

NOTA TÉCNICA N.º 1/2011/IOC-FIOCRUZ/DIRETORIA

Assunto: Embasamento técnico e sugestões para ações de controle das Doenças da Pobreza no Programa de Erradicação da Pobreza Extrema no Brasil

1. **A recomendação do Instituto Oswaldo Cruz:** Ciente dos esforços do Ministério do Desenvolvimento Social para elaborar um Programa de Erradicação da Pobreza Extrema, o Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), enquanto instituição pública dedicada à pesquisa científica, comprometida com a saúde pública nacional e reconhecida como Referência Nacional para o Ministério da Saúde (Portaria nº 75 da Secretaria de Vigilância em Saúde, de 29 de agosto de 2008), cumpre com seu dever e vem, nesta Nota Técnica, recomendar *que o tema das “doenças da pobreza” seja contemplado na elaboração deste documento e que a educação popular seja inserida nas ações do Programa, objetivando contribuir para prevenir e controlar estas doenças e promover a saúde da população a quem se dirigem tais ações.* A Constituição Federal de 1988 assegura para todos os cidadãos brasileiros os direitos à Saúde (art. 196) e a um Ambiente saudável (art. 225). Como integrantes da Fundação Oswaldo Cruz, instituição estratégica do Estado para a saúde, nossa premissa de trabalho parte destes direitos da cidadania e procura inseri-los na atividade de pesquisa e na orientação à sociedade.
2. **As doenças da pobreza e a oportunidade para uma ação de governo:** Após oito anos de grandes esforços do Governo Federal para saldar parte da dívida social existente na sociedade brasileira, que tiveram como resultado o resgate da miséria e da pobreza de um contingente muito significativo de cidadãos, o novo governo encontra-se numa posição única e inédita que permite vislumbrar a erradicação da miséria do país. No entanto, esta meta só poderá ser atingida plenamente com investimentos focados não apenas nos aspectos econômicos, mas também voltados para um objetivo macropolítico na área da saúde, que reside justamente no *enfrentamento das doenças da pobreza.* Este é um conceito que busca exprimir a existência de agravos que afetam

milhões de pessoas e estão intrinsecamente relacionados com determinantes socioeconômicos que condicionam a pobreza, acometendo mais frequentemente e mais severamente os contingentes de brasileiros pobres, tanto crianças como adultos e idosos. Essas doenças se relacionam, em grande parte, com as chamadas “doenças tropicais”, também conhecidas como “doenças negligenciadas”, e atualmente referidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) como “doenças infecciosas relacionadas à pobreza”, ou simplesmente “doenças infecciosas da pobreza”, tais como malária, doença de Chagas, leptospirose, hanseníase, tuberculose, leishmaniose, dengue, febre reumática, esquistossomose e diversas outras parasitoses intestinais (helminthoses, amebíases e giardíases). Também envolvem doenças relativas à subnutrição e anemias carenciais, causadas por déficit alimentar (baixa ingestão de alimentos ricos em ferro, necessário para a produção de hemácias, como carne, fígado, ovos, verduras, legumes e vegetais) ou por perdas de sangue (decorrentes de verminoses, de hemorragias ou de alcoolismo). Verminoses e outras infecções retroalimentam anemias carenciais e vice-versa. As anemias também podem ser agravadas por infecções crônicas, câncer ou doenças inflamatórias, sendo a artrite reumatóide e a tuberculose as mais importantes. Cabe ressaltar que no PAC da Saúde (2008-2011), prejudicado com o corte de recursos da CPMF, foi inserida a Medida 2.25 - Reduzir a morbimortalidade por doenças endêmicas, com metas em dengue, malária, tuberculose e hanseníase parcialmente atingidas. Por outro lado, no PAC do saneamento, através da Funasa/MS, estava previsto o benefício de cerca de 2.500 municípios nos quais se observa grande incidência e prevalência de doenças relacionadas com o saneamento inadequado, estruturado em cinco eixos: (1) Saneamento em Áreas Especiais; (2) Saneamento em Áreas de Relevante Interesse Epidemiológico; (3) Saneamento em Municípios com População de até 50.000 habitantes; (4) Saneamento Rural; (5) Ações Complementares de Saneamento. Essas iniciativas precisam ser avaliadas, pois no Brasil há um grave problema estrutural em termos de sistema de informações em saúde: o atual sistema não inclui, nem integra dados socioeconômicos; idade e sexo são os únicos parâmetros que podem ser analisados nos dados do Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, não é possível, com os dados disponíveis, a construção de um mapeamento focado na população à qual se

dirige o Programa de Erradicação da Pobreza Extrema. Somente pesquisas específicas podem coletar e articular os dados sob o ponto de vista dos determinantes sociais, como faixa de renda e nível de escolaridade, para gerar um olhar mais focado sobre a população mais pobre, com indicadores de faixa salarial, nível educacional e participação nos mecanismos de transferência de renda. Mapear e dimensionar a presença das doenças da pobreza na população atendida pelo Programa de Erradicação da Pobreza Extrema são desafios a enfrentar.

3. **Sugestões para o MDS:** Controlar as doenças promotoras da pobreza é requisito para o Brasil erradicar a miséria, em busca de maior equidade e justiça social. Segundo declarações da Ministra do Desenvolvimento Social, Tereza Campello, o Plano Nacional de Erradicação da Pobreza Extrema será desenvolvido com três eixos: a renda, por meio da universalização do acesso aos programas de transferência, o acesso aos serviços públicos, por meio da ampliação e a qualificação deste acesso, e o trabalho, por meio da inclusão produtiva para capacitação de mão de obra. Deste modo, sugerimos que os seguintes pontos sejam contemplados no Programa de Erradicação da Pobreza Extrema:
- a) **Nos territórios em que o Programa será implementado**, via pactuação com os gestores municipais: articular os temas referidos às doenças da pobreza com outros programas do Governo Federal existentes e implementados localmente, tais como as ações do PAC do saneamento, programa Saúde na Escola, programa Luz para Todos, os programas relativos à expansão da rede de escolas técnicas e de educação profissional, e à expansão e consolidação da estratégia de saúde da família.
 - b) **Nos procedimentos de transferência de renda**; em inquéritos realizados junto à população beneficiada pelo Programa, incluir perguntas relativas à percepção de sua saúde, ao conhecimento das doenças citadas ou de seus vetores ou mecanismos de transmissão, e a sua prática de acesso ao SUS. Acoplar em todos os instrumentos do Programa de Erradicação da Pobreza Extrema os indicadores que possibilitem a integração dos compromissos assumidos pelo Brasil na OPAS, pela sua resolução 19/2009 (detalhamento no item 7): identificar doenças prioritárias e populações vulneráveis, falhas de informação epidemiológica e territórios

prioritários para intervenção buscando eliminá-las ou reduzi-las a níveis não impactantes como problema de saúde pública, acoplar as ações dos planos nacionais, estaduais e municipais de controle ou eliminação dessas doenças às ações do programa de erradicação da pobreza, fortalecer o monitoramento das doenças negligenciadas e aumentar o acesso às ferramentas terapêuticas e de controle.

- c) ***Nos serviços públicos que vão aderir ao Programa***, em especial os serviços de saúde e de educação: ampla disseminação de estratégias e materiais de educação, informação e comunicação sobre as doenças da pobreza, com base nas metodologias de Paulo Freire e Nise da Silveira: educação para a autonomia e afeto para a liberdade criativa. Os conteúdos curriculares da educação básica e da educação técnica devem ser inundados de questões e temas relacionados às doenças da pobreza.
- d) ***Nas ações de inclusão produtiva***: a disseminação de tecnologias sociais relacionadas ao controle das doenças da pobreza, como, por exemplo, oficinas de ciência e arte para educação popular em saúde nos temas referidos, gestão do lixo doméstico, programas de reciclagem, reaproveitamento alimentar, intervenção na temperatura e qualidade das casas, entre outras ações.
- e) ***Em ações intersetoriais***, apoiar a mobilização de Fóruns de enfrentamento das doenças da pobreza, em âmbitos municipal, estadual e federal, articulados com ações do Programa de Erradicação da Pobreza Extrema.

4. ***Justificativa: números e situação das principais doenças da pobreza no Brasil***: num breve sumário, destacamos:

Tuberculose: 85 mil novos casos por ano (2009), com incidência média nacional em queda; Aumento constante nos números da doença nas regiões Norte e Nordeste; nas grandes cidades, como o Rio de Janeiro, a frequência da tuberculose é uma das mais elevadas do país e concentra-se em bolsões de pobreza da cidade. Morrem cerca de 6 mil pessoas por ano. A maioria dos casos ocorre em homens e em idade produtiva, prejudicando ainda mais as condições de vida das famílias carentes, maiores vítimas da tuberculose. A pobreza gera a tuberculose, que gera mais pobreza. Os principais fatores que contribuem para a manutenção e agravamento do problema são a persistência da pobreza e a ocorrência da Aids nos grandes centros. O Brasil segue as metas mundiais: localizar no mínimo 70% dos casos estimados anualmente para tuberculose e curar no

mínimo 85% destes. O aumento da ocorrência da resistência medicamentosa e da resistência multidrogas é uma preocupação.

Hanseníase: *47 mil casos novos* são detectados a cada ano, sendo mais de 10 mil em menores de 15 anos; a incidência média nacional está estabilizada; o domicílio é importante espaço de transmissão da doença. O bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), mas poucos adoecem (baixa patogenicidade); Tem alto potencial incapacitante e o controle é baseado no diagnóstico precoce de casos, seu tratamento e cura, visando eliminar fontes de infecção e evitar sequelas. A detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos foi adotada como principal indicador de monitoramento da endemia, com meta de redução estabelecida em 10%, até 2011; Foi inserida no PAC/Saúde.

Leishmanioses: *500 mil casos*; incidência de Leishmaniose visceral crescente desde a década de 80, ampliando de mil para até 5 mil novos casos por ano; transmitidas por vetor; 21 estados brasileiros com transmissão ativa; incidência de 1,98casos/100 mil hab (2008), com letalidade de 5,7%; Os casos de Leishmanioses estão em franca expansão em capitais como Fortaleza, Campo Grande e Teresina, avançando em paralelo à urbanização crescente e desordenada. A meta do Ministério da Saúde (MS) é reduzir a incidência e baixar a letalidade para 2%.

Dengue: *227 mil casos notificados* em 2010, com incidência crescente no Brasil (o dobro dos casos em 2009), com epidemias periódicas esperadas; falhas no controle vetorial e aumento no número de mortes (4% de letalidade). Estratégias de controle em fase de revisão. Metas inseridas no PAC da saúde e não atingidas 477 mortes em 2008, 312 em 2009 e 569 em 2010.

Malária: *600 mil novos casos* por ano, com incidência crescente desde o final dos anos 70, que apresentava registros de 100 mil casos por ano; 99,5% dos casos se concentram na Amazônia Legal, com alta incidência e efeitos debilitantes para as pessoas acometidas no Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso e Maranhão, influenciando no desenvolvimento da região. A doença e suas consequências reduzem a capacidade produtiva da população e o crescimento econômico. Em 2005 houve novo pico epidêmico, em tendência de queda para a faixa dos 300 mil casos em 2008; metas: inserir as ações de controle da malária na atenção básica de saúde; reduzir o tempo para diagnóstico e tratamento capacitando profissionais do SUS; definir e desenvolver estratégias de informação, educação e comunicação; fortalecer as estruturas de vigilância epidemiológica e ambiental nos estados e municípios, dentre outras.

Esquistossomose: *2 milhões de portadores crônicos*, taxa de mortalidade e de internações em queda. O MS tem como meta reduzir a prevalência para menos de 5%, com o uso da quimioterapia seletiva em áreas de risco.

Geohelmintoses: *93 milhões de infectados* (estimativa, sem inquérito dirigido) por diversos agentes patogênicos (Ascaris = 41.7 milhões, Ancilostomo = 32.3 milhões, Trichuris = 18.9 milhões); precisam de um diagnóstico de situação e de prevalência nacional para atualização das diretrizes do programa de controle. Transmissão amplamente prevenível por ações de educação em saúde e saneamento básico. Indicação sobretudo da realização de inquérito coproscópico e de quimioterapia seletiva.

Parasitoses intestinais: *15.4 milhões de crianças em idade escolar infectadas* (estimativa com a prevalência média de 30%); mas ocorre variação de 40% a 70% de prevalência, dependendo da região.

Anemias carenciais: *10.3 milhões de crianças em idade escolar* (estimativa com prevalência média de 20%), porém a prevalência atinge 70% em algumas regiões do Brasil; índices de prevalência de anemia são crescentes e variam com as regiões; ocultos na população existem até duas vezes mais casos não diagnosticados de deficiência de ferro, a carência nutricional de maior prevalência no mundo (1/3 afetado); a adição de ferro e ácido fólico nas farinhas de milho e trigo fabricadas é obrigatória no Brasil desde 2004, mas o lactente não é beneficiado. Problema de saúde pública quando compromete mais de 5% dos indivíduos (com valores de hemoglobina abaixo dos referentes para as diversas faixas etárias). Prevalência entre 5% e 19,9% caracteriza um problema

discreto; de 20% a 39,9%, um problema moderado; e 40% ou mais, uma grave situação de Saúde Pública.

Febre reumática: 30 mil pessoas, dos 10 milhões de casos de amigdalite bacteriana estimados por ano, podem desenvolver a febre reumática aguda, sendo que 50% apresentam lesões cardíacas. A febre reumática pode ocorrer após casos de amigdalite bacteriana tratados inadequadamente, pois o tratamento com penicilina previne este desdobramento. As lesões podem atingir as articulações, o coração e o cérebro, deixando sequelas cardíacas graves, com consequências por toda a vida, podendo inclusive levar à morte. Impacta nos procedimentos cirúrgicos de implante de válvulas cardíacas e de correções articulares. A estratégia de controle é a educação e informação, especialmente focada no ambiente escolar com alunos, professores, responsáveis e funcionários.

Sífilis: 3.5 mil casos novos (dados de 2009), incidência dobrou nos últimos cinco anos. Doença curável por tratamento com penicilina; a meta é fazer o diagnóstico e oferecer tratamento.

Doença de Chagas: 3 milhões de portadores crônicos (estimativa, sem inquérito dirigido); transmissão vetorial principal interrompida; cerca de 250 casos agudos por ano por transmissão alimentar; o contingente de indivíduos crônicos se dirige à atenção básica no programa de Saúde da Família, onde se registra: maioria de mulheres, predominância entre 45 e 75 anos, 50% analfabetos e 26,4% analfabetos funcionais, 40% aposentados, 37% indigentes ou pobres, 46% referindo que a doença acarreta limitações em sua vida e 75% relatando nunca terem recebido informações a respeito da doença de Chagas por parte dos profissionais de saúde; a meta do programa é identificar e tratar casos agudos e qualificar o cuidado aos casos crônicos.

Filariose (elefantíase): **60 mil infectados**; transmitida por vetor; doença restrita a alguns focos em municípios de Pernambuco (Paulista, Olinda, Recife e Jaboatão); o objetivo é sua eliminação total.

Oncocercose: 1.200 casos; transmitida por vetor (mosquitos “borrachudos”); focos mapeados em Roraima, na área indígena Yanomami; estratégia definida para controle até 2015, pactuada internacionalmente, visando a eliminação da morbidade ocular e a interrupção da transmissão.

Tracoma (Clamídia): **1.06 milhão** de infectados em 2003. Infecção oftálmica por Clamídias, pode levar à cegueira mas é tratável com antibióticos, e tem abrangência nacional, com 35% dos municípios brasileiros apresentando mais de 5% de prevalência; meta de eliminação como causa de cegueira.

5. **Saúde e pobreza: o círculo vicioso em que doenças infecciosas retroalimentam a pobreza:** O perfil epidemiológico geral do Brasil mudou nos últimos 50 anos, e o impacto das doenças infecciosas nas causas de mortes caiu de quase 50% na década de 30 para menos de 5% hoje, enquanto as doenças cardiovasculares, o câncer e as causas externas ampliaram sua importância no padrão de mortalidade dos brasileiros. Antibióticos, vacinação, novos medicamentos, estruturação do SUS e mobilizações nacionais do movimento sanitário brasileiro estão na raiz dessa mudança. Mas o impacto em termos de morbidade e de incapacitação para o trabalho continua muito elevado, ainda que, para muitas destas doenças, não se tenha um quadro preciso e atualizado. A maioria das infecções relacionadas à pobreza são bastante antigas e têm atormentado a humanidade durante séculos. Muitas já foram amplamente prevalentes e desapareceram gradualmente com o desenvolvimento e melhoria das condições de vida

e sanitárias. Dessa forma, tornaram-se cada vez mais características de regiões de pobreza. A nomenclatura de “doenças da pobreza” revisita e atualiza o conceito de “doenças negligenciadas”, assim chamadas por contarem com poucos recursos para a investigação de suas causas e de novos métodos de tratamento e controle, sem interesse da indústria farmacêutica internacional tendo em vista o baixo poder aquisitivo dos indivíduos que acometem. Nas últimas décadas, a relação destas doenças com a pobreza tem se tornado cada vez mais evidente. As análises econômicas mais recentes revelam uma imagem ainda mais definitiva: elas não são apenas consequência da pobreza, mas são estimuladoras da pobreza, pois retiram dos indivíduos seu poder, sua força e seu tempo de trabalho, muitas vezes conferem incapacidades físicas e de aprendizado, diminuindo as chances de desenvolvimento humano. São doenças segregantes e segregadoras, com distribuição desigual entre os brasileiros de diferentes classes sociais e entre as regiões do país, que afetam decisivamente a vida das populações de regiões periféricas das grandes cidades, zonas rurais, comunidades carentes e outras áreas com menos acesso aos recursos de saúde e educação. Afetam sobretudo populações com baixa visibilidade e influência política, com alto impacto na morbidade e mortalidade das populações atingidas. Elas se apresentam como um passivo da saúde pública brasileira que teima em desafiar as políticas de saúde do século XXI e se colocam como obstáculo ao crescimento, demandando toda a atenção do Governo Federal. Problemas de infraestrutura, de acesso à água, ao saneamento que inexiste em 45% dos domicílios brasileiros, à moradia adequada, ao recolhimento de lixo, compõem um quadro de determinantes sociais que desafia seu controle por meio de um esforço não só do setor saúde, mas de outros setores. Segundo relatório da OMS, estima-se que, no Brasil, as faltas ocasionadas pela saúde debilitada de pacientes com doença de Chagas, por exemplo, representam um prejuízo de aproximadamente US\$ 5.6 milhões por ano. Não apenas as doenças infecciosas, a subnutrição e as anemias carenciais flagelam particularmente a população pobre. Ela também tem maiores dificuldades em lidar com doenças crônicas não infecciosas, como câncer, hipertensão e diabetes, doenças mentais, alcoolismo e dependência de drogas. A situação da Saúde Mental é grave, o uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos é alarmante. As populações mais pobres,

sejam rurais ou urbanas, são as que mais sofrem. A cultura como elemento de integração, respeito e valorização da diversidade humana é componente obrigatório, pois contribui para a emancipação, a cidadania e a construção de uma cultura de paz, tão essenciais atualmente. Ações efetivas que abordem estas e outras questões são fundamentais para o sucesso do Programa de Erradicação da Pobreza Extrema. Reafirmamos: as estratégias de ação inter-setoriais são decisivas para o controle dessas doenças e precisam ser estimuladas, apoiadas e ampliadas. Um fator fundamental para o entendimento do grave problema representado por estas doenças é sua característica socioeconômica de geração e realimentação de pobreza. Elas não são só decorrentes do fato das pessoas serem pobres, mas sustentam sua dificuldade de romper a barreira da pobreza. Por causarem, muitas vezes, algum tipo de incapacidade ou desfiguração, são geradoras de redução da capacidade de trabalho, de estigma e de discriminação social nas populações afetadas, trazendo como consequência o alijamento social e do mercado de trabalho. A dimensão quantificável desse processo é representada pela perda de produtividade dos indivíduos, famílias, comunidades e nações. Pessoas com saúde precária e deficiências incapacitantes são menos produtivas do que as demais, afetando a produtividade geral, e têm menos chances no mercado de trabalho, fechando o ciclo de pobreza e excluindo cada vez mais estas populações. Em Belém, no Pará, cardiologistas identificaram famílias que passavam fome após o acometimento por doença de Chagas e incapacitação ao trabalho, precisando ingressar no Programa Bolsa Família. Em Campos, litoral norte do Rio de Janeiro, crianças deixam de ir à escola por sofrerem dos sintomas das parasitoses intestinais mais simples, evitáveis por medidas de saneamento e de educação em saúde. Cegueira pode ser causada por tracoma, por toxoplasmose e por oncocercose, infecções de fácil disseminação mas com tratamentos disponíveis e viáveis, dependendo para isso de acesso do cidadão ao serviço de saúde e de boa qualidade de atendimento, diagnóstico e atenção. Velhas doenças com transmissão vetorial controlada reemergem via novos mecanismos de transmissão, como a transmissão oral da doença de Chagas na Amazônia, ou as micoses nos pacientes com HIV, ou a tuberculose multirresistente nas aglomerações humanas das grandes cidades, ou a leptospirose e as verminoses depois das calamidades “naturais” em enchentes anuais; ou, como no caso da febre reumática,

quando a falta de diagnóstico precoce e correto leva a um tratamento inadequado ou retardado e às sequelas cardiovasculares de simples infecções bacterianas na garganta de crianças e jovens pobres. Geohelmintíases acometem quase 80% dos escolares dos municípios de baixo índice de desenvolvimento humano. Como afirmou recentemente Jarbas Barbosa, secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), em entrevista no Congresso de Medicina Tropical em 2011, “quem adocece, diminui a produtividade no trabalho, as crianças que adoecem aproveitam menos da educação.”

6. ***Transformação da saúde pela mobilização e engajamento da população, com o desenvolvimento de tecnologias sociais, educação, informação e comunicação:*** A ciência avança para a compreensão de que não deve apenas ser feita para as pessoas, mas também com as pessoas, emergindo com grande força o conceito de “tecnologia social”. Traduzir em benefícios sociais o conhecimento produzido nos setores acadêmicos só é possível mediante a integração dos diversos setores do conhecimento e da intervenção social, com sua aplicação em locais e territórios específicos, onde possa ser maximizada a interação entre cidadãos, governo e sociedade civil. O conceito de “tecnologia social” foi formulado em 2004 num trabalho conjunto com mais de 80 organizações da sociedade civil: *conjunto de produtos, técnicas e metodologias transformadoras, desenvolvidas e/ou aplicadas na interação com a população e apropriadas por ela, que representam soluções para a inclusão social e melhoria das condições de vida* (Instituto de Tecnologia Social, www.itsbrasil.org.br). Do soro caseiro à gestão de resíduos domésticos, há uma plêiade de tecnologias sociais já identificadas, listadas e disponibilizadas para multiplicação pela rede de tecnologias sociais. A disseminação do uso do soro caseiro como ferramenta de hidratação oral, liderada pela Pastoral da Criança, foi a inovação que teve maior impacto na redução da mortalidade infantil por diarreias, num momento em que os protocolos médicos ainda preconizavam a internação e a hidratação venosa, sem sucesso massivo. O conceito de tecnologia social aproxima a academia e a sociedade, com o objetivo de irradiar conhecimento a todos, construindo pontes entre necessidades e soluções, e afirmar o papel das organizações da sociedade civil como produtoras de conhecimento, articulando essas instituições em torno de uma cultura da Ciência, Tecnologia e

Inovação comprometida com o fortalecimento da cidadania e a inclusão social. O Programa de Erradicação da Pobreza Extrema pode contemplar em suas ações de inclusão produtiva todas as possibilidades de fomento ao desenvolvimento das tecnologias sociais relacionadas às estratégias de redução das doenças da pobreza. E as metodologias genuinamente brasileiras desenvolvidas e propostas por Paulo Freire, com sua pedagogia da autonomia, e por Nise da Silveira, com sua liberdade pelo afeto, são poderosas ferramentas de educação e mobilização popular a serem utilizadas nesses processos.

7. ***A mobilização internacional: compromissos assumidos junto a OPAS e OMS:*** Nos últimos dois anos, a preocupação com as doenças da pobreza vem ganhando espaço como temática. Em 2009, a OPAS aprovou a Resolução 19 na 49ª reunião do Conselho Diretor (CD49.R19), sobre “Eliminação das doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza”, considerando: (a) mandatos e resoluções anteriores indicando que algumas doenças negligenciadas podem ser eliminadas ou drasticamente reduzidas; (b) que as Américas têm larga experiência na implementação de estratégias de eliminação de doenças transmissíveis, sempre com avanços encorajadores na redução da carga dessas doenças; (c) a necessidade de completar a “agenda inconclusa”, pois a maior parte de pessoas afetadas por essas doenças estão entre as mais pobres e marginalizadas nas Américas; (d) a necessidade de atacar os determinantes sociais da saúde para reduzir efetivamente a carga econômica, social e de saúde das doenças negligenciadas e outras doenças relacionadas à pobreza; (e) a oportunidade de eliminar ou reduzir drasticamente a carga dessas doenças com ferramentas existentes; e (f) a importância de trabalhar para eliminar doenças infecciosas para as quais existem intervenções de saúde pública custo-efetivas, mas que continuam a afligir as populações das Américas. Como signatário da resolução 19/2009 da OPAS, o Brasil se comprometeu a, até 2015, (a) eliminar ou reduzir a níveis não impactantes como problema de saúde pública; (b) identificar doenças prioritárias, e populações vulneráveis não contempladas pelos programas anteriores, falhas de informação epidemiológica e territórios prioritários para intervenção (“hot spots”); (c) revisar os planos nacionais de controle ou eliminação dessas doenças e

atualizá-los quando necessário, ou desenvolver novos baseados numa abordagem mais direta dos determinantes sociais da saúde; (d) trabalhar para conseguir recursos para a sustentabilidade dos programas nacionais e estimular a pesquisa e o desenvolvimento, inclusive para a inovação em novas ferramentas, estratégias, tecnologias e métodos de prevenção e controle, diagnóstico e tratamento; (e) aprovar os objetivos e indicadores para a eliminação e dedução das doenças da pobreza consideradas prioridade no Brasil; (f) fortalecer o monitoramento das doenças negligenciadas e aumentar o acesso às ferramentas terapêuticas e de controle. Nesse documento, as doenças focalizadas foram: doença de Chagas, hanseníase, raiva, sífilis congênita, filariose, malária, tétano neonatal, oncocercose, peste, esquistossomose, geohelmintoses e tracoma. Dos 44 países signatários, apenas o Brasil acumula **todos** os 12 agravos elencados. Chile, por exemplo, apresenta apenas três dos 12, enquanto na Bolívia e Argentina persistem sete dos 12. As geohelmintoses são o único agravo presente em **todos** os 44 países da América Latina e Caribe. No Brasil, a hanseníase permanece como problema de saúde pública sem se alcançar a meta de menos de 1 caso para cada 10 mil habitantes. A situação epidemiológica, os objetivos a alcançar até 2015 e as estratégias primárias a serem aplicadas foram especificadas na resolução. Em 2010, a OMS divulgou o “Primeiro Relatório sobre Doenças Tropicais Negligenciadas”, que teve como tema principal a necessidade de superar o impacto global dessas enfermidades, tendo em vista o fato de dificultarem a melhoria da qualidade de vida de boa parte da população dos países em desenvolvimento e atrapalharem o desenvolvimento socioeconômico das nações. Dados da OMS mostram elevadas prevalências destas doenças em grande parte do mundo. Segundo a entidade, existem 149 países e territórios onde estas doenças são endêmicas, dos quais pelo menos 100 são endêmicos para duas ou mais delas e 30 são endêmicos para seis ou mais.

8. *Avanços e conquistas da vigilância epidemiológica no Brasil: não esmorecer!* A comunidade científica e os gestores de saúde brasileiros estão atentos a esses movimentos. A SVS-MS organiza diversos Comitês Técnicos ligados aos programas de controle e a SCTIE-MS está revisando e atualizando a agenda nacional de prioridades em pesquisa, na qual o controle das doenças da pobreza está incluído. Em

6 de maio de 2011, ocorrerá, em Recife, o I Fórum de Mobilização para o Enfrentamento das Doenças Negligenciadas. A questão mobiliza sanitaristas, tropicalistas, infectologistas e outros profissionais. E é de extrema importância que seja incluído na pauta de ações do Programa de Erradicação da Pobreza Extrema no Brasil. O Brasil coleciona vitórias importantes na saúde pública. Desde 1980, a vacinação é exemplar, através do Programa Nacional de Imunização, e as doenças que podem ser prevenidas com vacinação levaram à queda de 153 mil casos para pouco mais de 1.200, e de 5.500 óbitos para 140. Da vacinação também vêm os sucessos na erradicação da poliomielite desde 1989, na interrupção da circulação autóctone do vírus do sarampo a partir de 2000, nas perspectivas de eliminar o tétano neonatal e a raiva humana transmitida por animais domésticos, bem com na eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita pela realização da grande campanha de vacinação em 2008. Dentre as doenças transmitidas por vetores, o maior feito até agora é a interrupção da transmissão de doença de Chagas pelo seu principal vetor (*Triatoma infestans*), em 2006, 30 anos após o início do Programa Nacional de Controle. O Programa Nacional de Controle da AIDS, por meio de acesso aos serviços de prevenção e do tratamento adequado, estabilizou a epidemia no país desde 2000. Mas, para cada avanço, há um sem número de desafios, tanto na sustentabilidade destas conquistas como na perplexidade com relação a outros pontos em que ao o Brasil regrediu em relação aos resultados finais da perspectiva de controle. Por isso, os avanços e conquistas não podem velar a visão real sobre os problemas nem levar ao esmorecimento quanto à reflexão permanente sobre os determinantes sociais, biológicos e ambientais das doenças da pobreza. Os exemplos se sucedem, como a caso da AIDS, com tendência de crescimento no Nordeste, ou da doença de Chagas, que agora aparece numa conformação diferente em muitos surtos de contaminação alimentar. É mister destacar o exemplo da doença de Chagas, pois muito foi sistematizado em 2009 durante a celebração do centenário de sua descoberta, gerando uma boa fonte de reflexão: pelos registros no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS/SVS/DASIS), o número absoluto de óbitos por doença de Chagas vem caindo lentamente (1996=5.376; 2000=5.134; 2005=4.916), fruto combinado de diferentes fatores que incluem a melhoria na atenção

ao portador de doença de Chagas crônica, a redução da incidência de novos casos agudos resultado do controle eficiente do principal vetor (o *T. infestans*) e, conseqüentemente, a diminuição do ingresso de novos casos crônicos evoluindo para a mortalidade. A queda mais acentuada na taxa relativa de mortalidade, que reflete o número de óbitos por 100 mil habitantes, é resultado da combinação destes fatores associado ao aumento da população brasileira no período. Além da mortalidade direta, que no caso da doença de Chagas se estende dos 30 aos 80 anos da vida dos pacientes, a doença de Chagas atinge seus portadores com alta morbidade, reduzindo sua qualidade de vida e sua capacidade produtiva, trazendo estigma e depressão, impactando nos custos do SUS com implantes de marcapasso e cirurgias de transplante cardíaco, para os quais eles são os primeiros na fila. Como, de fato, a doença de Chagas não é democrática, sendo seu portador um típico representante dos extratos sociais mais baixos, excluído pela inexorável conjunção pobreza/doença, resulta daí um reduzido poder de reivindicação e pouca, e mesmo nenhuma, visibilidade política, diferentemente de outras patologias (por exemplo, a AIDS), que têm conquistado prioridades por parte do poder público. Portanto, mais do que acomodação com alguns sucessos dos programas de controle e vigilância, há que se manter o alerta para as necessidades de investigação científica de modo a suprir lacunas importantes de conhecimentos, métodos e estratégias de intervenção. Boa pesquisa, boa vigilância e boa educação em saúde são as ferramentas essenciais para os sanitaristas do nosso tempo. As soluções para todas essas doenças não são apenas técnicas, ou o país já as teria controlado. Em grande parte, são soluções imbricadas na melhoria global das condições de vida, moradia, alimentação. Mas a principal ferramenta para esse enfrentamento é a educação popular, a capacitação dos profissionais envolvidos na atenção básica, o diálogo inter-setorial e a articulação de ações de inclusão produtiva com tecnologias sociais relativas à promoção da saúde. A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde já assume como estratégia “a necessidade de priorizar as intervenções para grupos populacionais mais pobres e ampliar o acesso destas populações aos serviços de saúde, estabelecendo estratégias de integração da atenção primária na identificação e manejo clínico adequado”. O controle de cada uma dessas doenças exige um diálogo permanente entre a comunidade científica, os gestores de

saúde e a sociedade civil organizada. Muitas vezes as estratégias e diretrizes elaboradas para um determinado momento ficam ultrapassadas pelas alterações ambientais, socioeconômicas e sanitárias. Precisam de revisão e atualização constantes, de monitoramento e avaliação, bem como de adaptação aos territórios onde serão implementadas, numa percepção do espaço crítico em que elas precisam ocorrer, da vulnerabilidade e da cultura da população naquele espaço. Como integrante do Sistema Único de Saúde e instituição pública compromissada com a saúde no Brasil, o IOC propõe que, em todas as ações dos eixos do Programa, seja incluído um *monitoramento da incidência e risco frente às doenças da pobreza, bem como a mensuração da vulnerabilidade das populações*, de modo a possibilitar um mapeamento mais preciso e a explicitar o alerta para a necessidade de incluir essa meta em qualquer planejamento de médio e longo para o combate da pobreza e da miséria.

9. **Compromisso:** Reforçamos com essa Nota Técnica o compromisso do Instituto Oswaldo Cruz em apoiar firmemente as ações para a erradicação da miséria no país, no sentido de incorporar o enfrentamento das doenças da pobreza. Colocamos nossos cientistas e técnicos inteiramente à disposição do Governo Federal para debater e ajudar na proposição de estratégias focadas na resolução do problema representado por estas doenças. O IOC manterá grupo consultor permanente disponível para dialogar com o Programa de Erradicação da Pobreza Extrema no Brasil, e proporá que a Fiocruz mobilize uma rede institucional de apoio e parceria junto ao Programa, para que, inclusive, possa haver um alinhamento de pesquisas científicas necessárias ao seu sucesso e que as competências específicas e soluções identificadas ou desenvolvidas possam ser adequadamente aproveitadas pelo Programa.

Rio de Janeiro, 2 de maio de 2011.

Esta Nota Técnica foi elaborada por Tania Araújo-Jorge, diretora do IOC.

Colaboraram: Otavio Pieri e Marcio Bóia, pesquisadores do IOC.

Referências: Documentos oficiais do Ministério da Saúde, OPAS e OMS.