

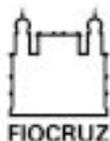
IMPRESSO ESPECIAL
CONTRATO
Nº 050200462-2/2003
EET/DR/RJ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



Nº 050200462-2/2003

RADIS

comunicação em saúde



Nº 12 ♦ Agosto de 2003

Av. Brasil 4036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ ♦ 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/publi/radis

Revista Radis ®

Formas e apresentações

Revista impressa mensal, com 20 ou 32 páginas.

Arquivo em PDF online (www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/index.html)

Informações ao leitor:

Nesta edição, você vai saber um pouco mais sobre:

SAÚDE MENTAL: Programa 'De volta para casa', reintegração social de portadores de transtornos mentais.

MEDICAMENTOS: As 18 Resoluções da Anvisa para produção e comercialização de medicamentos e as novas normas para as bulas de remédios.

INTEGRALIDADE: Seminário 'Integralidade, saberes e práticas nas instituições de saúde'.

TUBERCULOSE: O avanço da doença no mundo inteiro.

MORTALIDADE MATERNA: Fórum nacional mostra a preocupação com os altos índices no país e busca soluções.

12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: O temário da Conferência e algumas reflexões sobre a questão do controle social.

Ação esperada do produto:

Aumento da capacidade de reflexão sobre as questões de saúde e desenvolvimento acelerado do senso crítico. Ao ler a revista Radis, o leitor estará participando de uma intensa prática de compartilhamento de saberes. O conteúdo desta publicação também poderá ser utilizado em cursos, pesquisas e práticas profissionais, bem como ser reproduzido em qualquer meio de comunicação, desde que seja citada a fonte e a autoria dos artigos.

Cuidados de armazenamento:

Após a abertura da embalagem, esta revista deve ser mantida em local seco. É aconselhável uma leitura atenta e permitida qualquer anotação desejada nas margens das páginas. Recomenda-se colecionar os exemplares antigos.

Prazo de validade:

Originalmente, cada edição é válida por 30 dias. A leitura de exemplares fora da validade não causa, no entanto, nenhum dano à saúde do leitor, muito pelo contrário.

Indicações:

Como informativo da área da saúde.

Contra-indicações:

As informações contidas nesta revista não têm contra-indicação.

Efeitos adversos:

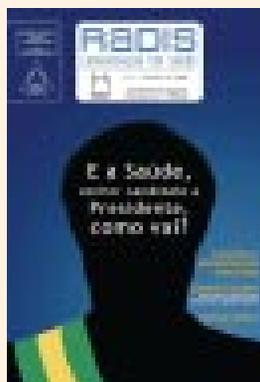
Até o momento não foram registrados efeitos colaterais negativos. Podem ocorrer risadas ocasionais durante a leitura das crônicas e 'tirinhas'.

Memória Recente

Esta é a nossa última página de Memória, criada na revista Radis nº 1 para comemorar os 20 anos do Programa. Neste mês de julho, chegamos aos 21 anos de existência ininterrupta, e tome mais comemoração!

Na próxima revista, esta página será ocupada por uma nova seção, sobre Comunicação em Saúde, destinada a registrar, analisar e comentar eventos, práticas, produtos e processos comunicacionais em saúde, ao vivo, em cores.

Ao longo de doze meses, percorremos e resgatamos várias fases das revistas do Radis, e escolhemos encerrar nossa seção comemorativa registrando nossa 'memória recente', a história do primeiro ano da revista Radis que, de certa maneira, já nasceu histórica.



Todas as revistas que aparecem nesta seção estão disponíveis, na íntegra, na internet, o que as torna ao mesmo tempo 'históricas' no sentido comum do termo e também virtualmente históricas, acontecendo sempre num espaço global, em tempo real. A 'memória recente' do Radis, portanto, é mais do que nunca uma memória dinâmica e sempre atual: "Tudo aqui ao mesmo tempo agora". Confira. www.ensp.fiocruz/publi/radis

Platão e sua farmácia básica

Recentemente vieram às manchetes as mortes provavelmente causadas pela ingestão do contraste Celobar, mais de 200 casos de infecção ocular e 20 casos de cegueira provocados por produtos oftalmológicos usados em pacientes submetidos à cirurgia de catarata. Medicamentos produzidos visando à cura e à saúde tornam-se agentes de doença e morte.

Tais ocorrências só espantam aos que não conhecem a origem da palavra 'farmácia'. Ela vem do termo grego pharmakón, traduzido quase sempre por 'medicamento' ou 'remédio', mas que não tem apenas esse único sentido. A palavra designa uma substância capaz de operar transformações. Para os gregos, pharmakón era aquilo que poderia causar o bem e o mal, a vida e a morte, e nunca uma coisa ou outra. O sentido remédio/veneno não está na substância em si (que é um e outro simultaneamente), mas depende das condições de seu uso.

Na mitologia, Pharmakéia, por exemplo, era uma ninfa náíade, de águas doces, e identificava uma fonte de água venenosa. Pharmakón designava ainda as poções e filtros utilizados por magos e feiticeiros, a ponto de pharmakéia significar também 'feiticeira'. No diálogo Fedro, Platão introduz o conceito de pharmakón em toda a sua ambivalência. O 'pharmakón-que-cura', para ele, não depende propriamente da substância, mas sim do fato de esta ser aplicada na hora certa, na dosagem certa e por quem conhece a arte e a ciência da cura.

Um conjunto de condições, na verdade, que complexifica bastante a compreensão de 'medicina'.

Sendo assim, como 'combater' ou manter controle de tal substância ambivalente? O próprio Platão aponta para a resposta, ao estabelecer uma analogia entre a medicina e a retórica. Para ele, a linguagem é também um pharmakón. Manipulado pelo sofista, é veneno; pelo filósofo, é cura. Para o filósofo francês Jacques Derrida, autor de A Farmácia de Platão, só a dialética pode fornecer o antídoto — pharmakón contra pharmakón. No nosso caso, tal pharmakón é a informação, a nossa escrita, "na hora certa, na medida certa, utilizada por quem conhece sua arte e sua ciência".

Dito assim, parece que estamos andando em círculos: o controle do pharmakón-remédio/veneno se dá por outro pharmakón, um logos-pharmakón, informação-remédio/veneno. Esta parece ser também uma imagem complexa de nossa sociedade. Os eventos recentes trazem duas poderosas lições. Primeira: recuperam o conceito do pharmakón grego, fazendo-nos desconfiar da compreensão moderna de medicamento como 'medicina' incondicional e em si. Segunda: lembram o papel fundamental da informação para o controle e bom uso dessa pharmakéia, dessa moderna feiticeira movida a publicidade, propaganda e marketing, visando ao enriquecimento dos modernos pharmakói, magos e sofistas das indústrias e comércios da 'saúde'.

caco



Memória	2
♦ Revista Radis	
Editorial	3
♦ Platão e sua farmácia básica	
Caco	3
Cartas	4
Súmula da Imprensa	5
Saúde Mental	8
♦ Programa prevê a reintegração social de portadores de transtornos mentais	
12ª Conferência Nacional de Saúde	9
♦ O controle social e 'vacas sagradas'	
♦ Compreendendo o temário da conferência	
Medicamentos	12
♦ Resoluções da Anvisa são recebidas com entusiasmo pelos consumidores	
♦ A expectativa pelas novas bulas	
Integralidade	14
♦ Seminário discute o conceito de integralidade nas práticas de saúde	
Tuberculose	16
♦ De 'doença romântica' a mal social	
Mortalidade materna	17
♦ Fórum enfatiza urgência de dados sobre morte materna	
Serviços	18
Pós-Tudo	19
♦ 1984, o ano em que dormi	
Ora, Pílulas...	19

cartas



CARTEIRA DE HABILITAÇÃO PARA MANIPULADORES DE ALIMENTOS

Esperando contribuir para o aprimoramento dos serviços de Saúde Pública, gostaria de sugerir a criação de uma 'Carteira de Habilitação para Manipuladores de Alimentos' para aqueles que trabalham com o preparo e venda de refeições ao público e que, por esse motivo, têm a responsabilidade de manter hábitos de higiene corporal, do ambiente, dos utensílios e equipamentos envolvidos no trabalho.

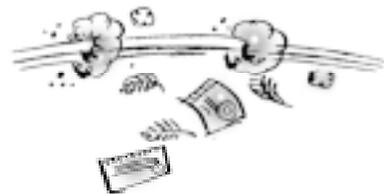
Pelo menos uma vez por ano ou quando sob suspeita de alguma doença, os manipuladores de alimentos deveriam submeter-se a exames de saúde, assumindo o trabalho apenas mediante a apresentação de sua 'carteira'. Seria importante que esses profissionais recebessem treinamento ou orientação nesse sentido antes de serem admitidos, por exemplo, em restaurantes, padarias,

lanchonetes e cozinhas industriais, e que os proprietários e gerentes assistissem a, pelo menos, uma palestra da Vigilância Sanitária, antes de ser emitido o Alvará Sanitário do estabelecimento. Por que é exigido exame de habilitação para motoristas e não para manipuladores de alimentos, se de ambos depende a vida de tantas pessoas? Será porque os acidentes com veículos são sempre dramáticos enquanto os efeitos de alimentos nocivos, embora frequentes, só se tornam dramáticos em casos de intoxicação alimentar coletiva. A habilitação sanitária para manipuladores de alimentos, que era exigida antigamente pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, é uma idéia que a Anvisa deveria considerar para que as Vigilâncias Sanitárias pudessem ter em suas normas operacionais um trunfo que reforçasse a segurança e a qualidade dessa atividade tão importante nos dias de hoje.

Paulo Londero
Palmares do Sul—RS (por carta)

TAPIRAMUTÁ (BA) QUER FAZER PSF DE VERDADE!

Sou enfermeira e secretária de saúde de Tapiramutá, na Bahia, uma cidade com cerca de 18 mil habitantes



e que fica a 356 quilômetros da capital. Durante dois anos, nossa gestão sonhou com a implantação do PSF, por acreditarmos que esse modelo humanizado e interativo seria o único capaz de, concretamente, interferir nos indicadores de saúde. Infelizmente, há um ano e cinco meses estamos solicitando à Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab) capacitação para nossas três equipes de PSF sem, contudo, termos êxito.

Penso que o Ministério da Saúde deveria se preocupar em qualificar e apoiar as equipes já existentes, pois acreditamos que o PSF, que é uma estratégia nova, não tem impacto significativo sem que haja uma capacitação efetiva. A quem teremos que recorrer para capacitarmos nossas três equipes?

Aidê Nunes
Tapiramutá—BA (por email)

Cara Aidê, em resposta à sua pergunta, a coordenadora geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Laura Feuerwerker, esclarece que a primeira providência seria procurar a Coordenação do Pólo de Capacitação em Saúde da Família do seu estado, a fim de receber a ajuda necessária para a construção de uma alternativa viável para o seu município. No caso da Bahia, o Pólo está situado no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. Ela também explica que, justamente para ampliar radicalmente o acesso dos municípios a oportunidades de desenvolvimento e formação em várias áreas, especialmente saúde da família, está sendo encaminhado um processo de constituição de Pólos de Educação Permanente. De acordo com Laura, havia 31 Pólos de Capacitação em Saúde da Família, que fizeram atividades de capacitação para 40% dos profissionais em saúde da família até o ano passado, mas nos próximos meses serão organizados outros 50 Pólos que receberão recursos para novas iniciativas de formação a partir de setembro. 

expediente



RADIS é uma publicação da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa Radis (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp).

Periodicidade: Mensal
Tiragem: 42 mil exemplares
Assinatura: Grátis

Presidente da Fiocruz: Paulo Buss
Diretor da Ensp: Jorge Bermudez

PROGRAMA RADIS

Coordenador: Rogério Lannes Rocha
Editor: Caco Xavier

Subeditora: Ana Beatriz de Noronha
Subeditor Gráfico: Aristides Dutra
Redação: Carlos Gustavo Trindade e Katia Machado

Estudos e Projetos: Justa Helena Franco (gerência de projetos), Jorge Ricardo Pereira e Laís Tavares

Administração: Márcia Pena e Vanessa Santos

Endereço

Av. Brasil, 4036, sala 515 — Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ — CEP: 21040-361
Telefone: (21) 3882-9118
Fax: (21) 3882-9119

E-Mail: radis@ensp.fiocruz.br

Site: www.ensp.fiocruz.br/publi/radis

Impressão e Fotolito

Ediouro Gráfica e Editora SA

USO DA INFORMAÇÃO — O conteúdo da revista Radis pode ser livremente utilizado e reproduzido em qualquer meio de comunicação impresso, radiofônico, televisivo e eletrônico, desde que acompanhado dos créditos gerais e da assinatura dos jornalistas respon-

sáveis pelas matérias reproduzidas. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem conteúdo de nossas publicações que enviem para o Radis um exemplar da publicação em que a menção ocorre, as referências da reprodução ou a URL da Web.

S MULA DA IMPRENSA

IMPULSO PARA O FOME ZERO



O recadastramento dos beneficiários dos programas sociais do governo federal deve dar novo impulso ao Programa Fome Zero, que tem como objetivos diminuir a fome no Brasil e melhorar a distribuição de renda. Com a iniciativa, o governo deverá selecionar, criteriosamente, os cidadãos que estão realmente na faixa de pobreza e, com isso, eliminar os problemas de operacionalização que tem enfrentado desde o início da implantação do Programa. Todo o cadastro feito à época do governo de Fernando Henrique Cardoso está sendo refeito para que um único cartão de benefícios possa ser utilizado. Durante o primeiro semestre, foram cadastradas 58 mil famílias no Programa.

O Programa Cartão Alimentação (PCA), que dá direito a R\$ 50,00, foi distribuído até o final de junho para 36.903 famílias de 149 municípios e deverá chegar a 1.098 municípios da região semi-árida nordestina até o final de 2003. O Orçamento da União prevê para o Programa em 2003 R\$ 1,2 bilhão, mas até agora só foram gastos cerca de R\$ 95 milhões. Um total de R\$ 2,6 milhões e mais 1,5 toneladas de alimentos foram destinados ao Fome Zero por meio de doações. Os estados que estão recebendo os benefícios são Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe e Minas Gerais, na região do Vale do Jequitinhonha.

AUMENTA NO PAÍS O NÚMERO DE MENINAS-MÃES

Os parcos resultados obtidos pelas campanhas públicas de planejamento familiar e para o uso de métodos anticoncepcionais ficaram eviden-

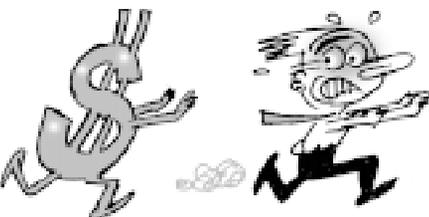
tes, após a divulgação, em junho deste ano, do principal motivo de internação de meninas de dez a 19 anos no país: o parto. A constatação faz parte de um relatório do Ministério da Saúde no qual os partos nessa faixa etária chegam a 1700/dia e a 26% do total de nascimentos, a maioria (42%) de adolescentes pobres com renda familiar abaixo de ¼ do salário mínimo/mês. Nenhum espanto. Afinal, já se sabia que o Brasil figura no relatório mundial sobre população da ONU como um país cujas taxas de nascimento ficam acima da média mundial de gravidez na adolescência, que é de 50 nascimentos por mil mulheres. O Ministério da Saúde, por meio do Programa de Saúde do Adolescente, tem a expectativa de diminuir a gravidez de adolescentes com a adoção de programas regionais.

EMBRIÕES HERMAFRODITAS GERAM POLÊMICA

Experiência com embriões humanos provocou revolta de cientistas em todo o mundo. Uma equipe da clínica Fundação para Medicina Reprodutiva, em Chicago, nos EUA, criou 12 embriões com características masculinas e femininas, com a alegação de que podem contribuir no desenvolvimento de novos tratamentos e curar doenças causadas por anomalias em um único gene. Quando a novidade foi anunciada pelo líder da equipe, Norbert Gleicher, durante a reunião anual da Sociedade Européia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE), começaram os questionamentos éticos sobre a utilidade dos embriões

humanos hermafroditas. Os embriões, chamados de embriões-quimeras em referência a um monstro da mitologia grega com cabeça de leão, corpo de cabra e cauda de dragão, foram formados por meio da implantação de um recém-concebido embrião masculino num embrião feminino de três dias e podem, potencialmente, se desenvolver num feto. Quimeras humanas podem ocorrer naturalmente, quando embriões gêmeos se fundem no útero logo após a concepção. Os bebês resultantes contêm material genético de ambos os embriões. Se os embriões forem de sexos diferentes, os bebês poderão parecer meninos, mas terão características de ambos os sexos. Quimeras animais, como misturas de ovelhas e cabras, já foram criadas por cientistas.

USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE VOLTAM-SE PARA O SUS



Cada vez que as empresas de medicina de grupo aumentam os preços dos planos de saúde, a consequência imediata é o aumento do número de brasileiros que pedem SOS ao SUS. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o número de atendimentos médicos em hospitais públicos cresceu de 593 mi-

A Radis caiu na rede

Agora você pode encontrar na internet o conteúdo integral de nossa revista. Além da Radis, também está lá o último ano das revistas Tema e Súmula. É possível ler na tela do computador ou salvar os arquivos em disco.

Radis: informações fundamentais para o profissional de Saúde. Agora também on-line.

www.ensp.fiocruz.br/publi/radis

RADIS
comunicação em saúde



lhões, em 2000, para 715 milhões em 2002. A debandada dos consumidores em relação aos planos de saúde privados chegou a quatro milhões nos últimos quatro anos, pois eram 38,7 milhões de usuários em 1998 (dados do IBGE) e agora são 35 milhões (dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS). Os preços dos planos de saúde privados cresceram 35% desde 2000, sob a alegação das empresas de medicina de grupo de que tiveram maiores gastos devido às exigências de maiores coberturas. Com isso, os consumidores, que já sofriam por causa das seguidas perdas financeiras relativas a sucessivas medidas econômicas, acabam encontrando grandes dificuldades para prosseguir nos planos de saúde privados. O valor médio das mensalidades em 2002, de acordo com a ANS, foi de R\$ 132,69.

CRESCE O NÚMERO DE USUÁRIOS DE DROGAS NA AMÉRICA LATINA



Os números apresentados em junho pelo Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (Unodoc) tornam ainda mais alarmante a situação quanto à dependência às drogas na América Latina. Conforme o relatório 'Drogas Ilícitas — Tendências Globais', cerca de um milhão de pessoas no Brasil consomem cocaína e nove milhões fumam maconha. A estimativa da Unodoc é de que 5,8% dos brasileiros maiores de 15 anos usam haxixe e maconha, que é a droga mais consumida no mundo, com 163 milhões de usuários. Já a cocaína tem 14 milhões de consumidores nesse universo e um grande centro produtor, a Colômbia, que responde por 72% do produto fabricado no mundo. A esperança é que aconteça na América Latina a mesma tendência dos EUA e Europa aonde, segundo o representante regional do Unodoc para o Brasil e Cone Sul, Giovanni Quaglia, o consumo de drogas chegou ao pico nas décadas de 80 e 90, mas acabou caindo.

O CÂNCER DE PRÓSTATA E O PRECONCEITO FATAL



O mito dos homens em relação ao exame médico de toque retal, acarreta o aumento do número de casos de morte devido ao câncer de próstata. Em entrevista publicada no dia 30 de junho no jornal 'Folha de São Paulo', o professor titular de urologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) Miguel Srougi afirma que o tumor na próstata descoberto no início tem cura em 80% a 90% dos casos, mas isso quase não acontece devido ao preconceito e à ignorância de muitos homens que associam, de forma errada, a próstata com a atividade sexual.

Os casos de câncer de próstata têm aumentado muito no Brasil e matam, em média, 8,2 mil brasileiros por ano, além de despontar como o tumor masculino mais frequente entre os homens (17%). Srougi, que lança este mês o livro 'Próstata: isso é com você', acha que o total de mortes pode chegar a 20 mil/ano, já que os dados existentes são subestimados por falta de notificações compulsórias.

ANVISA PEDE ATENÇÃO NA HORA DE COMPRAR MEDICAMENTOS

Do início do ano para cá, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) já interditou, suspendeu e apreendeu mais de 50 medicamentos. Além disso, viraram manchetes de jornal as 21 mortes provavelmente causadas pela ingestão do contraste Celobar e os mais de 200 casos de infecção ocular e 20 casos de cegueira provocados por produtos oftalmológicos usados em pacientes submetidos à cirurgia de catarata. A irresponsabilidade de parte da indústria farmacêutica e o descaso de gestores de hospitais públicos e privados que compram medicamentos sem verificar se o mesmo está registrado na Anvisa causam revolta a pacientes diretamente prejudicados e

medo na população. Para ajudar os consumidores a comprar remédios com mais segurança, a Anvisa, que publica diariamente em seu site uma relação de medicamentos falsificados, divulgou algumas recomendações importantes:

- ♦ Na hora da compra, verifique se há alguma irregularidade na embalagem e, em caso de desconfiança, peça explicações ao farmacêutico de plantão no estabelecimento.
- ♦ Caso persista a dúvida, solicite a nota fiscal do remédio para verificar sua procedência.
- ♦ Só compre medicamentos com receita médica e evite sugestões dos balconistas sobre drogas semelhantes às indicadas.
- ♦ Verifique na embalagem se o medicamento tem registro no Ministério da Saúde. Em caso de dúvida, entre em contato com o serviço de vigilância sanitária de seu estado ou município. Também é fundamental observar se o número do lote, que vem impresso na parte de fora, é igual ao que vem impresso no frasco ou na cartela interna.
- ♦ Se perceber qualquer alteração estranha provocada pelo uso do medicamento, comunique imediatamente ao seu médico e ao centro de vigilância.

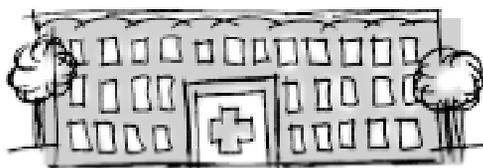
Mais informações: www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2003/250603.htm

FÓRUM PROCURA SAÍDA PARA O SETOR DA SAÚDE

Entre as maiores dificuldades do sistema de saúde do Brasil estão o excedente de hospitais e profissionais nos centros e a falta de ambos em áreas periféricas do país, a baixa remuneração dos profissionais, a briga entre prestadoras de serviço, operadoras e médicos por não haver reajuste, e a elevação dos custos para as próprias operadoras. De acordo com o presidente do Conselho Deliberativo, Reynaldo Brandt, é urgente que se encontre uma estratégia para a saúde no Brasil. Em matéria publicada no jornal 'O Valor', em 18 de julho, ele afirma que, "apesar de haver no Brasil uma enorme variedade de profissionais, hospitais e tecnologias, a grande massa da população não tem acesso aos serviços de qualidade".

O governo reconhece que a situação é complicada, pois o SUS depende dos hospitais privados e estes dependem do SUS, e convocou um Fórum de Discussão do Setor de Saúde Suplementar (Portaria nº 581/GM, de 15 de maio de 2003) do qual participam 59 entidades, desde prestadoras de serviço e representantes acadêmicos até associações de proteção ao consumidor. O fórum foi dividido em três etapas, das quais a primeira ocorreu no fim de junho e as próximas estão marcadas para agosto e setembro. Segundo Fausto Pereira dos Santos, diretor de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde, a idéia da reunião nasceu da constatação de uma grave crise no setor e da tentativa de se encontrar uma pactuação que resolva o problema. No primeiro encontro, as discussões giraram em torno da questão da formação profissional, principalmente no que diz respeito à abertura de novas escolas de medicina, e da baixa remuneração da maioria dos profissionais de saúde.

CRISE JÁ FECHOU 30 HOSPITAIS



De acordo com a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), mais de 30 hospitais já fecharam suas portas desde 1999. O Ministério da Saúde não pôde confirmar o fechamento dos estabelecimentos, mas informou que 20 deles deixaram de prestar serviços para o SUS. Os diretores da FBH apontam o baixo valor do repasse do SUS, principalmente nas áreas de diagnóstico e de internação de baixa e média complexidade, como a causa do fechamento dos hospitais. Segundo Eduardo de Oliveira (Folha de São Paulo, em 21 de julho), cada internação gera um repasse que varia de R\$ 4 a R\$ 7, e o custo pode chegar a R\$ 38. Para o secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, Jorge Solla, o problema existe, mas deve ser analisado de maneira criteriosa, pois o reajuste não pode ser realizado de forma linear, uma vez que em transplantes e em outros procedimentos de alta complexidade, o repasse já está no nível praticado pela iniciativa privada.

INSTITUIÇÕES BUSCAM RECURSOS PARA ESTUDAR DOENÇAS TROPICAIS

Os Médicos sem Fronteira, a Fiocruz, o Instituto Pasteur, da França, o Instituto de Pesquisas Médicas do Quênia, o Conselho Indiano de Pesquisas Médicas e o Ministério da Saúde da Malásia se uniram para arrecadar fundos a serem utilizados em estudos sobre doenças tropicais negligenciadas. O grupo funcionará como uma instituição filantrópica — Iniciativa para Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDI) —, receberá apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e tentará incentivar indústrias farmacêuticas públicas e privadas e laboratórios das universidades a desenvolverem medicamentos eficazes contra doenças que atingem principalmente as populações de países pobres ou em desenvolvimento, como a Doença de Chagas, a leishmaniose e a doença do sono. Atualmente, segundo o diretor interino da Campanha, Yves Champey, no mundo inteiro, apenas 10% das pesquisas médicas estão voltadas para essas doenças que, no entanto são responsáveis por cerca de 90% das mortes.

TOQUES DA REDAÇÃO

FIUCRUZ ANUNCIA PREMIADOS DA 4ª VIDEO SAÚDE



A Comissão Julgadora da 4ª Mostra Nacional de Vídeos sobre Saúde, organizada pela VideoSaúde Distribuidora da Fundação Oswaldo Cruz divulgou, no dia 30 de junho, a relação das obras premiadas, entre os 232 trabalhos inscritos. Os prêmios serão entregues em Brasília, no dia 01 de agosto, na Abertura da 4ª Mostra, que acontecerá durante 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Durante o Congresso, serão exibidos os 119 vídeos selecionados. Além disso, em novembro deste ano começará a ser exibida, na Casa da Ciência da UFRJ, no Rio de Janeiro, a Mostra VideoSaúde Itinerante, que percorrerá várias cidades brasileiras exibindo os títulos selecionados. Os tra-

balhos premiados foram: em primeiro, segundo e terceiro lugares, respectivamente, 'Os Melhores Anos de Nossas Vidas' (SP), 'Mundos Possíveis' (PE) e 'Vozes do Morro' (PE). Receberam menção honrosa os vídeos: 'A peleja', 'Dasadawa Weda—Saúde Bucal' e 'Muito Prazer'. O filme 'A dor do vazio', que discute o drama da fome que atinge quase um terço da população brasileira e mostra a realidade de 54 milhões de brasileiros que vivem abaixo da linha de pobreza, recebeu o Prêmio Especial Fome Zero. Todos os vídeos passam a fazer parte do acervo da Video Distribuidora.

Mais informações: VideoSaúde
Tel.: (21) 3882-9109 / 9110 / 9111
E-mail: comsaude@cict.fiocruz.br

ACORDO DESCUMPRIDO

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) divulgará, em breve, o resultado de uma pesquisa sobre monitoramento de preços de medicamentos, no período entre 2000, 2002 e 2003, com mais de 300 apresentações. Os pesquisadores do Idec utilizaram como fontes o Management Science For Health (MSH), que possibilita parâmetro quanto aos preços praticados no mercado internacional de medicamentos essenciais para a maioria das patologias estabelecidas, e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Uma das novidades será o fato de que diversos preços ficaram acima do percentual de 8,63% estabelecido no protocolo de intenções no processo de transição do governo passado. Os preços de alguns medicamentos subiram mais de 100%. 

SÚMULA DA IMPRENSA é produzida a partir da leitura crítica dos principais jornais diários e revistas semanais do país.

Eu, que participei de todas as Conferências desde a Oitava, espero que a 12ª acabe com a idéia de que o SUS é apenas dos profissionais da área de Saúde Coletiva.

A Conferência precisa mostrar que o SUS é de todos os profissionais: do cirurgião, do clínico, do especialista, do epidemiologista, do profissional da administração, de todo e qualquer outro profissional da área da saúde.

Arthur G. F. Pereira, médico e administrador hospitalar (Famema)



saúde mental

Programa prevê a reintegração social de portadores de transtornos mentais

Katia Machado

Lançado pelo governo federal, o programa 'De volta para Casa' visa à integração de pessoas portadoras de transtornos mentais na sociedade, permitindo que esses pacientes retomem sua vida social e familiar e continuem seu acompanhamento psiquiátrico fora de hospitais. A idéia faz parte de uma proposta de tornar o tratamento desses pacientes mais humanizado e tem como base a estimativa de que 30% dos 55 mil leitos existentes em hospitais psiquiátricos são ocupados por pessoas sem necessidade de permanecer em regime de internação.

O programa atenderá a todos os pacientes que tenham permanecido internados em unidades psiquiátricas durante dois anos, no mínimo, e que estejam em condições de receber alta. Eles receberão um auxílio de R\$ 240,00, pago diretamente ao portador da doença ou a um representante legal, durante um ano. Caso o paciente não consiga se reintegrar à sociedade, o benefício poderá ser estendido por mais um ano. Essa medida tem como fundamento o artigo 5º da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, garantindo ao paciente uma política de reabilitação psicossocial assistida. Nesse sentido, o programa prevê também o acompanhamento por meio de atividades como ações de reabilitação, residência terapêutica, trabalho protegido e lazer monitorado. 'De Volta para Casa' pretende atingir cerca de 3 mil portadores de transtornos mentais por ano, no período entre 2004 e 2007.

Além do programa, o governo federal anunciou a criação de 178 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), destinados ao atendimento de crianças, adolescentes, adultos e

portadores de transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas. Para tanto, o Ministério da Saúde investirá, até o fim deste ano, R\$ 20,7 milhões, financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (Faec). Hoje, o país conta com 424 Caps.

Concomitantemente, há uma preocupação de instituições e familiares de o programa não dar conta devidamente dos pacientes. "Será que os recursos oferecidos pelo governo cobrem todos gastos do paciente na família? Esse dinheiro será usado efetivamente para o tratamento do paciente, visto que a família passa por tantas outras necessidades?", questiona o presidente da Associação dos Familiares e Amigos de Doentes Mentais do Brasil (AFDM), Zedir Macedo, explicando que o programa não prevê ações de controle de uso desse recurso.

Zedir acredita que o melhor tratamento é aquele oferecido fora dos hospitais, quando esses conseguem atender a todos os doentes devidamente. "Não sou contra o programa 'De Volta para Casa', desde que o paciente encontre aqui fora uma estrutura de tratamento adequada, que garanta estabilidade emocional e que tenha sua doença controlada", explicou.

A crítica do presidente da AFDM diz respeito à escassez de recursos da saúde mental. Segundo ele, o setor tem um gasto anual de R\$ 500 milhões em média, recursos já gastos há 15 anos e, por isso, há falta de médicos, comida, profissionais treinados e remédios de ponta. "Hoje, a maioria dos Caps atendem mal, estão deficitários em quantidade e qualidade", concluiu, ressaltando que o governo precisa assumir um compromisso com a moderna reforma psiquiátrica.

Pedro Gabriel Delgado, coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde (MS), responde a essas questões com tranquilidade:

— É uma tensão real, expressa por associações de familiares que lutam em defesa dos hospitais psiquiátricos e não apóiam as iniciativas da Reforma Psiquiátrica. É uma posição legítima, ainda que, do nosso ponto de vista, equivocada e desesperançosa, porque supõe que o único destino possível para os pacientes mentais graves seja a internação por tempo indeterminado nos hospitais convencionais. É preciso ficar claro que nenhuma família,



absolutamente nenhuma, será obrigada a receber de volta seu familiar que vive há longos anos internado. São estes os pacientes que o 'De Volta para Casa' quer beneficiar. Queremos as famílias trabalhando conosco e, se pudermos ter esse apoio, melhor. Se não, ofereceremos aos pacientes a excelente alternativa dos serviços residenciais. A posição do Ministério da Saúde é clara: queremos a aproximação e a parceria dos familiares para juntos possibilitarmos uma vida melhor para esses pacientes que hoje encontram-se limitados a uma existência cinzenta no interior dos manicômios. No que depender de nós, os familiares são nossos parceiros naturais, não nossos adversários — finalizou.

TRATAMENTO MAIS HUMANO

O esforço do governo brasileiro de promover mudanças do modelo psiquiátrico, tornando-o mais humanizado por meio de tratamento extra-hospitalar, como o programa 'De Volta para Casa', tem sido reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Anúncio feito pelo diretor do departamento de Saúde Mental e Toxicomanias da OMS, Benedetto Saraceno, em carta enviada ao coordenador de Saúde Mental do MS, informa que a organização vai propor a outros países que adotem os princípios do Brasil. **F**

Transtorno mental poderá atingir 30% da população

Entre as dez doenças que mais incapacitam o homem, cinco delas são decorrentes de transtornos mentais. Sem cura, apenas passível de tratamento de controle, quase sempre esse tipo de doença causa um tipo de confusão psíquica e emocional tão grande que o estrago é avassalador. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), 30% da população sofrerão algum transtorno mental. De acordo com a AFDM, hoje, a esquizofrenia, um dos piores problemas de saúde mental — o paciente perde a conexão com a realidade —, atinge 1% da população mundial e, somente no Brasil, um milhão de pessoas. **F**

Espero que haja uma grande mobilização popular e que o Ministério da Saúde discuta o plano nacional de saúde com a sociedade. É uma Conferência que se dá no início de um novo governo, eleito depois de muitos anos de espera, e com certeza vai refletir uma discussão mais harmônica entre o governo e a população.

Jorge Bermudez, Ensp / Fiocruz



12ª conferência nacional de saúde

O controle social e as 'vacas sagradas'

Caco Xavier

Controle Social' é o eixo central e transversal da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que acontecerá no período de 7 a 11 de dezembro, em Brasília, reunindo três mil delegados de todo o país para discutir os rumos da saúde no Brasil. Esse eixo central é chamado transversal por 'atravessar' igualmente as discussões dos outros nove eixos previstos (veja páginas 10 e 11) e, portanto, deve ser objeto de muito cuidado e maior atenção.

Em agosto do ano passado, durante o 18º Congresso do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Luiz Odorico de Andrade, hoje presidente do Conselho, dizia que "temos uma agenda cansada" no que diz respeito às discussões sobre o SUS e completava: "É preciso mexer em algumas 'vacas sagradas' de nossa compreensão do SUS e da prática de gestão".

Sabe-se que as vacas são sagradas na Índia, onde, por vezes, não podem sequer ser tocadas. No contexto atual da saúde pública, não é difícil perceber várias dessas 'vacas sagradas', assuntos e práticas que jamais são colocados em questão, por diversos motivos. Dentre essas, a mais sagrada de todas é o Controle Social.

Controle social é um conceito que tem origem nas teorias sociológicas, significando o controle, por parte do Estado, de atitudes e comportamentos da sociedade. A área da saúde promoveu uma inversão desse conceito, entendendo que o Estado também é capaz de agir baseado em seus próprios interesses e muitas vezes de forma perversa em relação à sociedade que deveria proteger. Assim, controle social passou a significar também controle da sociedade sobre o Estado, exercido por meio de instrumentos democráticos.

A Saúde tem, hoje, dois desses instrumentos plenamente legitimados pelos princípios constitucionais e por leis que os regulamentam: os Conselhos de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde. Ambos têm composição paritária, reunindo representantes do governo, dos prestadores de serviços e da população. Ambos são convocados a avaliar as políticas e a gestão da saúde no país, propondo encaminhamentos e diretrizes aos governos.



Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, a professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Laura Tavares denunciou que "muitos conselhos de saúde transformam-se em meros instrumentos que referendam políticas já estabelecidas, restando-lhes decidir sobre coisas secundárias" e perguntou:

— Que conselho neste país decidiu sobre restrições impostas a estados e municípios para o repasse de recursos? Que conselho decidiu sobre o montante realmente necessário para atender às necessidades de saúde da população?

Na mesma oportunidade, o secretário estadual de saúde do Rio de Janeiro, Gilson Cantarino, disse não ter dúvidas de que o controle social exercido no país sofriria, naquele momento, "um risco estrutural de estagnação". Nada indica que esse risco tenha desaparecido, de três anos pra cá.

Em relação às Conferências Nacionais, as queixas ouvidas desde a Nona

alertam para o fato de que, apesar das intensas discussões e dos Relatórios Finais que expressam fielmente a vontade e o pensamento da sociedade representada, pouquíssima coisa sai do papel e impacta de fato as políticas de saúde e a população. "O que as Conferências anteriores aprovaram só foi à prática se houve mobilização depois", disse a delegada de São Paulo, na 11ª CNS, Elaine Cruz. Ao mesmo tempo, a expectativa para a 12ª CNS, como mostra o 'pequeno jornaleiro' nas páginas do Radis, é a mesma: que as resoluções sejam implementadas.

Mexendo de vez nessa 'vaca sagrada' chamada Controle Social, podemos dizer primeiramente que os dois instrumentos legítimos de controle social na saúde não funcionam

plenamente, pois não subsidiam, de fato, diretrizes para as políticas de saúde no país. Outro grande problema, segundo Inesita Araújo, pesquisadora da Fiocruz, é que o exercício legítimo do controle social está atrelado a essas duas estruturas formais do Estado, o que tende a excluir várias outras formas e instrumentos possíveis de controle social.

Ao que parece, duas estratégias bem definidas apresentam-se para os debates da 12ª CNS: por um lado, traçar caminhos para que os dois instrumentos formais de controle social funcionem efetivamente; por outro, buscar a legitimação de outros instrumentos, reconhecendo-se as vozes de ONGs, Ministério Público, associações comunitárias e outras instituições da sociedade. O importante é, no fim das contas, chegar à Conferência com uma compreensão clara do eixo que deve 'atravessar' e ao mesmo tempo servir de 'centro' para todas as questões, como antecipam os organizadores. 

O RADIS ADVERTE:

É melhor mexer em 'vacas sagradas' do que virar vaquinha de presépio.



Compreendendo o temário da Conferência

Ana Beatriz de Noronha

De acordo com o regimento da 12ª Conferência Nacional de Saúde, cada um dos nove eixos temáticos será discutido em uma mesa redonda, na qual serão analisados aspectos históricos do tema, posições de diferentes segmentos sociais sobre o assunto, deliberações das Conferências anteriores e do Conselho Nacional de Saúde, a conjuntura atual, levando-se em consideração o programa e as propostas do Ministério, informações técnicas e políticas e as atribuições e competências das três esferas de governo, destacando-se da esfera federal. A partir daí, serão apresentadas as propostas e diretrizes a serem tomadas e, principalmente, as medidas para a participação e o controle social. A seguir, traçaremos um breve panorama dos eixos temáticos propostos, buscando destacar as principais questões sobre cada um dos assuntos.

O Direito à Saúde envolve mais do que a mera ratificação de um direito constitucional. Pensar a saúde como um direito humano fundamental tem sérias implicações nas questões referentes à universalidade e à equidade do sistema. Tentar determinar o mínimo de serviços de saúde que devem ser garantidos a todos os cidadãos e as formas de se lidar com os conceitos de direito coletivo e individual, considerando-se a impossibilidade de se satisfazer todas as necessidades de todos os indivíduos, são alguns dos aspectos a serem tratados nos debates sobre o tema. A Conferência deve tratar também da saúde como, um direito-síntese (definição de Janine Cardoso, pesquisadora da Fiocruz), ou seja, um índice do acesso da população a praticamente todos os outros direitos de cidadania: emprego, salário, segurança etc.

De acordo com a Constituição, a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. O tema Seguridade Social e a Saúde assume grande importância num momento em que prevalece a visão previdenciária da seguridade e os movimentos privatizantes da mesma, sempre com base em argumentos financeiros e sob a ótica do lucro. Durante a Conferência, a saúde deve se tornar ponto de partida para a retomada da seguridade como uma política social. Também deverão ser tratados assuntos referentes aos recursos da seguridade e sua aplicação na área da saúde.

O Financiamento da Saúde, promete grandes polémicas e impasses. A discussão já é antiga e o problema, apesar de medidas emergenciais como a Emenda Constitucional 29 (EC 29), que aumenta gradativamente o percentual orçamentário de municípios, estados e União destinado à saúde, vem se agravando ao longo do tempo, transformando-se numa grave ameaça à consolidação do SUS nos moldes propostos pela Constituição. O consenso é que os recursos, além de insuficientes, são gastos de forma irracional. As dúvidas são muitas e vão desde a forma de transferência de recursos do Ministério da Saúde para os municípios e as providências necessárias para que cada um dos níveis do Sistema consiga cumprir as leis existentes até a solução das contradições entre o sistema econômico brasileiro e as diretrizes do SUS. Um dos objetivos do debate será certamente a criação de mecanismos de financiamento da Atenção Básica que respeitem a capacidade de investimento dos municípios e apontem soluções para a pouca participação do nível estadual no financiamento do sistema. Espera-se ainda propostas de novas fontes de recursos para a saúde.

Dentro do tema O Trabalho na Saúde, as principais questões giram em torno do desafio de se acompanhar as profundas mudanças ocorridas no mundo do trabalho, devido principalmente à incorporação de novas tecnologias e ao processo de globalização, sem que se inviabilize a efetivação do SUS. Isso envolve diretamente a avaliação das deficiências quali-quantitativas de recursos humanos na área da saúde e a implantação de uma política que reduza a precarização das relações de trabalho no setor, possibilitando mais investimentos na capacitação e educação continuada dos profissionais e melhores resultados dessas ações, e que regule a formação em todos os níveis para adequá-la às necessidades do sistema de saúde.

Seguridade Social

Financiamento

Direito à Saúde

Trabalho na Saúde

Controle Social

Interdisciplinaridade

Minha participação começou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que significou a elaboração do texto constitucional e da Lei Orgânica de Saúde. Acho que a 12ª terá o mesmo significado. Será a consolidação do processo de reforma do Estado contra a maré neoliberal. Esse é um espaço privilegiado para consolidarmos um SUS que atenda o conjunto da população e que hoje já é exemplo, para a América Latina e para o mundo, de um sistema universal e que tem como objetivo a integralidade da atenção.

Maria Luiza Jaeger, Secretária de Gestão do Trabalho, Ministério da Saúde



Organização da Atenção em Saúde

Gestão Participativa

As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS

Ciência e Tecnologia e a Saúde

Setoriedade

A Organização da Atenção em Saúde é fundamental para que sejam alcançados os princípios de SUS, dentre eles o da integralidade, cuja construção requer uma mudança efetiva nas práticas de saúde e na reorganização institucional, com alterações substanciais nas formas de gestão de serviços. Não basta tratar da Atenção Básica, é preciso também reconhecer a importância dos níveis de média e alta complexidade no atendimento das necessidades de saúde da população. A ampliação do Programa Saúde da Família (PSF) e as dificuldades de implantação da estratégia nos grandes centros urbanos, a requalificação da atenção hospitalar e a assistência farmacêutica são algumas das questões que deverão ser tratadas dentro deste tema, cuja pergunta básica é: como organizar os serviços de modo a enfrentar um quadro sanitário marcado pela desigualdade em saúde e pela diversidade das demandas que englobam tanto os graves problemas de endemias e epidemias quanto as mais distintas necessidades individuais e coletivas?

Nas discussões sobre Gestão Participativa, estarão em foco as dificuldades de superação, na área da saúde, dos modelos de gestão burocrática — centralizadora, marcada pelo discurso da competência técnica, por relações impessoais e pela primazia da dimensão econômica sobre a social — e tradicional — centralizadora, baseada em práticas políticas de troca de favor e dependência e em práticas intuitivas e assistencialistas. Como se elaborar e implantar formas efetivas de gestão, na qual a existência de estruturas colegiadas formadas paritariamente por técnicos e usuários dos serviços, superando o centralismo e acabando com o personalismo das decisões? Como formar lideranças populares capazes de formular, administrar e fiscalizar políticas públicas de saúde? Como formar gestores capazes de compreender e articular o trabalho intersetorial presente na maioria dos projetos que visam atender as demandas locais? Como criar uma cultura de descentralização de poder, na qual não só a execução, mas também o planejamento e as decisões estratégicas sejam delegadas a instâncias inferiores?

A divisão de responsabilidades e a definição dos papéis da União, dos estados e municípios formarão provavelmente a base das discussões sobre o tema As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS. Outras questões importantes dentro deste contexto são o fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), instâncias de pactuação fundamentais para a efetivação do SUS; a integração entre sistemas municipais de saúde em sistemas regionalizados e hierarquizados, estratégia proposta pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas 2001 e 2002) para a ampliação do acesso da população aos serviços de maior complexidade; e a criação de instrumentos integrados de planejamento, acompanhamento e avaliação.

A saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doenças”, um conceito que acaba englobando diversos outros aspectos da vida, como o trabalho, o meio ambiente, a educação, a alimentação, etc. A Constituição brasileira, por sua vez, coloca a promoção à saúde como uma das atribuições básicas do SUS. Se a saúde, portanto, depende da ação de diversos setores sociais e econômicos, a promoção à saúde, como prática, depende diretamente da real articulação entre esses setores. Compreender a Intersetorialidade das Ações de Saúde, que extrapolam a própria área, e pensar estratégias que a efetivem de fato são os grandes desafios para gestores dos três níveis de governo obrigados a lidar, entre outras coisas, com graves problemas de desemprego, falta de saneamento básico, déficit escolar e de habitação, degradação ambiental e violência. O conceito de ‘Cidade Saudável’, seja de modo explícito ou implícito, deve pautar as discussões sobre o tema.

Um dos grandes problemas enfrentados pelo SUS atualmente está relacionado à falta de mecanismos que incentivem a cooperação tecnológica e discutam a necessidade e o custo-benefício de novos equipamentos e procedimentos empregados, principalmente nos níveis de média e alta complexidade do sistema. A discussão do tema Ciência e Tecnologia e a Saúde tentará identificar formas de se promover a integração entre a produção científica e tecnológica nacional e o SUS, possibilitando que a pesquisa científica forneça subsídios para a tomada de decisões no campo da saúde e que, simultaneamente, os princípios do SUS sirvam de parâmetro para a organização e para os investimentos no setor de C&T. Dentro deste tema, também deverão ser tratadas as questões éticas envolvidas nas pesquisas com seres humanos, a biossegurança e o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional, por meio da produção de insumos estratégicos.

O anúncio da conferência anima bastante os que estão envolvidos com a discussão sobre mudanças na área profissional. As novas diretrizes apontadas pelo Ministério da Saúde precisam de um grande fórum de discussão para que seja realmente possível fazer a articulação entre o processo de mudança na formação com a questão da reorganização do serviço de saúde e, principalmente, nessa perspectiva de não reduzir a Reforma Sanitária ao SUS. A 12ª CNS é a oportunidade de recolocar o projeto da Reforma Sanitária.

João Campos, Rede Unida



medicamentos

Resoluções da Anvisa são recebidas com entusiasmo pelos consumidores



Carlos Gustavo Trindade

Os aplausos dados por especialistas do setor farmacêutico às dezoito resoluções tomadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no final de maio, poderiam ter acontecido já há muitos anos. Mas, como diz o coordenador da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime), José Ruben de Alcântara Bonfim, “antes tarde do que nunca”. Para ele, as normas expressam a disposição de espírito da Anvisa em relação ao cumprimento da Constituição, da Lei Orgânica de Saúde e da própria lei que criou o órgão. As ‘Dezoito Resoluções’ sugerem exigências mais rígidas para a produção e comercialização de remédios, a fim de possibilitar maior segurança e qualidade.

Com as exigências da Anvisa em relação ao teste de biodisponibilidade para registro de similares e reavaliação de medicamentos que tenham quatro ou mais princípios ativos, muitos remédios deverão sair do mercado. O presidente da Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico e do Sindicato do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos de São Paulo, Pedro Zidoi, afirma que não será possível manter a produção de alguns desses medicamentos fabricados no Brasil, devido à elevação de

A biodisponibilidade relaciona-se à quantidade absorvida e à velocidade do processo de absorção de um medicamento pelo organismo. Quando dois medicamentos apresentam a mesma biodisponibilidade no organismo, pode-se dizer que sua eficácia é a mesma. O teste visa assegurar que certo medicamento tem a mesma eficácia clínica de outro.

custos oriundos dos testes e à necessidade de maiores investimentos na produção. Paralelamente, existe a perspectiva de que, com os maiores gastos, a indústria farmacêutica tenha que reduzir os descontos dados às farmácias o que, conseqüentemente, pode resultar na diminuição das vendas e da chamada ‘empurroterapia’. Segundo Zidoi, os descontos representam 10% do faturamento das farmácias.

A exigência do teste de biodisponibilidade para comprovação de que os medicamentos similares são absorvidos pelo organismo na mesma velocidade dos medicamentos de marca é, na opinião de Bonfim, uma adequação “muito tardia”, já que nos países desenvolvidos da Europa esta já existe há muitos anos e não são aceitos produtos farmacêuticos sem a denominação genérica, sem a comprovação da eficiência farmacêutica e sem a verificação da equivalência terapêutica. Para ele, as demais medidas também seguem os critérios do Primeiro Mundo e reforçam as iniciativas de vigilância. “As medidas da Anvisa são confirmações ou aperfeiçoamentos do que a lei já dizia”, entende.

As resoluções da Anvisa contam com a aprovação do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), em São Paulo, que defende a necessidade de controle da qualidade dos produtos, de melhorias na fiscalização e mais critérios quanto aos parâmetros de qualidade. A consultora do Idec e pesquisadora da Universidade de Brasília no Núcleo de São Paulo, Margô Karnikowski, acha que as medidas mexem diretamente com a produção e devem onerar os custos dos remédios porque implicarão no implemento de técnicas. Ela destaca a Resolução 136, que determina a entrega a Anvisa de lotes-piloto para testes em medicamentos a serem lançados, porque acha importante discutir com o órgão o que é um novo produto e até que ponto merece registro. “Muitas vezes os produtos têm roupagens de novos sem apresentarem novidades terapêuticas”, salienta.

QUALIDADE COMPROVADA

A exigência da Anvisa de apresentação dos lotes-piloto deve-se ao fato de muitas empresas fazerem reservas de registros de produtos, às vezes com intenções comerciais. O diretor-presidente da Anvisa, Claudio Maierovitch, observa que com a resolução deve acabar a disputa pelos calendários dos registros de medicamentos sem que haja preparo para colocar os produtos no mercado. Indagado sobre os reflexos da Resolução que obriga o fabri-

Denominação dada à prática de alguns balconistas de farmácias de sugerir aos consumidores medicamentos ‘parecidos’ com os receitados pelos médicos, ‘empurrando’ produtos inadequados às necessidades dos clientes. A prática da ‘empurroterapia’ é fortemente marcada pelo marketing das indústrias farmacêuticas junto às farmácias.

cante a provar a qualidade da associação de quatro ou mais princípios ativos, Maierovitch afirmou que alguns produtos serão retirados do mercado, e lembrou que a exigência existe porque, em alguns casos, os produtos não têm eficácia ou a dose padronizada não é ideal para diferentes tipos de pessoas. Quanto à exigência do teste de biodisponibilidade para similares, Maierovitch acredita que os maiores gastos recairão sobre as empresas que precisarão se adequar por não terem boas práticas.

Também figuram entre as principais resoluções adotadas pela Anvisa a necessidade de registro de remédios homeopáticos industrializados; a obrigatoriedade de apresentação de bulas mais simples para os consumidores; a atualização da legislação dos genéricos; novos critérios de venda para medicamentos sem prescrição médica; e a exigência da apresentação da proposta de preço para o consumidor com valor equivalente cobrado no exterior.

Além das dezoito resoluções, vale ressaltar a criação, pelo governo federal, da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) e o estabelecimento do reajuste anual de preços para medicamentos.

As alegações da indústria, de que os altos custos eram provocados pela alta do dólar e, agora, pelos altos impostos, irritam a consultora do Idec, Margô Karnikowski. Segundo a pesquisadora, trata-se de algo injusto, porque uma parcela dos impostos vaidosamente para o SUS e o faturamento das indústrias farmacêuticas é alto, o que daria tranquilamente para melhorar os padrões dos produtos. “Não adianta ter um número enorme de produtos e os medicamentos não terem qualidade, segurança e eficácia. Com as medidas da Anvisa, os três itens vão melhorar bastante, porque aumentará a segurança farmacêutica”, conclui.

Mais informações: www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2003/020603_2.htm 

A expectativa pelas novas bulas

Carlos Gustavo Trindade

O difícil campo da comunicação social científica começa a se aperfeiçoar no Brasil a partir da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 140 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 29 de maio de 2003, que estabelece novas normas para a elaboração de bulas de medicamentos. Com a decisão, será feita uma bula para os profissionais de saúde e outra para os consumidores, cuja compreensão ficará facilitada por meio de linguagem simples e apropriada, informações concisas e utilização de letras maiores. A resolução obriga a indústria farmacêutica a realizar as adaptações num prazo de 180 dias, a fim de que as informações possam ser avaliadas e corrigidas pelo corpo técnico da Anvisa e pelos Centros de Informação sobre Medicamentos (CIM). Existem, no entanto, questionamentos quanto à execução das mudanças.

— Nossa experiência diz que leva mais tempo para elaborar ou mesmo revisar as bulas do que estão esperando. Concordo com a meta, mas acho que as chances de termos problemas no meio do caminho são muito grandes — avalia o diretor técnico do Cebrim, Carlos Vidotti.

O Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos (Cebrim), criado em 1992 pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) para tirar dúvidas quanto ao uso clínico de medicamentos, teve participação na consulta pública feita pela Anvisa para realização das mudanças e algumas de suas sugestões aceitas. Entre as quais, a que inclui perguntas e respostas didáticas. Contudo, Vidotti, está preocupado em relação à necessidade de uniformização das informações a serem passadas devido ao risco de diferentes tipos de interpretação, pois muitas bulas terão como base traduções feitas pela própria indústria farmacêutica. Um dos problemas, segundo ele, está na execução de

forma resumida e sem a antiga 'verborragia', a começar pela necessidade de prevenir variados tipos de problemas com o uso de medicamentos.

ANTIGA DISCUSSÃO

O diretor presidente da Anvisa, Claudio Maierovitch, diz que sempre cabe a preocupação quanto ao tempo, mas garante que, conforme avaliação do órgão, o estipulado é suficiente para que as indústrias troquem as embalagens. Segundo ele, a Anvisa está acostumada com a tendência da indústria de criticar o excesso de rigor quando algum regulamento é anunciado, sempre com alegações de que não conseguirão se adequar e que poderão falir. A Anvisa objetiva que as incorreções sejam facilmente percebidas para que as correções aconteçam rápido. Entre as mudanças nas bulas destacadas pela Anvisa, está o fim das apresentações comerciais, pois os princípios ativos só vão aparecer quando necessários.

— Existe uma máxima de que a informação que não é utilizada não é confiável e ninguém questiona — ressalta Maierovitch.

A discussão sobre mudanças na forma de elaboração das bulas sempre foi uma das bandeiras defendidas pela Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime), cujo coordenador, José Ruben de Alcântara Bonfim, acredita que a RDC nº 40 trará bons resultados. Para ele, a decisão da Anvisa servirá na reflexão sobre um campo extremamente complexo de comunicação científica que inclui especialistas e não especialistas em saúde. Mas José Ruben acha que os problemas de informação nas bulas continuarão, caso não haja a atualização periódica necessária ligada ao conhecimento científico em tópicos, como nos de reações adversas, contra indicações e dispensações. Vidotti lembra que as confirmações sobre os conteúdos das bulas requerem leituras e releituras e consultas a



FOTO: ARISTIDES DUTRA

várias fontes internacionais, além de referências de artigos publicados em revistas científicas. A Anvisa editará um Compêndio de Bulas de Medicamentos para os profissionais de saúde, com informações completas que incluem bibliografia e dados científicos e que será publicado pouco depois do prazo estipulado para as indústrias. Outras preocupações de Vidotti referem-se à baixa remuneração para os revisores de bulas, carência de infra-estrutura no CIM para realização do trabalho e a falta de um teste piloto, com as características pertinentes, para validar a metodologia proposta.

— Sem isso, caminharemos em uma corda bamba, e não queremos cair. O país necessita, com urgência, das informações revisadas das bulas neste novo modelo — alerta Vidotti. **F**

Números assustadores

Pesquisa realizada pelo Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília em 168 remédios revelou, em 2001, que 91% das bulas estavam incorretas ou incompletas e 97% insatisfatórias. A coordenadora da pesquisa e professora-adjunta do Departamento, Anardegh Barbosa, acha que a pesquisa contribuiu para que a Anvisa decidisse pelas novas normas de elaboração de bulas, que no seu entender, poderão ser bem sucedidas e atingir o objetivo fundamental da bula de ser um instrumento de informação técnica e

científica caso não fique isolada. De acordo com Anardegh, a eficácia da resolução da Anvisa será maior se vier acompanhada de campanhas de esclarecimento aos usuários e aos profissionais de saúde.

— Esperamos que os fabricantes respeitem os prazos estabelecidos, que a Anvisa consiga preparar e manter atualizado o Compêndio de Bulas de Medicamentos e que os consumidores assumam o papel de fiscal e exijam os seus direitos exercendo o verdadeiro controle social” — ressalta Anardegh. **F**

Espero que a 12ª Conferência mude o foco do planejamento para a participação da sociedade. Acredito



que isso seja possível, porque as pessoas que antes estavam na base do movimento hoje estão no poder e sabem que, mesmo com a melhor das intenções, o foco no planejamento muitas vezes afasta o SUS da realidade da população.

Eymard Vasconcelos, membro da Rede Popular de Saúde e professor da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

integralidade

Seminário discute o conceito de integralidade nas práticas de saúde



IMS/UERJ

Katia Machado

Os desafios atuais para a construção da integralidade nas práticas de saúde foi a base para as discussões da terceira edição do Seminário que compõe o Projeto 'Integralidade, Saberes e Práticas nas Instituições de Saúde', coordenado por Roseni Pinheiro e Ruben Araújo Mattos, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). O evento, ocorrido no mês de junho, reuniu representantes do Ministério da Saúde, de instituições da área da saúde, acadêmicos, estudantes e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e foi composto por quatro mesas-redondas: 'Atenção Básica e as políticas específicas: desafios para construção da integralidade da atenção à saúde'; 'Cidadania, individualidade e construção coletiva: práticas cotidianas de integralidade nas instituições de saúde'; 'Sofrimento: modos de saber e adoecer'; e 'Integralidade e currículos profissionais: desafios da formação profissional em saúde'.

Reconhecida pela Constituição de 88 como uma das diretrizes do SUS, a integralidade tornou-se essencialmente importante na prática da saúde frente a demanda crescente de modelos alternativos de atenção, "seja

na prática clínica", informa Roseni Pinheiro, "seja na gestão dos serviços de saúde". Na área da saúde, vem sendo entendida como a articulação entre as várias áreas do conhecimento e a busca pelas reais necessidades de saúde da população. Nesse contexto, algumas questões são prioritárias: a resolutividade do serviço por meio de conhecimentos e tecnologias; os modelos de atenção à saúde, ou seja, práticas que dizem respeito ao perfil epidemiológico da população, aos problemas mais comuns, às equipes de trabalhadores de saúde, à organização do trabalho, às estratégias de promoção à saúde e às práticas assistenciais; vínculos entre população atendida e trabalhadores de saúde; e a intersetorialidade, por meio da qual se dá a articulação entre setores, instituições, conhecimentos e práticas de saúde.

Para Ruben Mattos, a integralidade compreende três grandes conjuntos: as práticas dos profissionais de saúde que, segundo ele, devem buscar "compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta"; a organização dos serviços e das práticas de saúde a partir das necessidades de uma determinada população; e as respostas governamentais aos problemas de saúde específicos ou que afligem certo

grupo populacional, considerando os contextos culturais e as diversas formas de adoecer.

A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

Para Dário Frederico Pasche, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS), a integralidade é uma utopia, pois não se encontra em um lugar específico. "Utopia no sentido de não-lugar", explicou, ao iniciar sua participação na mesa-redonda 'Atenção Básica e as Políticas específicas'. Segundo o representante do Ministério, a integralidade é uma tarefa hercúlea, em relação à complexidade do sujeito doente ou em risco de adoecer e ao fenômeno do adoecimento.

Utópica, porém essencial no contexto atual, a construção da integralidade compreende uma mudança nas práticas de saúde e na reorganização institucional. Dário chama a atenção para o fato de se ter colocado nesses últimos anos no centro da atenção à saúde a Atenção Básica e, em menor grau de importância, os demais níveis de atenção — média e alta complexidade — e o atendimento hospitalar. "Por esse motivo, a atual composição do Ministério da Saúde tem tomado como centrais as questões de reformulação das políticas de saúde na perspectiva de construir integralidade", informou, dando como exemplo a extinção da Secretaria de Assistência à Saúde e a criação da Secretaria de Atenção à Saúde, na qual estão reunidos os três níveis de atenção.

SOFRIMENTO: MODOS DE SABER E ADOECER

Entender os modos de adoecer e morrer é um dos grandes desafios para a construção da integralidade. Como se produz o sofrimento, o adoecer e o morrer? Como se produz a saúde? Para Gastão Wagner, titular da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, o gênero é construído socialmente, mas também biologicamente. "Somos em parte biológicos. Mas o que determina nossa forma de ser também é a nossa cultura. Temos o interesse de viver. Há uma diferença entre o in-

teresse e o desejo. O interesse está ligado a sobrevivência, enquanto reprodução biológica e social de cada um de nós, e o desejo está ligado a intensidade de vida, ao íntimo da pessoa”, ressaltou, ao participar da mesa-redonda ‘Sofrimento: modos de saber e adoececer’.

Gastão esclarece que as ciências — especialmente a Medicina — e as práticas de saúde tendem a tratar o paciente, a família e a população como um objeto de intervenção que, por assim ser, não tem desejo. Conseqüentemente, diz Kenneth Rochel Camargo, do IMS/Uerj, “o médico só passa a aceitar certo dado quando é convencido de que aquilo é meritório a partir da sua intervenção”. Segundo ele, um sistema de saúde complexo como o SUS não pode ser tratado de forma reducionista. “A ciência não considera a subjetividade do sujeito”, completou Gastão.

Para José Ricardo Ayres, professor da Faculdade de Medicina preventiva da Universidade de São Paulo (USP), a importância do sofrimento é porque ele estabelece e justifica a relação terapêutica, como também cria a objetividade da saúde. Nesse contexto, disse, em sua participação no seminário, “estabelece uma compreensão do que é a vida que queremos”. “Tudo que, de alguma forma, virou objeto de intervenção e de conhecimento em saúde, ou seja, tudo que faz a pessoa sentir que alguma coisa não vai bem ou que interrompe o fluxo da vida tem em torno um sofrimento humano”, explicou.

Ayres lembra que as pessoas, ao perceberem um tipo de sofrimento que está associado à saúde, procuram um certo sujeito e um certo espaço. “Esses são, respectivamente, os profissionais e as instituições de saúde”, disse, acrescentando:

— Por esse motivo não é possível estarmos diante de um paciente que nos procura para dar conta desse sofrimento sem pensar em uma totalidade. Isso não quer dizer que eu preciso conhecer tudo do paciente, nem todos os objetos que dizem respeito ao seu problema, mas devo tentar compreender suas necessidades e desejos.

Nesse sentido, o modo de pensar o ato terapêutico deve estar voltado para o ato de ‘cuidar’ e não para o de ‘tratar’. Para Ayres, isso significa estar a serviço do projeto de felicidade do indivíduo. “Cabe a nós perguntar ao sujeito onde está seu sofrimento, não apenas o que ele tem, e o que ele acha que pode aliviar sua dor. São perguntas que nos colocam na perspectiva de construção da integralidade”, concluiu ele.

INTEGRALIDADE E CURRÍCULOS PROFISSIONAIS

Pensar na integralidade nas práticas de saúde leva às discussões sobre a formação do profissional de saúde. Ao participar da mesa-redonda ‘Integralidade e currículos profissionais’, Armando Cipriano Pires, da área de Saúde Comunitária da Universidade Federal Fluminense (UFF), diz que primeiro é preciso identificar que tipo de formação profissional é necessária para a construção da integralidade, “se está relacionada à idéia de construção de cidadania ou se é um mero produto ofertado no mercado”. Para ele, inovar e transformar os currículos profissionais têm sentidos singulares e diferentes. Pires explica que a inovação seria o primeiro passo em que você processa as transformações pontuais em grades curriculares e pequenas alterações, enquanto a transformação ocorre quando o processo educacional modifica a lógica das práticas em saúde. “Alguns enfoques de trabalho mudam o currículo, trabalhando apenas a questão pedagógica e metodológica, enquanto outras, mais abrangentes, modificam a estrutura do sistema educativo”, completou, ressaltando que o novo enfoque da formação do profissional de saúde é o de atuar na transformação da realidade em benefício da sociedade, identificando as dimensões bio-psicossociais e seus determinantes.

Segundo Regina Lucia Monteiro Henriques, diretora da Faculdade de Enfermagem da Uerj, um grupo da Enfermagem vem contribuindo bastante nessa mudança de ação do profissional da saúde ao assumir, em meados da década de 80, a presidência da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben):

— Para nós, a Aben tem o dever de levar à frente as discussões referentes à assistência, ao processo de trabalho e à formação dos profissionais de saúde. É uma entidade que faz um movimento muito mais cultural acerca dos debates sobre as questões conceituais da Enfermagem do

que da organização e fiscalização do serviço — informou Regina.

Ela esclareceu que o trabalho exaustivo da categoria resultou em uma reforma curricular da profissão no início da década de 90, norteando a formação de um enfermeiro com características que estavam além do domínio tecnológico sobre a assistência e a patologia.

Para a diretora da Faculdade de Enfermagem da Uerj, é inviável um profissional ter a integralidade como valor para o exercício de sua função se essa questão não tiver sido trabalhada durante todo o seu processo de formação. “Na formação”, disse ela, “temos que trabalhar também as questões da doença, envolvendo a biologia humana, o estilo de vida e a organização do sistema de atenção à saúde”. De acordo com Regina, a atenção integral passa por diversas práticas, como a de trabalhar a saúde como qualidade de vida por meio de ações intersetoriais.

Construir, portanto, a integralidade de saberes e práticas nas instituições de serviço exige a articulação entre as várias disciplinas que compõem o novo currículo do profissional de saúde, e entre serviços e instituições formadoras. Cabe, no entanto, um esforço do profissional e do gestor de saúde, responsável por proporcionar uma educação permanente em saúde, construir uma agenda da formação que inclua os princípios éticos e políticos da Reforma Sanitária, de novos modos de fazer saúde por conta da integralidade, da intersectorialidade e do trabalho em equipe. É preciso integrar ensino, gestão, atenção e controle social e, por fim, entender atenção integral como sentir-se cuidado pelo SUS. “Essa é uma questão política. Nenhum profissional está pronto porque recebeu a habilitação ou o título profissional. Essa questão nos faz pensar as responsabilidades das instituições de ensino, como também dos órgãos de gestão setorial”, finalizou Regina. 



Minha expectativa para a 12ª CNS é o fortalecimento do debate doutrinário da Reforma Sanitária brasileira. Nos últimos anos, não discutimos mais como fizemos no passado e isso é essencial para marcarmos os rumos reais a serem mantidos e para enfrentarmos os obstáculos que surgem, inclusive no que diz respeito à formação profissional. Há certas afirmações ou impressões sobre esse problema que, de tão repetidos, acabamos por tomá-las como verdadeiras. É como se admitíssemos que existe uma relação direta entre o ensino e as profissões de saúde e as necessidades de saúde. Essa relação não existe. É preciso aprofundar essas análises e reflexões para não partirmos de diagnósticos errados e, portanto, terminarmos por desenvolver estratégias erradas.

José Paranaguá, Opas/RH

tuberculose

De 'doença romântica' a mal social

Ana Beatriz de Noronha

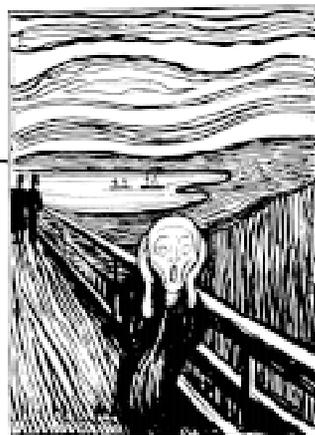
A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta: nos próximos dez anos, 30 milhões de pessoas morrerão em consequência da tuberculose. No mundo inteiro, o número de casos da doença, cuja história remonta ao antigo Egito, vem aumentando assustadoramente por conta, principalmente, da pauperização das populações, do sucateamento do setor público, da resistência bacteriana e da Aids. A 'doença romântica', que até meados do século XX aparecia frequentemente associada ao estilo de vida boêmio e desregrado dos artistas e intelectuais, aos poucos se transformou num mal social e, desde 1993, a OMS pede que todos os países mobilizem recursos para combater a epidemia que mata mais adultos do que a Aids, a malária e as doenças tropicais juntas.

No Brasil, onde a tuberculose ainda é uma das principais causas da morbimortalidade, a maior taxa de incidência da doença é a do Rio de Janeiro. Em 2000, mais de 17 mil casos da doença, correspondendo a cerca de 20% do país, foram registrados

no estado. Além disso, os coeficientes estaduais de incidência, de 99 doentes por cada 100 mil habitantes (99/100.000) e de mortalidade (6,13/100.000) foram aproximadamente o dobro da média brasileira. Um dos principais fatores para o agravamento da situação no estado do Rio é o alto índice de abandono do tratamento que chega a 25%, enquanto a média nacional é de 12%. O abandono é causado por vários motivos, dentre eles a longa duração do tratamento — seis meses —, a sensação de melhora nas primeiras semanas e os fortes efeitos colaterais da medicação.

Em 1882, o médico alemão Robert Koch descobriu a bactéria causadora da tuberculose: a *Mycobacterium tuberculosis*, também chamada de Bacilo de Koch, em sua homenagem. Atualmente já são conhecidos diversos medicamentos efetivos contra a doença, transmitida principalmente por pequenas gotículas que as pessoas doentes expõem ao falar, espirrar ou tossir em ambientes pouco arejados. Segundo a OMS, o maior desafio no combate à tuberculose é, justa-

Na obra 'O grito' (1893), o pintor expressionista Edvard Munch teria retratado a angústia e o desespero de uma menina cujas mãe e irmã teriam morrido de tuberculose.



mente, evitar a irregularidade ou interrupção do tratamento, por meio de programas diretamente supervisionados, pelo menos para os pacientes de maior risco, como os alcoólatras e usuários de drogas. Nesse tipo de programa, os profissionais de saúde observam os doentes tomarem os medicamentos. Se todas as pessoas que precisam fizerem seu tratamento de forma regular, na próxima década, mais de 300 milhões de novas infecções serão prevenidas no mundo e milhões de mortes serão evitadas.

Mais informações:

Informe da Atenção Básica 04
<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe4.pdf>

Time bomb — A tuberculose de hoje!

Opinião: Wanir José Barroso, sanitarista do Centro de Referência Professor Hélio Fraga e especialista em Pneumologia Sanitária

Com estatísticas crescentes, a tuberculose infecção e a tuberculose doença vêm representando há alguns anos um retrato fiel da saúde pública praticada nos países em desenvolvimento. A tuberculose não respeita fronteiras, classe social, cor da pele, sexo ou idade. Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e técnicos de laboratório que estão à frente do diagnóstico e tratamento da tuberculose nas Unidades de Saúde engrossam essas estatísticas.

O não pensar em tuberculose diante de pacientes com sintomas respiratórios retarda o diagnóstico e a inserção desses pacientes nos programas institucionais de tratamento, além de comprometer a dimensão do risco ocupacional, subestimar o risco biológico e colocar a biossegurança em tuberculose em um plano secundário. Pen-

sar em tuberculose e investir em biossegurança na Unidade de Saúde representa investir na qualidade do tratamento, na proteção daqueles que estão na linha de frente do controle da doença e na contenção de riscos. O uso de proteção respiratória adequada e a adoção de medidas administrativas e de controle ambiental nas Unidades de Saúde podem minimizar o risco biológico e deixar o ambiente de trabalho com níveis aceitáveis de risco ocupacional e de biossegurança.

Cada caso de tuberculose não diagnosticado gera cerca de 20 casos de tuberculose infecção ou doença no período de um ano. Cada paciente que abandona o tratamento possibilita a geração de novos casos e a transformação de um bacilo sensível em um bacilo multirresistente às drogas prescritas em sua fase inicial. Pacientes que abandonam o tratamento também podem se transformar em pacientes sem possibilidades terapêuticas, condenados à pena de morte, silenciosamente imposta pelo bacilo.

Para controlar a tuberculose hoje, no Brasil e no mundo, não basta retirar

o bacilo dos pulmões daqueles que conseguem suportar o tratamento nas Unidades de Saúde, mas lhes fornecer junto com o tratamento, alimentos, transporte — inclusive para retornar periodicamente à Unidade de Saúde —, moradia digna e arejada, esperanças de cura, de vida e de dias melhores. Não basta esperar que a tuberculose chegue à Unidade de Saúde em busca de socorro pelas próprias pernas. Ir ao seu encontro, localizá-la, mapeá-la, facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento dos infectados e doentes, aumentar o nível de informações sobre a doença, além de promover o estabelecimento de parcerias comunitárias e institucionais, deve ser meta e estratégia dos programas de controle. Caso contrário, estaremos transformando os Programas de Controle de Tuberculose (PCT) em simples Programas de Tratamento de Casos que Aparecem. E cada caso que aparece e consegue chegar, tem ainda atrás dele, possivelmente, muitos outros ainda por chegar. Esse é o risco de explosão dessa time bomb, a tuberculose de hoje. 

mortalidade materna

Fórum enfatiza urgência de dados sobre morte materna

Carlos Gustavo Trindade

Nas capitais brasileiras morrem aproximadamente 74 mulheres por 100 mil crianças nascidas vivas, número considerado de média mortalidade pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) porque está na faixa entre 50 e 100 mulheres. Os dados foram apresentados pelo professor titular e pesquisador da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) Rui Laurenti, durante o V Fórum Nacional para Redução da Mortalidade Materna, que aconteceu nos dias 30 de junho e 1º de julho na representação da OPAS, em Brasília. O trabalho aponta como principais razões das mortes maternas a toxemia gravídica, hemorragias, infecções e abortos. Dados como o da pesquisa são fundamentais para a realização de políticas públicas que efetivamente consigam reduzir a mortalidade materna, cujos registros precisam se tornar uma rotina nas secretarias municipais e estaduais de saúde e serem mais fidedignos.

O Fórum, que foi organizado pelo Ministério da Saúde e OPAS, serviu para que se comece a aglutinar as informações necessárias sobre mortalidade materna no Brasil. Cerca de 130 pessoas estiveram no evento, que contou com as participações de comitês de estudo de prevenção de mortalidade materna dos estados e municípios e demais especialistas em saúde, movimentos sociais, entidades, assistentes sociais, psicólogos e advogados. A pesquisa apresentada por Laurenti colabora bastante com essa finalidade por estabelecer um novo fator de correção para melhorar os levantamentos para registros de morte materna, cujas bases são os atestados de óbitos. Os dados servem como indicadores que resumem as condições de vida e saúde das mulheres e demonstram o quanto a assistência médica e hospitalar está longe de ser ideal nesses casos. Nas capitais, resta o consolo de o país estar abaixo

Caracteriza-se por pressão alta (hipertensão arterial), inchaço nas pernas ou em todo corpo (edema) e perda da proteína pela urina. É exteriorizada como pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, que são formas convulsivas de toxemia gravídica e que, em alguns casos, terminam em coma ou, até, em morte. Manifesta-se a partir do quinto mês de gestação.

Falta o mínimo de cuidado

Apesar de ser considerado um dos problemas prioritários de saúde pública, o Brasil ainda não tem idéia das reais dimensões do problema das mortes maternas. Para a coordenadora da área técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Maria José de Oliveira Araújo, os problemas começam com poucas exceções, pela má qualidade do atendimento médico de pré-natal, sobretudo no sistema público. Segundo ela, muitas vezes deixam de ser realizados procedimentos básicos como tirar a pressão, medir a barriga para perceber a evolução e pesar para verificar problemas de retenção e hipertensão. Faltam, no seu entender, cuidados de obstetrícia essenciais que vão desde o pré-natal até o sétimo dia depois do parto, período em que acontecem 60% dos casos de mortes maternas. "Cerca de 96% dos casos são evitáveis", salienta Maria José.

Os cuidados que se deve ter para reduzir as principais razões de mortes maternas são destacados por Maria José, como nos casos de eclâmpsia, que têm origem principalmente na baixa qualidade do pré-natal, mesmo com as tradicionais seis consultas. Já as hemorragias acontecem bastante por não se detectar a retenção da placenta, e poderia ser evitada com a boa qualidade do atendimento durante o parto, equipe capacitada, um bom banco de sangue e cuidados essenciais nas convulsões e contrações de útero. As infecções estão ligadas às más condições hospitalares, descuidos pós-parto e a triplicação do número de cesarianas, que colocam em risco a criança e a mãe. Quanto aos abortos, ela destaca o desconhecimento em relação aos dados sobre ocorrências devido à clandestinidade, necessidade de planejamento familiar e a importância de usar métodos anticoncepcionais. 

da média de 100 mulheres mortas para 100 crianças nascidas vivas e na qual estão países como Bolívia, Peru, Nicarágua e El Salvador.

BOM EXEMPLO

Para facilitar a captação do máximo possível de informações sobre morte materna no Brasil e também conhecer as dificuldades e forma de atuar das secretarias municipais e estaduais de saúde, os organizadores do Fórum abriram espaço para experiências vividas por alguns comitês de prevenção de morte materna, como o de Belo Horizonte e dos estados do Acre e Mato Grosso do Sul. O levantamento bem apurado dos atestados de óbitos do município de São Paulo, onde se faz a análise de casos declarados e até de considerados não suspeitos, foi citado como exemplar.

Também se discutiu no Fórum a Portaria 653, de 28/5/2003, que obriga, de forma compulsória, as secretarias de saúde municipais e estaduais a notificarem no Ministério da Saúde os casos de morte durante e após a gravidez, a fim de que o órgão possa fazer acompanhamento e

corrigir dados baseado nas sub-notificações dos óbitos e das causas. Em alguns municípios, os atestados são obtidos nos domicílios e residências, outros nos cartórios e existem diversos que não fazem levantamentos. Cerca de 50% dos sub-registros têm sido investigados, para que se conheça as causas das mortes.

O próximo Fórum Nacional para Redução da Mortalidade Materna será realizado daqui a dois anos. 

Minha expectativa é de que haja uma maior participação da comunidade na Conferência. Apesar de os serviços e a academia utilizarem muito a comunidade, ela nunca é ouvida como deveria ser, nunca participa ativamente. Que isso possa ser discutido e revertido, fazendo com que os representantes das comunidades possam estar lá discutindo de maneira mais contundente.

Valéria Romano, médica e coordenadora da Unidade de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá (RJ)



serviços

CAMPANHA

DOE VIDROS E AJUDE UM RECÉM-NASCIDO A RECEBER LEITE HUMANO



O Banco de Leite Humano (BLH) do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fiocruz está precisando de vidros vazios com tampa plástica para acondicionar leite humano. Os frascos mais utilizados são os de 'maionese' e de 'café solúvel', por serem resistentes ao processo de esterilização e terem abertura que facilita a coleta do leite humano. O BLH do IFF recebe atualmente leite humano de mais de 300 doadoras no Rio de Janeiro. O leite fornecido por essas mulheres atende a quase 60 crianças por dia, em sua maioria internadas em unidades de tratamento intensivo neonatal das maternidades públicas da cidade.

Os vidros podem ser entregues no Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira, que fica na Av. Rui Barbosa 716, no Flamengo. Em caso de grandes quantidades, basta ligar para o telefone 0800-268877 que eles fazem a coleta domiciliar.

EVENTOS

3º CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOSSEGURANÇA E 3º SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE PRODUTOS TRANSGÊNICOS

Os dois eventos ocorrerão simultaneamente, de 24 a 27 de setembro, em Recife (PE). Dentro do tema '50 anos de dupla hélice: o que mudou?', será feita uma retrospectiva do desenvolvimento em Ciência e Tecnologia no Brasil e uma análise dos mecanismos estabelecidos pela biossegurança para assegurar o controle dos riscos nas atividades e avanços da área.

Mais informações: Associação Nacional de Biossegurança (ANBio)
Av. Nilo Peçanha, 50 / Grupo 2114
Centro, Rio de Janeiro / RJ
CEP: 20044-900
Tel: (21) 2220-8327 / 2220-8678
Site: www.anbio.org.br

7º CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE

Com o tema 'Intensificando a Promoção da Saúde', o Congresso, organizado pelo escritório latino-americano do Fórum Internacional de Ciências Sociais e Saúde, será realizado de 19 a 23 de outubro, em Angra dos Reis (RJ).

Mais informações: ML Eventos
(att. Sra. Vera Bittencourt)
Tel.: (21) 2276-4688
Fax: (21) 2523-0295
E-mail: mleventos@mleventos.com.br

1º CONGRESSO ESTADUAL DE BIOÉTICA

Organizado pela Sociedade de Bioética do Estado do Rio de Janeiro, o Congresso terá como tema 'Bioética, riscos e proteção' e acontecerá de 19 a 21 de novembro, no Rio de Janeiro. O envio de resumos para a apresentação em pôsteres pode ser feito até dia 30 de agosto.

Mais informações: Fiocruz/Ensp
Rua Leopoldo Bulhões, 1480
Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ
TeleFax: (21) 2598-2863
E-mail: bioetica@bioetica-rio.org
Site: <http://bioetica-rio.vilabol.uol.com.br>

LANÇAMENTOS

EDITORA VIRTUAL

Biossegurança de A a Z, de Marco Antonio F. da Costa (EPSJV/Fiocruz) e Maria de Fátima Barrozo da Costa (CESTEH/ENSP/Fiocruz) traz um glossário multidisciplinar sobre biossegurança, com mil termos e expressões sobre a biossegurança de Organismos Geneticamente Modificados (OGM), a biossegurança tradicional (agentes químicos, físicos, biológicos, etc.), qualidade, metrologia, psicologia, meio ambiente. O livro é importante para se compreender essa temática em todas as suas dimensões, tornando-se indispensável para profissionais e estudantes que de alguma forma lidam com a biossegurança.

Mais informações: Abrasco Livros
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 129
Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ



CEP: 21041-210
Tel/Fax: (21) 2590-2073 / 2598-2526
E-mail: abrlivro@ensp.fiocruz.br

EDITORA HUCITEC

Os sinais vermelhos do PSF, organizado por Maria Fátima de Souza, reúne textos sobre alguns dos principais desafios à sustentabilidade do PSF nos dias atuais, entre eles, a entrada da estratégia nos grandes centros urbanos, o financiamento, a formação profissional adequada e as deficiências de gestão e avaliação. Segundo a autora, o livro não tem a intenção de assustar ninguém, mas de manter acesa a chama da única proposta capaz de levar a saúde a todos os brasileiros.

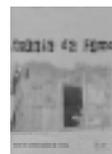
Mais informações: Hucitec
Rua João Moura, 433 — Pinheiros
São Paulo / SP — Cep: 05412-001
Tel: (11) 3083-7419
Site: www.hucitec.com.br



EDITORA FIOCRUZ/EDUFBA

Agonia da fome, de autoria de Maria do Carmo Soares de Freitas, professora de Nutrição da Universidade Federal da Bahia (UFBA), é um estudo etnográfico sobre a questão da fome no Brasil. De acordo com Ana Maria de Carvalho Luz, coordenadora de extensão da UFBA, o livro traz um olhar bastante diferenciado sobre um tema que atualmente provoca uma grande mobilização social. No livro, a autora retrata as marcas dos que sentem fome e mostra, como ninguém, a 'voz do faminto', geralmente silenciada pela frieza das estatísticas sobre o assunto.

Mais informações:
Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4036 — Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ — Cep: 21040-361
Tel: (21) 3882-9039
Site: www.fiocruz.br
Edufba
Rua Barão de Geremoabo s/n
Campus de Ondina — Salvador / BA
CEP: 40170-290
Tel: (71) 263-6160
Site: www.edufba.ufba.br



PÓS-TUDO

1984, o ano em que dormi

Caco Xavier

Parece um quarto de hospital, e há tubos em meu nariz. A última coisa de que me lembro é de estar dirigindo meu carro, na estrada, à noite. O calendário em cima da mesinha branca diz que estamos em... 2003! Meu Deus, 'dormi' por dezenove anos! Eu estava em 1984, e o ano já estava quase no fim. O ano que George Orwell marcou como a data em que estaríamos todos vigiados pelo Big Brother. Rá! Em 2003, essa expressão não deve significar mais nada, com certeza!

Ainda 'ontem' eu caminhava pelas avenidas do Rio, junto com mais um milhão de pessoas, clamando pelas 'Diretas Já!'. Será que a emenda passou? Ah, com certeza! As convenções indicavam Paulo Maluf e Tancredo Neves para a disputa presidencial. Tancredo deve ter ganhado, com folga, e realizado um excelente governo! E depois, quem seria o próximo presidente? Ulysses Guimarães, talvez. Brizola era o governador do Rio, em 1984. Deve ter chegado à Presidência da República, com certeza!

O imbecil do Ronald Reagan era o presidente dos Estados Unidos. Hoje, é claro, a cadeira deve estar ocupada por alguém muito mais preparado intelectualmente e politicamente, com certeza! Duvido que, em 2003, o velho discurso do caubói americano ainda tenha vez. E a União Soviética, então? Falava-se muito de um estadista que emergia, um tal de Gorbaxov, algo assim. A União Soviética deve ser, hoje, uma potência ainda maior!



E o que será que aconteceu com aquele jovem movimento fundado em 1980, o Partido dos Trabalhadores, e com aquele barbudo sindicalista? Será que finalmente conseguiram chegar lá? Waaaal, como diria o Paulo Francis. Se chegaram ao poder, finalmente o Brasil teve a sua revolução socialista, e hoje é outro país, com certeza!

O Papa era um velhinho polonês, João Paulo II, que já tinha até sofrido atentado. Esse não deve ter durado muito, coitado. O que mais? Ah, sim, tinham acabado de fotografar o vírus da Aids, pela primeira vez na América Latina. Hoje, a Aids deve estar no rol das doenças extintas, como a tuberculose, a dengue e o cólera. Os cientistas tiveram tempo suficiente pra produzir vacinas contra a Aids, com certeza!

O Brasil estava no meio de outro acordo com o FMI. Ré, ré, imagina se hoje, dezenove anos depois, o país ainda vai estar nas mãos do FMI, ré ré. Lembro que um tal de William Gibson criou um termo estranho, 'ciberspace', pra designar uma certa 'realidade virtual'. Imaginava uma grande rede global, o pobre. E só existiam mil servidores interligados em todo o planeta. Esse negócio de computador pessoal é pura bobagem, não deve ter dado certo. Muito caro, pouco útil.

1984, que ano esperançoso! O meu Fluminense foi campeão brasileiro! Quantos títulos mais será que o tricolor amealhou de lá pra cá? E aquele jovem piloto maluco, o Ayrton Senna, que colou na traseira do Alain Prost debaixo de chuva, em Mônaco? O grande lance da época era a banda de Brasília, com Renato Russo cantando 'Geração Coca-Cola', "Somos os filhos da revolução / Somos burgueses sem religião / Nós somos o futuro da nação". É, a minha geração deve ter mudado o mundo, "cusindo de volta" todo o lixo industrial e comercial que nos obrigaram a comer.

Épa, vem vindo alguém. A porta está se abrindo. É agora. Tantas perguntas, tantas expectativas! Dezenove anos é muito tempo. Que tal este Brasil de 2003? Tudo o que me vem à mente, agora, são os versos do Legião: "Será só imaginação? Será que nada vai acontecer? Será que é tudo isso em vão? Será que vamos conseguir vencer?". Ou será que é melhor dormir por mais dezenove anos? 

ora, pitulas...

