvolvimento de ações que visem à melhoria contínua do acesso e da qualidade na Atenção Básica/ESF, prioritariamente, em ações de educação permanente.

Também se evidenciam financiamentos direcionados a apoiar as ações dos novos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, nas modalidades:

-CAPS I (não microrregional), II, III, AD e CAPSi: R\$270.000,00 (duzentos e setenta mil reais); CAPS I microrregionais que atendam a dois ou mais municípios que já estiverem em funcionamento: R\$820.000,00 (oitocentos e vinte mil reais); CAPS I microrregional: R\$260.000,00 (duzentos e sessenta mil reais). A soma dos recursos investidos em CPAS totaliza R\$1.350.000,00 (um milhão trezentos e cinquenta mil reais) o que mantém os critérios da Deliberação 53/CIB/SC/2011. Para financiar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família Santa Catarina - NASF SC Modalidade 1 e 2, e cofinanciar os NASF Federal Modalidade 1, 2 e 3, o valor foi de R\$7.124.000,00 (sete milhões cento e vinte e quatro mil reais). Os critérios e valores estão descritos na Deliberação 440/CIB/SC//2013, de 26 de setembro de 2013.

No que diz respeito ao cofinanciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) regionalizados o valor de R\$ 951.456,00 (novecentos e cinquenta e um mil e

¹⁷**Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**, criado em 2011, pelo MS para avaliar o trabalho dos profissionais que fazem parte de uma equipe de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes de saúde bucal e comunitários de saúde), que cuidam da saúde dos brasileiros e assim melhorar cada vez mais o padrão de qualidade do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

quatrocentos e cinquenta e seis reais). Os critérios e valores estão descritos na Deliberação 098/CIB/SC/13. E para a realização de Eventos Temáticos da Atenção Básica e publicação da Revista Catarinense de Saúde da Família foi reservado R\$ 842.744,00(oitocentos e quarenta e dois mil e setecentos e quarenta e quatro reais).

- Rio Grande do Sul

A SES/RS criou um espaço de debate para formulação e avaliação da Atenção Básica no estado e de discussão sobre o cofinanciamento estadual da Atenção Básica. Para tanto, aprovou na CIB/RS a RESOLUÇÃO nº. 325/11- CIB/RS, que objetivou instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul (SUS-RS), o Grupo de Trabalho pelo Fortalecimento da Atenção Básica (GT-AB). O Grupo de Trabalho de Fortalecimento da Atenção Básica (GT-AB), ainda funciona e tem como objetivos principais: Aproximar os gestores do SUS-RS para juntos enfrentarem, de maneira inovadora e comprometida com o Sistema Único de Saúde, às demandas e desafios para a qualificação da Atenção Básica; e, construir espaço de formulação e cooperação entre a gestão municipal e estadual pelo fortalecimento da Atenção Básica.

O Cofinanciamento estadual traz como estratégia principal a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES), instituída em 2011, que amplia o volume de recursos repassados aos municípios e torna a utilização de critérios de distribuição mais compatíveis com o princípio da equidade, através de um conjunto de medidas articuladas com as políticas federais nesta área, caracterizando-se pelo PAB estadual. Regulamentada pela Resolução nº 119/11, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS), esta política prevê a distribuição de recursos aos municípios por meio de uma fórmula que utiliza critérios que vão além do clássico coeficiente populacional. O sistema inclui coeficientes de faixas etárias (maior concentração de crianças menores de cinco anos e de idosos, maiores de 60 anos) e o inverso da receita tributária líquida per capita, que indica a capacidade produtiva e também a situação econômica dos municípios, o que incide nas condições e necessidades de saúde da população. O uso desse indicador é um avanço importante na proposição de critérios de equidade no financiamento da saúde pública. As fontes de dados para o cálculo desse critério são os relatórios do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). A utilização de critérios de corte de faixas etárias leva em conta as características da população gaúcha, em particular a longevidade, assim como a prioridade estadual em relação à atenção à Primeira Infância.

O cofinanciamento para atenção básica está desdobrado em 26 itens, os quais seguem:

1- Portaria Estadual nº 280 de 11 de abril de 2014-recursos financeiros destinados ao custeio de ações e serviços devem estar registrados nos respectivos Planos de Saúde Municipais vigentes e aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde. Esta aplicação deve ter por base, as prioridades informadas pelos indicadores de saúde pactuados, especialmente em áreas de maior potencial para a redução de internações hospitalares. Na sequência entra outro componente o Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS)¹⁸, que teve como objetivo reduzir as desigualdades regionais na distribuição dos recursos.

O PIES em 2014 – foi estabelecido em R\$ 120.000.000,00, repassado em 04 parcelas, divididos entre todos os municípios, de acordo com critérios de equidade e conforme coeficientes descritos na Portaria citada;

2 - Resolução Estadual nº 502 de 14 de outubro de 2013- R\$ 30.000 para implantação de nova Equipe de Saúde da Família (eSF);

3- Portaria Estadual nº 539 de 20 de novembro de 2013 e Portaria Estadual nº 563 de 24 de dezembro de 2013 – destina R\$ 60.000,00/ anual para equipe de SF com equipe de Saúde Bucal e acrescenta a 13ª parcela de R\$ 5.000,00. Para equipe de SF sem Saúde Bucal o valor anual é

¹⁸O IVS é uma medida de desigualdade entre os municípios quanto à proporção de população em situação de vulnerabilidade, definida pela proporção de domicílios em situação de pobreza e pela menor densidade populacional. Estas condições sociais de vida são importantes determinantes de desigualdades em saúde entre as populações. O desenvolvimento do IVS é, portanto um avanço na adequação da distribuição de recursos para o financiamento da Atenção Básica visando à equidade em saúde. O IVS foi desenvolvido em duas etapas. A primeira incluiu a seleção dos indicadores de vulnerabilidade e a elaboração de sua escala de medida. Seis determinantes sociais da saúde, cuja fonte de dados é o Censo do IBGE de 2010, foram selecionados para constituir o IVS. Eles são (a) percentual de domicílios com rendimento nominal mensal per capita até ½ salário mínimo, (b) percentagem de domicílios não ligados à rede de distribuição de água, (c) percentagem de domicílios sem coleta de lixo, (d) percentagem de domicílios sem banheiro ou sanitário ligado à rede geral de esgoto ou pluvial, (e) percentagem de analfabetismo entre pessoas com mais de 15 anos de idade e (f) densidade demográfica. Para cada indicador foi atribuído o valor 1,00 (um) para o município em pior situação e 0,00 (zero) para o município em melhor situação. Para os demais municípios, foi calculado 1,00 (um) valor entre 0,00 (zero) e um usando a seguinte fórmula: (valor municipal menos o valor do município em melhor situação) dividido pela diferença entre o pior e melhor valor entre todos os municípios. A segunda etapa do desenvolvimento do IVS utilizou a técnica estatística de Análise de Componentes Principais para criar o IVS, que é um índice que sumariza as desigualdades entre os municípios, considerando o conjunto dos seis indicadores. O IVS classifica os municípios do Estado em ordem crescente de vulnerabilidade. O valor do IVS municipal indica a posição do município, medida em desvios padrões acima ou abaixo da média dos 496 municípios. Valores de IVS positivos indicam maior proporção de população vulnerável e valores negativos indicam menor proporção de população vulnerável em relação à média dos municípios do Estado. No PIES, o IVS foi utilizado para distribuir 20% dos recursos, totalizando R\$ 16.000.000,00 (dezesseis milhões de reais). Para essa distribuição os municípios foram organizados em quatro grupos: (a) IVS maior do que 1,00 desvio-padrão acima da média (76 municípios), grupo de maior vulnerabilidade, recebeu oito reais per capita, (b) IVS de zero a 1,00 desvio-padrão acima da média (171 municípios) recebeu quatro reais per capita; (c) IVS de zero a 0,5 desvio-padrão abaixo da média (99 municípios) recebeu 1,73 reais per capita e (d) IVS 0,5 desvio-padrão abaixo da média ou menor (149 municípios) recebeu 0,85 reais per capita.

de R\$ 48.000,00/ com mais a 13ª parcela de R\$ 4.000,00 (o estado do Rio Grande do Sul é o único estado que acrescenta a 13ª parcela).

4- Resolução Estadual nº 503 de 14 de outubro de 2013 - Adicional mensal de R\$4.000,00 ou R\$5.000,00/eSF com 2 Enfermeiro (pelo menos 1 c/Esp. prevista na Resolução). Adicional mensal de R\$2.000,00/eSF com Médico de Família e Comunidade.

5 - Resolução Estadual nº 636 de 23 de dezembro de 2013 - Incentivo para o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica do RS (PCRI/AB-RS) aos municípios que possuem eSF ou que foram contemplados com o Programa Mais Médicos (condicionado ao Termo de Compromisso disponibilizado pela Coordenação Estadual da Saúde da População Negra/DAS/SES). Os valores vão de R\$ 10.000,00 para municípios com até 10 mil habitantes a R\$ 25.000,00 para municípios com 100 mil hab.

6- Resolução Estadual nº 633 de 23 de dezembro de 2013 - R\$ 50.000 para aquisição de veículo exclusivo para as eSF. A distribuição de veículos se dá da seguinte forma: Município homologado em Resolução com 01 a 02 eSF – 01 veículo até Município com 16 eSF – 05 veículos.

7 - Portaria Estadual nº 565 de 24 de dezembro de 2013 - R\$ 250.000,00 para aquisição de Unidade Móvel Terrestre para atuação de eSF em áreas rurais com população rarefeita/município homologado em Portaria.

8 - Resolução Estadual nº 233, de 12 de maio de 2014 - R\$ 1.200,00 para contratação de Acompanhante Terapêutico nas UBS.

9 – Resolução Estadual nº 235, de 12 de maio de 2014 - recursos para implantação da Linha de cuidado em HIV/AIDS e outras DST Incentivo anual na rede de Atenção Básica de R\$ 15.495.324,00 repassados em 2 parcelas (40% e 60%, respectivamente) aos 64 municípios homologados em Resolução.

10 – Resolução Estadual nº 503 de 14 de outubro de 2013 - Incentivo a Equipe de Saúde Bucal (eSB) Adicional mensal de R\$1.000,00/eSB modalidade II vinculada a eSF.

11 - Portaria Estadual nº 892 de 22 de novembro de 2012 - Parcela única de R\$ 1.014,00/ACS paga no último trimestre do ano.

12 – Resolução Estadual nº 504 de 23 de dezembro de 2013 - Incentivo aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) no valor de R\$ 50.000 para aquisição de veículo exclusivo/equipas de NASF ou NAAB.

13 - Portaria Estadual nº 539 de 20 de novembro de 2013 - Programa de Acesso à Melhoria e Qualidade (Pmaq) e Qualidade (Pmaq) e AB – com valores que vão de R\$ 8.500,00/mês, conforme desempenho. eSB - até R\$ 2.500,00/mês conforme desempenho.

14 - Resolução Estadual nº 636 de 23 de dezembro de 2013 - Saúde da População Negra Incentivo financeiro à eSFQ: referente a 50% de acréscimo no incentivo financeiro da parcela básica da eSF aos municípios com comunidade remanescentes de quilombos habilitados na Resolução. Resolução Estadual nº 098 de 05 de abril de 2013. Adicional de qualificação da eSFQ corresponde, inicialmente, a 20% de acréscimo sobre o valor da parcela básica da eSF. Portaria nº 539 de 20 de novembro de 2013. Incentivo para o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica do RS (PCRI/AB-RS) - incentivo automático aos municípios que aderiram à eSFQ: com valores que vão de R\$ 10.000,00 para municípios com até 10 mil hab à R\$ 25.000,00 para municípios com mais de 100 mil hab.

15 - Portaria Estadual nº 41 de 1 de fevereiro de 2013 - Saúde Indígena: R\$ 4.000,00 por Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena completas e de R\$ 1.000,00 até R\$ 4.000,00 por Equipes não completas (conforme dados populacionais).

16 - Resolução estadual nº 257 de 31 de agosto de 2011 - Incentivo a Saúde Prisional com População de 100 a de 3.000: o repasse entre R\$ 8.222,00 a R\$ 14.220,00. Teto máx. de R\$ 80.000,00/Unidade de Saúde Prisional habilitada mediante apresentação de Plano de Trabalho aprovado tecnicamente pela SES-RS.

17 – Portaria Estadual nº 578 de 12 de dezembro de 2013- recursos para o Primeira Infância Melhor (PIM) no valor de R\$ 1.000,00/visitador 40h, R\$ 750,00/visitador 30h, R\$ 500,00/visitador 20h. Obs.: os municípios habilitados pela Portaria 071/2010 permanecem recebendo R\$ 1.000,00/visitador.

18 – Resolução Estadual nº 063, de 12 de maio de 2014.- incentivo de para o projeto Tele-espirometria/ RespiraNet em parceria com o Telessaúde RS, com repasse de R\$ 4.210,00 em parcela única e R\$ 6.991,54 para implantação de projeto de Telediagnóstico aos municípios homologados em Resolução.

19– Resolução Estadual nº 504 de 23 de dezembro de 2013- recursos no valor de R\$100.000/aquisição de veículo exclusivo/equipe de Consultórios na Rua.

20– Resolução Estadual nº 403 de 26 de outubro de 2011-recursos e incentivo aos Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB)R\$ 10.000,00 para implantação, R\$ 6.000,00/NAAB sem adesão à linha de cuidado em Saúde Mental/mês, R\$ 8.000,00/NAAB com adesão à linha de

cuidado em Saúde Mental/mês. Mais R\$50.000 para aquisição de veículo exclusivo/equipes de NASF ou NAAB. Resolução Estadual nº 504 de 23 de dezembro de 2013.

21–Resolução Estadual nº 404 de 26 de outubro de 2011-recursos para Oficina Terapêutica (OT) Modalidade I (1 profissional de nível médio ou oficineiro) - R\$ 1.500,00/mês. Modalidade II (1 profissional com curso superior ou oficineiro) - R\$ 3.000,00/mês.

22 – Resolução Estadual nº 234, de 12 de maio de 2014- recursos para Composições de Redução de Danos R\$ 10.000 na ocasião da aprovação do projeto pela Gestão Estadual. Modalidade 1 - Composição de Equipe de Redução de Danos: R\$ 6.000,00/mês. Modalidade 2 - Composição Intersetorial de Redução de Danos: R\$ 3.000,00/mês.

23 - Resolução Estadual nº 142 de 1º de abril de 2014 - Rede SUS RS (e-SUS e outras estratégias) Incentivo de até R\$44.000,00/ESF.

24 – Resolução Estadual nº 672 de 23 de dezembro de 2013 - Recursos para atender ao Verão numa Boa – 2013/2014: R\$ 50.000,00 para municípios com aumento populacional sazonal que incrementaram até 50 atendimentos/dia entre dez/12 e fev/13; R\$ 75.000,00 para municípios com aumento da população sazonal que incrementaram de 51 a 100 atendimentos/dia entre dez/12 e fev/13; e R\$ 100.000,00 para municípios com aumento de população sazonal que incrementaram mais de 100 atendimentos/dia entre dez/12 e fev/13.

25 – Resolução Estadual nº 590 de 11 de novembro de 2013 - Recursos para ações de Educação Permanente na Atenção Básica - Incentivo anual de R\$ 10.000.000,00, com possibilidade de acréscimo de R\$ 2.000.000,00 de acordo com critérios especificados em Resolução, considerando valor mínimo de R\$ 15.000,00 ano/município e quantia proporcional à população residente.

26 - Programa de Requalificação de UBS através de Ampliação, Reforma e Construção de UBSs: variável, conforme Consulta Popular e Convênios.

6. CONCLUSÃO

A reflexão sobre os dados demográficos da Região Sul demonstra que a taxa de alfabetização nos três estados é muito parecida, mostrando uma pequena diferença positiva para Santa Catarina. No que diz respeito às faixas etárias os três estados do Sul acompanham a tendência ao aumento da população idosa, com inversão da pirâmide etária. Quanto à mortalidade infantil Santa Catarina e Rio Grande do Sul apresentam as taxas de 10,6 e 10,7, respectivamente, como as mais baixas do Brasil.

O Rio Grande do Sul tem investido significativamente na vigilância do óbito, como estratégia para reestruturar ações e políticas públicas para reduzir a taxa, porém os resultados, na série histórica, apontam que, embora baixando as taxas ainda precisa melhorar o cuidado no pré-natal e no parto.

A forma como cada estado construiu sua política de cofinanciamento estadual para a atenção básica apresenta diferenças com alguns pontos em comum. Ressaltam-se alguns aspectos mais importantes:

O Rio Grande do Sul e Santa Catarina apostaram em replicar nos estados incentivos conforme as avaliações do PMAQ.

O Rio Grande do Sul diversificou o cofinanciamento, com variáveis de incentivos para induzir um modelo de atenção à saúde da população, mais claramente relacionado a melhorar a clínica e o cuidado da população, com a inclusão de um segundo enfermeiro com especialização, médico de família, proporção diferenciada de equipes de saúde bucal, entre outros. Porém, excluiu a vinculação de resultados de indicadores ao repasse de recursos, oferecendo maior liberdade para os gestores, o que ainda não é possível avaliar como resultado concreto positivo. A pressão política realizada foi pela criação no estado de um PAB estadual, que acabou sendo denominado de PIES, com repasse fundo a fundo e valores per-capita, ou seja, define-se um valor fixo por habitante ao ano, a partir dos diferentes recortes já apresentados e assim o município recebe recursos financeiros correspondentes ao número de seus habitantes por meio de transferência do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (fundo a fundo), para alocar na atenção básica de seus municípios.

Paraná e Rio Grande do Sul introduziram no cofinanciamento o componente de redução das desigualdades, mesmo com diferentes composições de índices, o objetivo foi diferenciar os municípios com maiores dificuldades de financiamento, oferecendo um maior cofinanciamento e garantir um acesso mais qualificado à população, com vistas a implementar a equidade na

distribuição de recursos. Tais iniciativas sugerem a importância de monitorar as ações e o uso dos recursos e de avançar para uma avaliação mais consistente, com o objetivo de medir o impacto nos indicadores.

Já o Paraná avança conseguindo construir um planejamento estratégico para 2020, com a definição de indicadores de resultados necessários para atingir os resultados projetados, com a inclusão de contratos de gestão. Essa estratégia acompanha as modernas tendências da administração pública por resultados.

Os três estados incluem a Educação Permanente no cofinanciamento, mas o Paraná desenvolve uma estratégia de formação estruturada para organizar o sistema estadual de saúde, utilizando-se do modelo de oficinas do CONASS para a Atenção Primária à Saúde e para organização das Redes de Atenção à Saúde. Talvez a experiência do Paraná se apresente como a mais consistente para as mudanças dos processos de trabalho, modelo de atenção à saúde, organização das Redes de Atenção à Saúde e, com isso, possibilitando que a atenção básica se coloque como ordenadora da rede e do cuidado, desde um modelo assistencial preconizado no marco regulatório do SUS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 124 p. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**, 2011, 2.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 124 p. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**, 2011, 2.

BRASIL. Conselho. **Saúde**. bvsms.saude.gov.br/bvs/gm/2007/prt0204_29_01_2007.gov.br/14cns/docs/emendaconstitucionaln29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde 2002. **Relatório de Gestão SAS quadriênio 1998-2001**. Editora: MS. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 156 p.:il. – (Série Articulação Interfederativa, v.1).

BRASIL. **Perto de Você – Acesso e Qualidade**, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ. PROESF – ESTADOS. Brasília – DF, 2012.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

CETOLIN, Sirlei Fávero; BELLINI, Maria Isabel Barros, A liberdade de ir e vir e o acesso à saúde in **A saúde na fronteira seca Brasil-Argentina**, Ministério da Saúde, 2008, p236. DATASUS - Ministério da Saúde, Brasil. Acesso em: 19/06/2015

DATASUS. **Ministério da Saúde**. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/alfrs.def> Acesso em: 07/07/2015.

DUARTE, Elisabeth Carmen /...[et al.]. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**—Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 123 p. il. ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria Estadual nº 565**. RESOLVE Criar incentivo financeiro para aquisição de Unidade Móvel Terrestre para atuação de equipes de saúde da família em áreas rurais com população rarefeita, de 24 de dezembro de 2013.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 502/13 – CIB/RS, da Comissão Intergestores Bipartite/RS**. Resolve criar incentivo financeiro estadual para implantação de novas Equipes de Saúde da Família - ESF que tiverem solicitação de credenciamento aprovadas na CIB/RS, a partir da data de aprovação desta Resolução, 14 de outubro de 2013.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde, da Comissão Intergestores Bipartite/RS. **RESOLUÇÃO Nº 233/14 - CIB / RS**, Resolve instituir, dentro da Política Estadual de Saúde Mental, incentivo financeiro para contratação de profissional de saúde que desenvolva a função de Acompanhante Terapêutico nas equipes de atenção básica, em unidades básicas de saúde e/ou estratégias de saúde da família, de 12 de maio de 2014.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde, **Portaria Estadual nº 892**, Resolve criar o Incentivo Financeiro adicional para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS/ESF, no valor do incentivo mensal federal repassado pelo Ministério da Saúde aos municípios no mês base para o cálculo, por Agente Comunitário de Saúde, de 22 de novembro de 2012.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde, **Portaria Estadual nº 539**, resolve estabelecer Incentivo Financeiro Estadual para Estratégia de Saúde da Família (ESF), Estratégia de Saúde Bucal (ESB) e Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ), de 20 de novembro de 2013.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 325/11-CIB/RS**. Comissão Intergestores Bipartite/RS RESOLVE: Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul (SUS-RS), o Grupo de Trabalho pelo Fortalecimento da Atenção Básica (GT-AB), 16 de setembro de 2011.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Resolução nº 119/11, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS)** RESOLVE Aprovar para o ano de 2011 a utilização dos coeficientes para o PIES, 23 de maio de 2011.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 503/13 – CIB/RS, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS)**, RESOLVE criar um conjunto de incentivos financeiros estaduais diferenciados para qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, de 14 de outubro de 2013.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 636/13 - CIB/RS, da Comissão Intergestores Bipartite/RS**, Resolve: Instituir o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica do Rio Grande do Sul (PCRI/AB-RS) e criar incentivo financeiro estadual para implantação do programa nos Municípios com ESF, ESFQ ou que foram contemplados com o Programa Mais Médicos do Governo Federal, de 23 de dezembro de 2013.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **PORTARIA Nº 280/2014**. Dispõe sobre o financiamento Estadual para Atenção Básica dentro da Política Estadual de Incentivo para Qualificação da Atenção Básica – PIES 2014, 14 de abril de 2014.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria Estadual nº 41**. Estabelece Incentivo Financeiro para qualificar a Atenção à Saúde Indígena prestada nos

municípios, prezando pela corresponsabilização dos três entes federativos de 1º de fevereiro de 2013.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria Estadual nº 578**. RESOLVE alterar a redação da PT/SES nº 569/2012, publicada no DOE em 16 de agosto de 2012, estabelecendo que o repasse financeiro aos municípios habilitados pela CIB/RS ao Primeira Infância Melhor, realizado pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, a partir de 01 de dezembro de 2013, que poderá ser utilizado tanto em despesas de custeio como em despesas de capital, conforme estipulado no Anexo 2 desta Portaria, e terá como base a relação do número de visitantes e a carga horária desenvolvida pelos mesmos, 12 de dezembro de 2013.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 636/13 - CIB/RS, da Comissão Intergestores Bipartite/RS**, RESOLVE: Instituir o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica do Rio Grande do Sul (PCRI/AB-RS) e criar incentivo financeiro estadual para implantação do programa nos Municípios com ESF, ESFQ ou que foram contemplados com o Programa Mais Médicos do Governo Federal, de 23 de dezembro de 2013.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 063/14 – CIB/RS da Comissão Intergestores Bipartite/RS**, RESOLVE que o projeto de Telediagnóstico em Doenças Respiratórias Crônicas – Asma e DPOC (Tele-espirometria/RespiraNet) será ampliado para as demais macrorregiões, abrangendo assim as 07 (sete) macros e abrangerá todos os médicos das Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios vinculados ao TelessaúdeRS/UFRGS, de 17 de fevereiro de 2014.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 504/13 – CIB/RS da Comissão Intergestores Bipartite/RS** RESOLVE: Art. 1º – Criar incentivo financeiro para aquisição de veículos exclusivos ao uso das equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), Composição Intersetorial de Trabalho de Redução de Danos, Composição de Equipe de Redução de Danos e Consultórios na Rua, 23 de dezembro de 2013.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 403/11 – CIB/RS da Comissão Intergestores Bipartite/RS**, RESOLVE Criar os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) – saúde mental, dentro da Política Estadual da Atenção Básica, de 26 de outubro de 2011.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 504/13 – CIB/RS da Comissão Intergestores Bipartite/RS**, RESOLVE Criar incentivo financeiro para aquisição de veículos exclusivos ao uso das equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), Composição Intersetorial de Trabalho de Redução de Danos, Composição de Equipe de Redução de Danos e Consultórios na Rua, de 23 de dezembro de 2013.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 404/11 – CIB/RS, da Comissão Intergestores Bipartite/RS**. RESOLVE Instituir, dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental e de Atenção Básica, Incentivo Financeiro Estadual para implantação pelos municípios de atividades educativas – modalidade Oficinas Terapêuticas do tipo I e do tipo II, na Atenção Básica, 26 de outubro de 2011.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 257/11 – CIB/RS da Comissão Intergestores Bipartite/RS**, Resolve aprovar a alteração do Incentivo Estadual para habilitação de Equipes Municipais de Saúde Prisional em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas, de 31 de agosto de 2011.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 142/14 – CIB/RS da Comissão Intergestores Bipartite/RS**, RESOLVE Estabelecer Incentivo Financeiro Estadual para Implantação do Programa de Tecnologia de Informação no Sistema Único de Saúde – REDESUS RS do Estado do Rio Grande do Sul, de 1º de abril de 2014

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 234/14 – CIB/RS da Comissão Intergestores Bipartite/RS** RESOLVE Instituir recurso financeiro Estadual para a implantação de Composições de Redução de Danos em âmbito municipal, nas modalidades Intersetorial e de Equipe, 12 de maio de 2014.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 235/14 – CIB/RS da Comissão Intergestores Bipartite/RS**. Resolve criar incentivo financeiro estadual para fortalecer a ampliação e a descentralização das ações de promoção e prevenção à saúde, acesso ao diagnóstico, tratamento e compartilhamento do cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na rede de Atenção Básica em Saúde/Estratégia Saúde da Família.

FLEURY, Sonia (org) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FONTES, Adriana; CHERMONT, Ivo. As Condições da Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Análise do Rio de Janeiro a partir do **Atlas de Desenvolvimento Humano**. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade, 2004.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. **RESOLUÇÃO SESA Nº 001/2014**. Autoriza o repasse do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, destinados ao incentivo de Investimento na Rede de Serviços de Saúde, para Construção e/ou ampliação de Unidade da Saúde da Família no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde – APSUS para no Biênio 2013/2014, de 08/01/14). Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420540&search=santa-catarina|florianopolis>>. Acesso em: 06/07/2015.

IBGE. Diretoria de Pesquisa, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**, 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431490&search=rio-grande-do-sul|porto-alegre>>. Acesso em: 07 maio de 2015.

IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/#/?loc=42&cat=2,-2,-3,128&ind=4707> Acesso em: 06/07/2015.

IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sc> Acesso em: 06/07/2015.

IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs> Acesso em: 07/07/2015.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):77-87, 2002.

NETO, Leonardo Guimarães. Desigualdades e políticas regionais no Brasil: caminhos e descaminhos. **Planejamento e Políticas Públicas**, nº 15, jun de 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health**. Executive Summary. All rights reserved. Publications of the World Health Organization are available on the WHO website (www.who.int) or can be purchased from WHO Press, World Health Organization, 20 Geneva, Switzerland, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas**. Washington, DC: OPAS, Edição 2012.

PAIM, Jairnilson, LIGIA, Silva. Universalidade, integralidade, equidade e SUS in **Boletim do Instituto de Saúde**. Volume 12 - Número 2 - Agosto de 2010. ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529.

Portal do Governo Brasileiro. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal**. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw> Acesso em: 06/07/2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. – Curitiba: SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013. 220 p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2012/2015**. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2013. 250 p. Il.

Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/> Acesso em: 07/07/2015.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano estadual de saúde. 2012 – 2015**, Florianópolis – SC, 2011.

Secretaria de Estado da Saúde de Rio Grande do Sul. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/597/Plano_Estadual_de_Sa%C3%BAde
Acesso em: 07/07/2015.

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&Itemid=251
Acesso em: 06 jul. de 2015.

SOUZA RR. O sistema público de saúde brasileiro. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, 2002.

PARTE VI

FECHAMENTO

A CULPA NÃO É DO MICRÓBIO! O ENTORNO E SUAS INIQUIDADES COMO FATORES DE RISCO

Neide Mayumi Osada

Socióloga, Doutora em Política Científica e Tecnológica pela UNICAMP, pesquisadora colaboradora do Departamento de Política Científica e Tecnológica da UNICAMP.
Email: mayumi.osada@gmail.com

Refletir sobre políticas públicas em saúde em um país cujas desigualdades regionais são gritantes, como proposto no projeto de extensão Desigualdade Regional e as Políticas Públicas de Saúde, é um desafio interessante por permitir pensar o país a partir dos seus localismos. Mas, ao mesmo tempo, ao longo dos capítulos percebemos que muitos dos problemas são comuns a todas as regiões, em maior ou menor intensidade e de igual relevância. Os cinco capítulos que compõem a edição analisam cada uma das regiões a partir de referenciais teóricos, perspectivas e interesses de cada autor, essas leituras apontam sempre para a compreensão de um território cujas diferenças, desigualdades e iniquidades parecem formar um país *franksteiniano* marcado pelas complexidades construídas pelas suas idiossincrasias e cansado pelos velhos problemas sem solução. Replico aqui a incômoda pergunta dos autores Marco Akerman e Francisco Comaru: “*por que não se alteram de maneira importante as desigualdades no Brasil?*”

Ao refletir sobre as cinco partes do livro a partir dos caminhos escolhidos por cada autor, uma imagem parecia muito feliz por sintetizar a saúde pública no país e por permitir compreender as desigualdades regionais. A charge de Cau Gomez, abaixo, foi publicada em um jornal de Salvador em 2007 e chama a atenção pela inspiração no homem vitruviano de Leonardo da Vinci, cânone das proporções, mas Cau Gomez ao se inspirar no homem brasileiro nos apresenta um modelo imperfeito, com um DNA composto por uma mistura de etnias combinadas pela situação socioeconômica de desemprego, fome e analfabetismo. Na desproporcionalidade do seu corpo, chama a atenção a barriga d'água pela esquistossomose, as pernas finas e o olhar assustado. Problemas de saúde pública que as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e algumas regiões do Sudeste ainda enfrentam.

No DNA social do povo brasileiro de Cau Gomez, 48,2% do seu corpo é composto pela origem africana, 21,8% europeia e 4% ameríndia. Segundo censo do IBGE de 2010, 50,7% da população se declarou parda ou negra, mas na versão da Genética, o nosso DNA é 80% europeu¹⁹! A pesquisa coordenada por Rinaldo Wellerson Pereira, da Universidade Católica de Brasília e publicada no *American Journal of Human Biology*, coletou amostras de sangue da população brasileira das cinco regiões do país para chegar a essa conclusão.

¹⁹ Informações do site Ciência na Mão, projeto Interfaces.

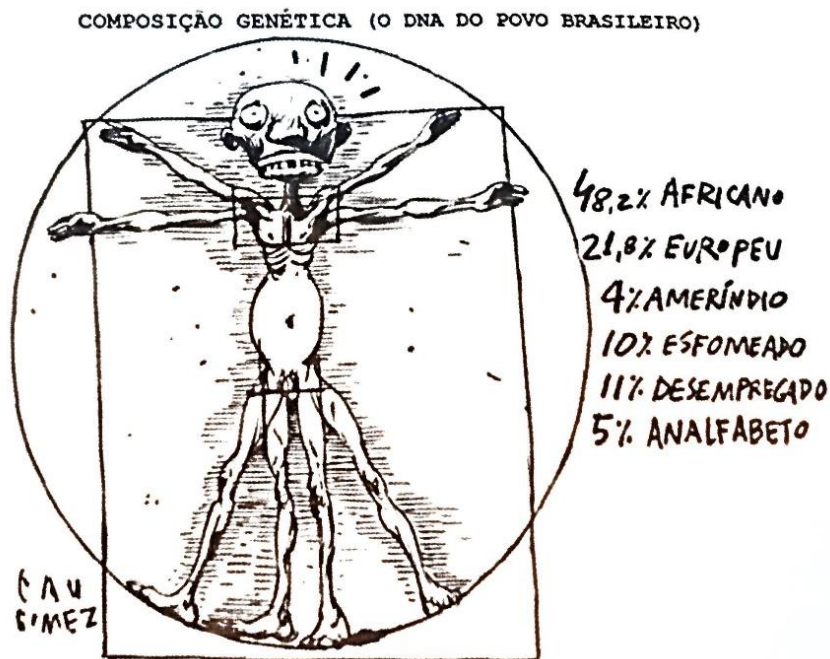


Imagem: Composição Genética (O DNA do povo brasileiro) de Cau Gomez, 2007.

Reproduzida com a autorização do artista.

A charge, acima, contém elementos que os diversos autores deste livro chamam a atenção, dentre eles a de que as desigualdades regionais precisam ser compreendidas não apenas pelas características do espaço físico de cada região, mas sobretudo pelas condições de acesso a bens materiais e suas materialidades como renda, alimentação adequada, vestimenta, saneamento básico e água potável, educação, cultura, assim como pelas relações de poder e meritocracia que também exercem influência.

O homem vitruviano brasileiro não deveria causar estranheza. Segundo Lopes Neto et al no Capítulo **Saúde Pública na Região Norte: Das Assimetrias à Saúde como Direto**, a região Norte apresenta os piores índices de analfabetismo, saneamento básico precário, distribuição desigual de renda, levando à prevalência de doenças negligenciadas que poderiam ser facilmente controladas com saneamento básico. A esquistossomose ou, como é popularmente conhecida, a barriga d'água é um exemplo disso, sua erradicação passa por investimento em saneamento básico (água encanada, esgotamento e tratamento sanitário, coleta e manejo de resíduos sólidos). Em 2011, o Ministério da Cidade havia proposto meta de universalização do serviço para até 2033, no entanto, a Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental do mesmo ministério, admitiu cinco anos depois que o país não será capaz de atingir tais metas.

Isso aponta tristemente para a persistência dos problemas apresentados por Lopes Neto et al sobre a tênue relação entre controle de doenças como diarreias, disenterias, febres entéricas, poliomielite, hepatite A, leptospirose, malária, dengue, febre amarela, entre outras, e saneamento básico.

Se Lopes Neto et al enfatizaram uma perspectiva macro a partir das desigualdades mensuráveis quantitativa e qualitativamente da região Norte, Silvana Santos ao retratar o Nordeste no Capítulo **Políticas de Saúde: a Questão da Consanguinidade e Acesso aos Serviços de Genética Médica no Nordeste Brasileiro** optou por discutir um dos temas mais caros, em termos financeiros, para a saúde no Brasil e no mundo. Ainda que as questões sanitárias básicas, índices de analfabetismo, desemprego, má distribuição de renda etc., sejam desafios pertinentes ao Nordeste brasileiro, uma questão tem sido negligenciada, não só no Nordeste, mas em diversas regiões do país: o aumento das doenças genéticas raras causadas pela consanguinidade.

Estaríamos vivendo uma “epidemia” de doenças genéticas raras com tantos casos divulgados pela mídia impressa ou televisiva? Não exatamente, esse crescimento deve-se à difusão e melhoria das técnicas de sequenciamento de DNA que permitem identificar genes de doença no DNA dos indivíduos, à redução dos custos da pesquisa, à redução no tempo de sequenciamento de DNA, à pressão de pacientes e familiares sobre os laboratórios de pesquisa, ao interesse de pesquisadores pelo tema das doenças genéticas raras. Os avanços da biologia molecular, da biomedicina e da genética médica estão promovendo uma revolução na saúde pública e privada através de diagnósticos, intervenções cirúrgicas precisas, tratamentos personalizados, medicamentos customizados, possibilidade de terapias com células-tronco para doenças que até recentemente não tinham tratamento; pode-se dizer que se trata de uma nova perspectiva da saúde que promete a cura/ novos tratamentos para diversas doenças. O capítulo apresentado por Santos aponta para essas “descobertas” que só foram possíveis com esses avanços e com as contingências que levaram a autora a Serrinha dos Pintos.

Os dados de Santos chamam a atenção para a alta proporção de casamento consanguíneos no Nordeste, como é o caso da cidade Serrinha dos Pintos que sofre com a Síndrome Spooan, doença genética rara em que Santos é uma das responsáveis pela pesquisa e pela inserção na literatura médica, ou seja, inserção de informações sobre a doença nos bancos de dados do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos. Na análise, Serrinha dos Pintos é uma cidade de quatro mil habitantes unidos por laço de parentesco e o custo social disso é a presença de 80 pacientes com a síndrome na região, a perspectiva de que um a cada 250

habitantes possa desenvolver a doença e a certeza de que 12,5% dos habitantes de Serrinha dos Pintos carregam os genes da Spoan.

Entender o casamento consanguíneo como parte da cultura de um povo é outro desafio que geneticista e profissionais da saúde terão de enfrentar. O dilema entre casar fora para não morrer dentro ou casar dentro pela cultura são questões que necessitam de um debate entre os distintos grupos sociais envolvidos (médicos, geneticistas, cientistas, pacientes, familiares, posto de saúde, espaços religiosos, escola, etc). Como os geneticistas iniciarão o aconselhamento genético com um casal sem abordar os significados dos casamentos entre primos? Como aconselhar todos os jovens casais de uma cidade de quatro, dez ou 100 mil habitantes? A Política Nacional de Genética Clínica do Ministério da Saúde que visa oferecer genética médica pelo SUS (Serviço Único de Saúde) poderia ser um alento para as histórias de doenças raras sem diagnóstico, tratamento e aconselhamento, não fosse pelo fato dos geneticistas estarem distribuídos desigualmente pelo país, novamente concentrando-se nas regiões Sul e Sudeste.

Neste caso é impossível deixar de mencionar que um dos efeitos colaterais da genética médica é a distribuição ainda mais estratificada desses conhecimentos e tecnologias. Para os casais consanguíneos que podem pagar por aconselhamento genético e exames diagnóstico para saber se ambos carregam genes de alguma doença, podem optar por selecionar embriões sadios. Para as mulheres que podem fazer o exame genético para identificar os genes BRCA 1 e 2, tipos mais agressivos do câncer de mama e de ovário, podem optar pela mastectomia. Mas quem pode arcar com esses custos? Certamente os serrienses dos pintos não teriam acesso ao exame diagnóstico ou às tecnologias de reprodução assistida.

E qual a opinião dos serrienses dos pintos? Segundo Santos & Bizzo (2005), houve resistência por parte dos moradores quanto ao discurso das ciências, as causas do nascimento de crianças com a síndrome e, acima de tudo, quanto à percepção de que o casamento entre primos seria um fator de risco. Essas resistências encontram explicações na história da cidade, na ideia de casamento entre primos como parte da cultura e na invisibilidade da doença ao poder público. Se Serrinha dos Pintos é uma imensa família, o estigma amenizado sobre o doente e a sociabilidade nos cuidados dos pacientes podem ser elementos relevantes para compreender as razões pelas quais a cultura se sobrepõe sobre a ciência, ou a política sobre a ciência. Neste capítulo, Santos analisa as doenças genéticas raras privilegiando a abordagem da Cultura e não da Genética do DNA, com isso a autora inclui a perspectiva dos pacientes, do poder local e dos agentes de saúde na compreensão da doença.

Mas situações como estas podem levar a uma compreensão equivocada,- como alertaram os estudos sobre biopolítica e biopoder (Paul Rabinow e Nicolas Rose), sobre necropolítica (Achille Mbembe) e sobre biomedicalização (Adele Clarke et al.)-, especialmente por parte de gestores em saúde mal-intencionados, ao justificar os casamentos consanguíneos como um comportamento inadequado de classes sociais mais baixas, responsabilizando os indivíduos pelas doenças que seus filhos poderão desenvolver. Ao culpar os indivíduos, o governo simplifica uma questão complexa e se exime dos custos de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças. Vejamos um exemplo banal: dengue, zika, chikunguya e febre amarela são exemplos recentes de como o governo tem “responsabilizado” a população pela proliferação dessas doenças. Há pelo menos 20 anos, as campanhas públicas, as matérias veiculadas na mídia televisiva ou os panfletos sobre o mosquito alertam a população para a “nossa responsabilidade” em não deixar água parada e assim evitar os criadouros do *aedes aegypti*. Mas as características do mosquito de sobrevivência dos ovos em locais secos por mais de um ano e redução do tempo de desenvolvimento do mosquito adulto para três dias, torna a tarefa de retirar a água dos vasilhos de plantas insana, uma vez que os criadouros podem ser qualquer fenda no piso, tampinha de garrafa pet, ralo da casa, sifão da pia, gota d’água em folha, água parada na sarjeta da rua após um temporal.

A solução para doenças genéticas ou para o *aedes aegypti* passará necessariamente pelas pesquisas médicas e científicas que têm contribuído significativamente para a saúde pública. O mapeamento de diversas doenças genéticas e a busca por melhores tratamentos estão acontecendo em laboratórios públicos de pesquisa, em institutos de pesquisas ou nas universidades públicas, como foi o caso da Síndrome Spooan, Xeroderma Pigmentosa, Síndrome Santos, nesses três casos, as pesquisas se desenvolveram nos laboratórios da Universidade de São Paulo (ver Pesquisa Fapesp 222, agosto de 2014), mas um mapeamento mais amplo aponta uma série de doenças genéticas estudadas por laboratórios instalados dentro das universidades, infelizmente, majoritariamente nos laboratórios do Sul e do Sudeste.

Se as pesquisas científicas são relevantes para reduzir as desigualdades e iniquidades na saúde, Dais Gonçalves Rocha e Bruno Alves Andrade no Capítulo **Iniquidades Regionais na Captação dos Editais Governamentais e as suas Implicações nas Políticas de Saúde Pública: Diagnósticos a Partir do Contexto da Região Centro Oeste do Brasil** criticam acertadamente as disparidades na alocação de recursos em editais públicos de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CTI&S) afirmando que o processo de regionalização do SUS permaneceu somente nas redes assistenciais (hospitais, unidades básicas de saúde,

ambulatórios, consultórios, laboratórios etc.). Os autores salientam para uma lógica perversa do sistema de produção do conhecimento e inovação em saúde quando editais públicos privilegiam propostas advindas do Sudeste. Os dados sobre números de projetos contemplados por região em editais de apoio à pesquisa para doenças negligenciadas de 2006 a 2012 ratificam a soberania desses locais. Os autores ainda apontam como uma das causas da desigualdade o número incipiente de programas de pós-graduação em Saúde nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul e a não-atenção às cláusulas dos editais que visam a distribuição mais equilibrada dos recursos da pesquisa por região.

As críticas às agências de fomento à pesquisa científica e tecnológica quanto à distribuição desigual de recursos e à exacerbação da meritocracia podem ser compreendidas a partir do Efeito Mateus, termo elaborado por Robert Merton na década de 1960. Inspirado no Evangelho segundo Mateus (25, 28-29) afirma que: “*A todo aquele que tem, será dado mais, e terá em abundância. Mas ao que não tem, até o que tem lhe será tirado*”, o efeito permite entender como a ciência, supostamente comunista²⁰ e autônoma, poderia privilegiar certos cientistas, laboratórios ou mesmo universidades dando-lhes visibilidade, recursos financeiros e prestígio repetidamente. Trata-se de uma vantagem cumulativa que persiste nas ciências como um modelo de produção do conhecimento baseado na meritocracia de lugares, pessoas e instituições.

Não por acaso, o sistema atual de ciência e tecnologia é constantemente criticado por estudiosos da área por privilegiar sempre os porta-vozes autorizados das ciências e por reforçar a importância de líderes e instituições de pesquisa. As consequências a longo prazo poderão ser uma produção do conhecimento que não valoriza e não inclui a diferença, temas e perspectivas pouco diversificados e a permanência de um padrão de produção do conhecimento, em suma: empobrecimento da ciência brasileira!

Como enfrentar o ciclo viciante das vantagens cumulativas, da meritocracia que invisibiliza o outro, da neutralidade contaminada e da universalidade que não respeita as diferenças? Marco Akerman e Francisco Comaru no Capítulo **Determinantes Sociais da Saúde: Uma Abordagem Eficaz para Enfrentar as Desigualdades Sociais no Sudeste e nas Outras Regiões Brasileiras** apontam caminhos para compreender as desigualdades seja no

²⁰ Merton não faz menção ao sistema político, mas à ideia de que os resultados das ciências são bens comuns que devem compartilhados nas comunidades científicas.

mundo da pesquisa científica e tecnológica como na saúde pública: “*Enfrentar a redistribuição de poder na nossa sociedade e flexibilizar o imperativo absoluto da meritocracia*”.

Ao analisar a partir dos determinantes sociais da saúde, Akerman e Comaru propõem uma análise da saúde pública a partir de uma perspectiva que inclui as condições materiais, educacionais, as relações de poder e de meritocracia, ou seja, entender a bactéria ou a doença isoladamente não permite entender a doença no contexto da saúde pública. Vejamos dois clássicos argumentos dos determinantes sociais da saúde: no caso das doenças coronarianas, em um estudo de Rose e Marmot de 1981 aponta que o risco individual (hábito de beber, fumar, usar drogas, etc) e a predisposição genética para doença representam cerca de 35 a 40% do risco sobre a saúde dos indivíduos, enquanto os determinantes sociais da saúde representam de 60 a 65% de risco (Rose & Marmot, 1981 apud Buss & Pellegrini Filho, 2007). Isso não significa que a doença ou os maus hábitos dos indivíduos não tenham influência sobre a saúde, mas sinalizam que os fatores ambientais, materiais, educacionais podem determinar como, quando e a forma pela qual cada indivíduo irá morrer ou sobreviver de uma grave doença. Segundo exemplo: a lista de expectativa de vida da OMC há anos mantém países como Japão, Suíça, Cingapura, Austrália, Espanha no topo da lista, os Estados Unidos ocupam a última posição dentre os países mais industrializados e o Brasil configura-se em posição 67 de 183 países, atrás da Argentina, México, Peru, Chile, Cuba, Uruguai e Equador. Essa lista só é possível compreendê-la quando analisamos dados sobre o sistema de saúde dos países, condição de igualdade ou desigualdade dos habitantes *vis-à-vis* os determinantes sociais da saúde.

A série-documentário “*Unnatural Causes: Is Inequality making us sick?*” aponta os determinantes sociais como a causa principal para que os indivíduos se tornem doentes nos Estados Unidos. Dentre os determinantes, a escolaridade de uma população influencia significativamente na sua boa saúde, por outro lado, racismo e preconceito são fatores que desequilibram a boa qualidade de vida dos indivíduos mesmo quando comparado com grupos sociais com alto nível educacional, mas diferentes etnias. A epidemia de diabetes e obesidade tem afetado em maior proporção pessoas com menos anos de escolaridade e de classes sociais mais baixa, como analisou Akerman e Comaru. A fartura de alimentos processados (alimentos congelados, instantâneos, embutidos, refrigerantes, bebidas lácteas, sucos artificiais, biscoitos, bolachas, doces, etc) nos supermercados a preços mais baixos que suco natural, frutas, verduras e legumes das feiras livres tem alterado o paladar, o desenvolvimento físico e intelectual das crianças e a obesidade infantil. Nos Estados Unidos, os alimentos compostos por sal, gordura e açúcar são ridiculamente baratos porque são commodities subsidiados pelo governo, daí a razão

para os lanches oferecidos nas redes de *fast food* custarem o equivalente a pouco mais de três reais. É dessa forma que o fenômeno da obesidade, crianças com diabetes causadas pela má alimentação tenderão a aumentar consideravelmente, inclusive no país em que até recentemente se orgulhava da sua alimentação equilibrada de arroz, feijão, bife e salada. Como alertou Akerman e Comaru, o fenômeno da obesidade e diabetes está se concentrando nas classes sociais mais baixas, enquanto as classes sociais mais altas e com mais anos de escolaridade passaram a dar preferência a alimentos orgânicos, naturais, grãos integrais, pouco industrializados e muito mais caros.

Os avanços na saúde, a difusão de tecnologias médicas, medicamentos de alta precisão e exames diagnósticos por PCR mudaram significativamente a forma pela qual médicos e cientistas compreendem corpo humano, agora a percepção é molecular e localizada no DNA dos indivíduos e essa bioeconomia tem acentuado o fenômeno da judicialização da saúde para obtenção de tratamento médico, pago pelo SUS, com medicamentos de última geração e cujo custo por paciente e por ano pode chegar a valores equivalentes ao orçamento anual de saúde de uma cidade de pequeno porte. Além disso, muitos pacientes têm se aventurado em países de legislação mais permissiva para fazer tratamentos com células-tronco, muitas vezes se endividando para arcar com os altos custos do tratamento e despesas com viagem, hospedagem e alimentação. O imaginário social sobre as possibilidades da medicina mundial e os desejos dos pacientes pela cura não tem fronteiras, essas novas questões estão impondo novos desafios para compreensão dos determinantes sociais na saúde.

No último capítulo **Cofinanciamento na Atenção Básica e as Condições de Saúde da População na Região Sul do Brasil**, as autoras Maria Barros Bellini e Rebel Machado optaram por analisar o financiamento estadual da saúde nos três estados que compõe a região como forma de melhorar o sistema de saúde. As autoras apresentam dados estatísticos, a forma como cada estado regulamentou e coordenou as ações de cofinanciamento estadual da saúde, assim como legislações e portarias que definiram as políticas públicas em saúde.

Ainda que o país seja formado por um mosaico de desiguais, a organização do seminário que deu origem a essa edição não teve como objetivo ressaltar as diferenças que rivalizam, mas observar as que nos unem, os problemas que se repetem, assim como refletir sobre formas pelas quais é possível sanar as desigualdades regionais. Dessa forma, os capítulos retrataram a saúde pública das cinco regiões do país consensualmente a partir de fatores sociais como riqueza e pobreza, renda e más condições de trabalho, desemprego, habitação, saneamento, educação, cultura, como elementos geradores e perpetuadores de desigualdades.

Romper com as relações de poder e com a meritocracia que invisibiliza outras regiões e outros grupos sociais é uma sugestão pertinente para se dismantelar o ciclo vicioso das iniquidades. Repensar o sistema de ciência, tecnologia, inovação propondo que as interações entre grupos de pesquisa, laboratórios, universidades das cinco regiões ocorram com maior fluidez para que haja circulação de ideias, pessoas e materiais é outra forma de reorganizar a produção do conhecimento. Mas a solução mais ousada está na inclusão de fato, dos determinantes sociais da saúde na elaboração de políticas de saúde, no entanto, isso significa rearticular ministérios e secretarias (cultura, educação, ciência e tecnologia, saúde, trabalho, assistência social, obras, habitação, etc.), cidadãos e gestores públicos, política e políticos para combater os fatores que nos tornam doentes e para reduzir “*de maneira importante as desigualdades regionais no Brasil*”.

Por fim, gostaria de indicar Bruno Latour no capítulo do livro *Science Observed Give me a laboratory and I will rise the world* como um possível teórico notável dos determinantes sociais da saúde, - ainda que ele não seja-, e um astuto defensor dos micróbios de Pasteur que foram acusados (in)justamente de terem promovido, ainda que temporariamente, a “*grande derrota dos determinantes sociais da saúde*” (Akerman e Comaru). Latour relata que a bactéria causadora do antraz, que exterminou rebanhos na França do século XIX, quando isolada e assepticamente controlada em laboratório, não poderia ser compreendida e identificada pelos padrões pouco claros de desenvolvimento da doença e pelo consenso de que a eclosão das esporas do antraz dependia do habitat no qual está inserida a doença. Dessa forma, a sua compreensão e o desenvolvimento do antídoto só ocorreram a partir do momento que Pasteur leva o laboratório para a granja, para o seu contexto ou para onde estavam os determinantes sociais da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUSS, Paulo Marchiori & PHYSIS, Alberto Pellegrini Filho. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

Ciência na Mão. **DNA de Brasileiro é 80% Europeu, indica estudo**. Disponível em [http://www.cienciamao.usp.br/tudo/exibir.php?midia=nol&cod= biologiadnadebrasileiro](http://www.cienciamao.usp.br/tudo/exibir.php?midia=nol&cod=biologiadnadebrasileiro)>.

Acesso em 11 de abril de 2017.

CLARKE, A. et al. (2003), “Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and us Biomedicine”, **American Sociological Review**, vol. 68, Nº 2, pp. 161-194.

FIORAVANTI, Carlos. O caminho das pedras das doenças raras. **Pesquisa Fapesp**, 222, agosto de 2014.

JORNAL DA USP. “Pesquisadores fazem banco de células com a genética de brasileiros”, **Jornal da USP** 14/10/2016. Acesso em 07/04/2017 in <http://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-biologicas/pesquisadores-fazem-banco-de-celulas-com-a-genetica-de-brasileiros/>

LAMARCA, G. & VETTORE, M. “A nova composição racial brasileira segundo o Censo de 2010”. In: **Determinantes Sociais da Saúde** (site). Disponível em:<
<http://dssbr.org/site/2012/01/a-nova-composicao-racial-brasileira-segundo-o-censo-2010/>>.

Acesso em 12 de abril de 2017.

LATOUR, B. “Give me a laboratory and I will raise the world”. In: KNORRCETINA, K.; MULKAY, M. (Ed.). **Science observed: Perspectives on the social study of science**. London: Sage, 1983. p. 141-170.

LINS, Tulio C.; VIEIRA, Rodrigo G.; ABREU, Breno S.; GRATTAPAGLIA, Dario; PEREIRA, R. W. “Genetic composition of Brazilian population samples based on a set of

twenty-eight ancestry informative SNPs”. **American Journal of Human Biology**, v. 22, p. 187-192, 2010.

MBEMBE, A. (2003), “Necropolitics”, **Public Culture**, vol. 15, Nº 1, pp. 11-40.

MERTON, Robert. The Matthew Effect in Science. The reward and communication systems of science are considered. **Science**, 159(3810): 56-63, January 5, 1968.

OMC. “List of countries by life expectancy”. In: **Wikipedia.org**. Disponível em: < https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_life_expectancy>. Acesso em 12 de abril de 2017.

RABINOW, P e ROSE, N. (2006), “O conceito de biopoder hoje”. **Política e Trabalho: Revista de Ciências Sociais**, Nº 24, pp. 27-57.

SANTOS, S. y N. BIZZO (2005), “From ‘New Genetics’ to Everyday Knowledge: Ideas About How Genetic Diseases Are Transmitted in Two Large Brazilian Families”, **Science Education**, vol. 84, Nº 4, pp. 564-576.

Documentário:

Unnatural Causes: Is Inequality making us sick?, produção [California Newsreel](#) e **Vital Pictures**, EUA, 2008.