

# Desigualdade, a pior mancha da nossa história

» ROBERTO BOCACCO PISCITELLI  
Professor da Universidade de Brasília

A desigualdade é provavelmente a marca mais perversa da nossa história. Mesmo em períodos recentes, quando se reduziram a miséria e a pobreza e se verificou uma ascensão das classes baixa e média baixa, não houve mudança significativa da estrutura social ou da repartição entre as rendas do trabalho e do capital. Segundo o Banco Mundial, 28 milhões de pessoas haviam superado a linha da pobreza, ainda que mantida estável a grande concentração no topo da pirâmide.

Infelizmente, os avanços estão se desfazendo rapidamente e o país está reingressando no Mapa da Fome. Para vários especialistas, a melhoria observada naquele período recente teve a contribuição importante do aumento real do salário mínimo, da formalização do mercado de trabalho, do aumento do gasto social em educação e dos programas de transferência direta de recursos.

O economista Thomas Piketty e equipe tiveram o grande mérito de demonstrar como, em escala mundial, a concentração de renda e patrimônio vem se acentuando nas últimas décadas e, apontando as dificuldades de acesso aos dados das declarações de rendimentos no Brasil, logrou provocar certo constrangimento, de que resultou uma maior abertura por parte de nossas autoridades e serviu para comprovar, pelo menos em parte, a escandalosa concentração e as deformações do sistema tributário, que funciona como reforço continuado à consolidação do processo.

O alerta estimulou o lançamento da Campanha Nacional pela Redução da Desigualdade Social, de que o Conselho Federal de Economia participa com mais 25 entidades nacionais e estaduais, constituindo-se, justamente, como um dos eixos a mudança do modelo tributário. A propósito, a Oxfam Brasil, que integra uma confederação internacional de 20 organizações que atuam em mais de 90 países, lançou um instigante estudo — A Distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras — infelizmente pouco difundido pela mídia, com dados impressionantes, apoiados em dezenas de referências de instituições (e autores) nacionais e internacionais.

No mundo, oito pessoas detêm o mesmo patrimônio que a metade mais pobre da população. Enquanto isso, mais de 700 milhões de pessoas vivem com menos de US\$ 1,90 por dia. O 1% mais rico possui a mesma riqueza que os outros 99%. No Brasil, entretanto, a situação é relativamente pior: seis pessoas possuem riqueza equivalente ao patrimônio de 100 milhões de brasileiros mais pobres; e os 5% mais ricos detêm a mesma fatia de renda que os demais 95%. Saliente-se, aliás, que a concentração da propriedade é maior que a de renda.

Entre 2001 e 2015, os 10% mais ricos se apropriaram de 61% do crescimento econômico, de apenas 18% para a fatia dos 50% mais pobres. Paralelamente, mantinha-se estável a concentração de

renda para o 1% mais rico, entre 22% e 25%. À medida que descemos aos detalhes, verificamos que as diferenças são cruéis para os estratos historicamente mais vulneráveis da sociedade: segundo dados do Ipea, as mulheres ainda ganham 38% menos que os homens; e os negros, 43% menos que os brancos. Essas diferenças podem ser extrapoladas de acordo com outros cortes, como o regional.

Entre os países para os quais existem dados disponíveis, o Brasil é o que mais concentra renda no 1% mais rico, com o 3º pior índice de Gini (de concentração de renda) na América Latina e Caribe e, segundo o Pnud, o 10º mais

desigual do mundo, entre 140 países.

O espaço é pequeno para maiores reflexões, mas é muito relevante destacar que há um número crescente de economistas que consideram a concentração obstáculo decisivo ao desenvolvimento. Numa sociedade como a brasileira, a tendência é que as características atuais inibam o processo de circulação da renda e esterilizem a riqueza, num verdadeiro círculo vicioso que levaria à exclusão crescente da maior parte da população. Fica no ar a pergunta: as propostas de reforma tributária pautadas pelo stablishment contribuem para modificar o status quo?



## Sinalizar para o cérebro ouvir melhor

» CILENE RODRIGUES  
Professora e pesquisadora da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio)

Temos hoje melhor compreensão da importância da cognição humana, que marca da infância ao envelhecimento. Um exemplo é o teste da orelhinha (triagem auditiva neonatal), que é realizado até o terceiro dia do nascimento. Ao testar a capacidade auditiva de recém-nascido, garante-se que problemas de audição passíveis de correção serão corrigidos o quanto antes, dando à criança oportunidade de adquirir a linguagem. A aquisição da habilidade cognitiva apresenta programação biológica, realizando-se de maneira que componentes específicos da gramática são adquiridos em períodos específicos do desenvolvimento infantil.

Lenneberg, neurologista norte-americano, observou, ainda na década de 1960, que a maturação da linguagem apresenta período de sensibilidade, que se estende até o início da puberdade. Depois desse período, a sensibilidade linguística diminui bastante, dificultando a aprendizagem de uma língua. A linguagem concentra-se principalmente no hemisfério esquerdo do cérebro, especialmente nos lobos frontal e temporal. Essa localização depende de processo de reorganização/lateralização de funções no cérebro, o que ocorre universalmente ainda na infância. Quando o processo se consolida, a sensibilidade linguística diminui. Portanto, exposição tardia a uma língua leva a déficits linguísticos. Quando esses déficits são acentuados, problemas cognitivos mais amplos são observados, pois a linguagem é necessária para o desenvolvimento de outras funções cognitivas relacionadas à execução e ao planejamento de atividades e à cognição social, como a empatia.

A exposição à língua materna começa ainda no útero, por volta do quinto mês de gestação, quando a circuitaria neuronal responsável pela audição está formada e, até 1 ano de idade, o bebê já faz o reconhecimento do conjunto de sons/fonemas específicos da sua língua. Assim, um grupo de risco para déficits linguísticos são as crianças com surdez congênita ou adquirida. Por um longo período da história, essas crianças viveram sem acesso à linguagem, estando, na maioria das vezes, restritas a um conjunto de sinais caseiros, que apresentam capacidade comunicativa reduzida. Felizmente, nos últimos anos, escolas especializadas foram criadas e incentivadas, possibilitando a aquisição de uma língua de sinais plena.

Aproximadamente 95% das crianças surdas têm pais ouvintes e, por essa razão, em sua grande maioria, não têm acesso a uma língua de sinais em casa, dependendo do contato com a comunidade surda para desenvolvimento dessa habilidade. Outra inovação importante foi o implante coclear, que, diferentemente dos aparelhos auditivos comuns, transforma som em impulso elétrico, estimulando diretamente o nervo auditivo. A parte interna do aparelho é implantada debaixo da pele e contém um receptor que transforma o som em impulso elétrico e um conjunto de eletrodos que levam o impulso elétrico até o nervo auditivo. Assim, não restaura a audição, mas pode trazer o sentido da audição, fazendo com que o cérebro receba impulsos elétricos que são, como na audição orgânica, codificados como sons.

No Brasil, a idade mínima para realização do implante é de 12 meses. Porém, a taxa de sucesso não é de 100%, dependendo do procedimento cirúrgico, de terapia intensiva com o paciente, da qualidade do aparelho e da manutenção do mesmo. Não havendo, assim, como garantir a mesma performance para todos os implantados. Essa situação se mostra mais grave para crianças de baixa renda que enfrentam as filas do SUS, que, muitas vezes, não pode custear aparelhos de qualidade e não garante o acompanhamento regular do paciente.

Outro problema é o não saber como proceder com a linguagem e socialização da criança que espera pela cirurgia. A comunidade linguística tem alertado que os pais são aconselhados por médicos, líderes espirituais e por publicações na internet a não inserir a criança em língua de sinais. Esses conselhos, sem qualquer base científica, revelam crenças erradas de que uma língua de sinais é menos língua, de que a aquisição dessa modalidade, posteriormente, dificultará a aquisição da língua oral ou de que o esforço feito para aprender a língua de sinais deve ser guardado para a aprendizagem da língua oral.

As línguas de sinais têm o mesmo poder comunicativo e cognitivo que qualquer língua falada, sendo a modalidade de expressão (gestos x sons) a única diferença entre elas. A aquisição de uma língua não dificulta a aquisição de outra. Pelo contrário, indivíduos bilíngues têm mais flexibilidade cognitiva, apresentando também maior reserva cognitiva, que os protegerá contra doenças neuronais no envelhecimento. Além disso, a aquisição de uma língua na infância não envolve esforço algum, sendo um processo natural e inconsciente. A aquisição só exige esforço e atenção quando ocorre tardiamente.

Não há razão para não exposição a uma língua de sinais, mesmo quando o objetivo é o implante. As crianças serão bilíngues e desfrutarão dos benefícios do bilinguismo. Ademais, estudos mostram que, se tiverem acesso prévio à língua de sinais, apresentarão também melhor desempenho na língua oral. Portanto, a ideia mais saudável é deixar a criança sinalizar para que, depois do implante, seu cérebro possa ouvir e decodificar melhor os sons da fala.

## Doenças crônicas e hospitalização

» NELSON MUSSOLINI  
Presidente executivo do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo (Sindusfarma) e membro titular do Conselho Nacional de Saúde.

Qual é o maior problema de saúde do Brasil? Muitos afirmam que é a falta de postos de saúde e de rede hospitalar. Alguns têm certeza de que é a falta e a má distribuição geográfica de profissionais de saúde. Outros dizem que é o acesso restrito a medicamentos inovadores e às novas tecnologias. Certamente, todos esses fatores representam grandes problemas para a saúde da população. Acontece que não há uma bala de prata para resolvê-los. Isso é incontestável. Medicamentos de última geração e tecnologias de ponta são caros. Construir e equipar novos hospitais requer verbas de que hoje o país não dispõe. Mais e melhores profissionais de saúde não se obtêm num estalar de dedos, além do que é preciso oferecer salários atrativos, materiais adequados e infraestrutura de trabalho.

Então, não tem remédio? Tem, sim. E o remédio é mais remédio. Em épocas como a atual, em que as contas públicas estão desequilibradas, reduzir custos e maximizar o orçamento é questão primordial. A população brasileira vem sofrendo de uma verdadeira epidemia de doenças crônicas adquiridas, como diabetes e hipertensão. Pois bem. Estudo recente, realizado pelo Sindusfarma, com base nos dados coletados pelo Ministério da Saúde e pela principal empresa de auditoria do

mercado farmacêutico, demonstra, de maneira objetiva, que com mais medicamento a saúde da população pode ser mais bem atendida.

Nos últimos 18 meses, a quantidade de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) decorrentes de casos de diabetes e hipertensão diminuiu 18,96%. Em janeiro de 2016, o SUS contabilizou 18.590 internações para tratar dessas patologias; em maio de 2017, esse número caiu para 15.064 internações. Qual foi o milagre? Foi aumentar o acesso aos medicamentos, por meio do Programa Aqui Tem Farmácia Popular, evitando-se complicações no tratamento dessas duas enfermidades. No mesmo período, o consumo de medicamentos para hipertensão arterial e diabetes no programa governamental que subsidia integralmente o valor dos produtos cresceu 22,4% em unidades e 4,5% em valores. Ou seja, o cruzamento de dados de consumo de medicamentos e hospitalização revelou que, ao ampliar a oferta de produtos, o Ministério da Saúde obteve uma redução de quase 3 mil internações nos hospitais convencionados ao SUS.

Em média, um tratamento medicamentoso para hipertensão arterial e diabetes custa R\$ 9,95 por ano para o governo federal. Uma internação não sai por menos de R\$ 670, por paciente, de acordo com cálculo feito pelo Ministério da Saúde em

maio deste ano. A relação favorável de custo-benefício (a chamada custo-efetividade) é evidente. Com esse arranjo, o governo conseguiu tirar máximo proveito da dotação disponível, gastando um pouco mais com medicamentos e liberando verbas e leitos hospitalares para tratar pacientes portadores de outras doenças.

Elevar o investimento na assistência farmacêutica, mediante o estímulo ao programa que fornece produtos gratuitos para as principais doenças crônicas dos brasileiros, permitiria atingir pelo menos dois objetivos socialmente relevantes: ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais e, ao mesmo tempo, tornar mais eficiente o uso do dinheiro público — proveniente, ressalte-se, da alta carga tributária que a população é obrigada a pagar, inclusive quando compra medicamentos.

Trata-se, portanto, de uma estratégia bem-sucedida tanto do ponto de vista sanitário quanto econômico. E com vantagens para o país na comparação com outras ações de saúde pública: é mais abrangente e pode ser implementada com mais rapidez e investimento menor. Um ganho que se traduz em redução e racionalização de despesas do governo e das famílias e em mais bem-estar e qualidade de vida para o conjunto da sociedade.