

NESTA EDIÇÃO



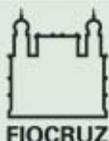
Memória colorida

As imagens da *Radis* que você só viu em preto & branco

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



Nº 40 ♦ Dezembro de 2005

Av. Brasil, 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ ♦ 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso Especial

050202087-3/2004-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz

...CORREIOS...



AIDS 25 ANOS

Balanço da epidemia que mudou o mundo

Influenza aviária | ICML9, o futuro do conhecimento

JOSÉ RICARDO AYRES
Estratégias para um programa antiaids sustentável



Manguinhos no seu computador

Grças às novas tecnologias – de que tanto falaram os palestrantes do 9º Congresso Mundial de Informação em Saúde e Bibliotecas (ver página 20) –, o amplo acervo de produtos e serviços bibliográficos da Fundação Oswaldo Cruz está reunido num só lugar: a Rede de Bibliotecas da Fiocruz (no site <http://rede.cict.fiocruz.br>). O objetivo é agilizar o acesso a esses serviços, respeitando as linhas de atuação de cada uma das 10 bibliotecas da instituição.

O projeto reúne, entre outros serviços, busca bibliográfica, consulta local e remota, empréstimo domiciliar, empréstimo entre bibliotecas, treinamento de usuários. Destacam-se na rede as bases de dados bibliográficos, as bibliotecas virtuais, os boletins, os catálogos e os periódicos correntes.

A bibliotecária Maria Luiza Werneck, coordenadora do projeto, diz que a rede permite que as bibliotecas atuem em conjunto, seguindo um mesmo padrão de qualidade. Para manter essa afinação, as 10 unidades se reúnem mensalmente e promovem um seminário por ano. “Estamos realizando juntos a aquisição de livros e periódicos e disponibilizando todos os arquivos num só lugar”, exemplifica.

Já estão disponíveis na rede os acervos da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz (COC), da Escola Nacio-

nal de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), do Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Biblioteca de Manguinhos e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV). Em breve, terão seu acervo integrado ao projeto as demais unidades – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (Fiocruz/AM), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (Fiocruz/PE), Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz (Fiocruz/BA) e Centro de Pesquisa René Rachou (Fiocruz/MG). (K.M.)

FOTO: ARISTIDES DUTRA

O paradoxo da Aids

Em janeiro de 1991, o repórter do Programa RADIS foi surpreendido por uma declaração de seu entrevistado, beneficiário de um programa de apoio a pacientes de Aids da prefeitura e ONGs de Santos (SP). Depois de descrever sua vida marginal e as muitas recaídas usando drogas injetáveis, Gilmar dos Santos disse que “graças à doença” conheceu um ambiente de solidariedade e discussão coletiva de novos planos de vida, permitindo que ele voltasse a trabalhar, fizesse as pazes com os pais, reconquistasse a companhia dos filhos e a confiança da ex-mulher, com quem voltara a namorar. Esta fala paradoxal, publicada na edição 26 do extinto *Jornal Proposta*, revelava, já naquele momento, um aspecto inesperado da epidemia responsável por mais de 362 mil casos notificados no Brasil, provocando mais de 170 mil mortes. A OMS estima que, no mundo, cerca de 25 milhões de pessoas tenham morrido em decorrência da doença. Desde a década de 80, incontáveis matérias e edições especiais do RADIS revelaram as muitas faces da Aids, que hoje atinge cada vez mais as mulheres e os pobres.

Passados 25 anos do primeiro caso no país e quando o número estimado de brasileiros vivendo com HIV/Aids chega a 600 mil (40,3 milhões no mundo), a repórter Cláudia Rabelo Lopes faz, em nossa matéria de capa, um interessante balanço do impacto provocado pela epidemia no campo da

saúde pública, nas relações sociais, culturais, econômicas, jurídicas, políticas, familiares, afetivas, sexuais e de poder e também nas relações de cada um com seu próprio corpo e suas opções existenciais. É uma história de desinformação, discriminação, focalização de cuidados, falta de recursos, altos lucros de multinacionais, dramas pessoais e calamidades coletivas, mas também, contraditoriamente, de enfrentamento de preconceitos, mobilização social, conquista de direitos, bem-sucedidas estratégias conjuntas de governos com ONGs, maior controle da qualidade de sangue e hemoderivados, avanços na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, questionamento de patentes, criação de um programa exemplar de tratamento gratuito pelo Sistema Único de Saúde.

Nesta edição destacam-se ainda a cobertura do 9º Congresso Mundial de Informação em Saúde e Bibliotecas, realizado pela primeira vez no Brasil, e as esclarecedoras matérias sobre dois temas freqüentes na mídia: febre maculosa e influenza aviária (a “gripe do frango”).

Por fim, um presente de fim de ano aos leitores. A releitura colorida de fotos e ilustrações anteriormente publicadas em preto e branco em nossa revista.

Rogério Lannes Rocha
 Coordenador do RADIS

CARTUM



Comunicação e Saúde

- ♦ Manguinhos no seu computador 2

Editorial

- ♦ O paradoxo da Aids 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

6

Toques da Redação

9



25 anos de Aids

- ♦ A epidemia mudou, e o mundo também 10

Entrevista: José Ricardo Ayres

- ♦ “Alcançar o impossível depende da arte política de buscar o consenso” 17

Febre maculosa

- ♦ A estranha doença do carrapato 19

9º Congresso Mundial de Informação em Saúde e Bibliotecas

- ♦ Em Salvador, conhecimento para a saúde dos povos 20



Influenza aviária

- ♦ Nada de pânico! 26



Radis 2002-2005

- ♦ Memória colorida 28

Serviço

34

Pós-Tudo

- ♦ “Modernidade” ou “promiscuidade” no SUS? 35



CARTAS

AMAZÔNIA E SUS A CONSTRUIR

A matéria sobre os ribeirinhos do Tapajós faz-nos perceber o quanto é longo o caminho a ser trilhado pelo SUS. Este sistema ainda tem muito por fazer a fim de que os princípios de universalização e integralidade da assistência sejam realmente cumpridos. Parabéns pela matéria.

♦ Prícila Oliveira de Araújo, Feira de Santana, BA

AMAZÔNIA E "INVASÃO BRANCA"

O Sindicato da Construção Civil de Santarém parabeniza a Fundação Oswaldo Cruz pelo Programa RADIS. Agradecemos o recebimento das revistas, por seus importantes artigos sobre saúde. Vimos na edição nº 36 que a equipe visitou as comunidades dos rios Arapiuns e Tapajós, em parceria com o Projeto Saúde & Alegria. Importantes as entrevistas de Rui Anastácio e Luiz Gonzaga Schroeder Lessa – que mostrou como as ONGs estão dominando o povo da região. Oxalá os políticos de Belterra e Santarém soubessem desses acontecimentos.

♦ Cláudio de Assis Alves, 1º secretário, Santarém, PA

Recebemos o nº 36 da *Radis*, e nos deparamos com duas denúncias: a falta do SUS na Amazônia, o que é uma vergonha universal, e a denúncia do general e cientista militar Luiz Gonzaga Schroeder Lessa, sobre a "invasão branca" da Amazônia. A nossa sugestão é que os senadores Jefferson Peres (PDT-AM) e Arthur Virgílio (PSDB-AM) recebam exemplares da revista para se manifestarem sobre isso. Ou será que o Brasil está se tornando "terra de ninguém"? Muitas dessas ONGs, além de favorecerem outros países, recebem verbas públicas.

♦ Antonio João Muselli, presidente da Sociedade de Assistência aos Idosos, Caieira, SP

Fiquei surpreso com as declarações do general Luiz Gonzaga Schroeder Lessa. Ele afirma que a invasão branca da Amazônia acontece sem armas e sem derramamento de sangue. Diante de tal afirmação, como explicar as constantes disputas por terras entre índios e "brancos", as

quais, não raro, levam a dezenas de mortes? Se a invasão da Amazônia acontecesse da forma citada pelo general, não teria lógica a demarcação de terras indígenas pelo governo federal e nem aconteceriam mortes esdrúxulas de carismáticas missionárias. O general generalizou muito suas afirmações e não viu os fatos por outros ângulos. A verdade é que a Amazônia chora as feridas abertas tanto pelo derramamento de sangue quanto de seiva. Esta última cada vez mais sendo derramada.

♦ Rodrigo T. Brisson, Guapimirim, RJ

NA DEFESA DO SUS

Sou assinante da *Radis* aqui na SMS de Resende (RJ). Trabalho com sistemas de informações, além de acompanhar, divulgar e catalogar a regulamentação do SUS nos últimos 14 anos. Parabenizo a *Radis* por sua excelente qualidade e por seu importante papel na defesa do SUS. Ao informar e difundir o pensamento e as idéias de todos os que lutam pela consolidação e o aprimoramento do Sistema Único de Saúde, a *Radis* vai criando uma identidade, vai fortalecendo o sentimento de proteção do SUS, contribuindo de modo extraordinário para sua defesa e engrandecimento.

♦ Gustavo Adolf Fichter, Resende, RJ

EXPEDIENTE



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

Periodicidade mensal
Tiragem 44 mil exemplares

Assinatura grátis
(sujeita à ampliação do cadastro)

Presidente da Fiocruz Paulo Buss
Diretor da Ensp Antônio Ivo de Carvalho

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco

Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Katia Machado (subedição),
Claudia Rabelo Lopes e Wagner
Vasconcelos (Brasília/Direção)

Arte Aristides Dutra (edição) e
Cassiano Pinheiro (estágio supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira,
Laís Tavares e Sandra Suzano

Secretaria e Administração Onésimo
Gouvêa, Fábio Renato Lucas,
Cícero Carneiro e Mario Cesar G.
F. Júnior (estágio supervisionado)

Informática Osvaldo José Filho e Geisa
Michelle (estágio supervisionado)

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ – CEP 21040-361
Tel. (21) 3882-9118
Fax (21) 3882-9119

E-Mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis

Impressão

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.

FORÇA À LOGOMARCA DO SUS

Amigos, onde posso obter o logotipo Ado SUS para reproduzir nos impressos da Unidade? Desde a faculdade, na década de 80, recebo essa publicação. As informações que veicula são de muita importância para o meu desenvolvimento como cidadão e crescimento profissional. Já não me lembro como conheci o RADIS, mas tenho certeza de que me ajudará e acompanhará por muitos anos. Vida longa a todos nós, e parabéns a todos os que fazem esse importantíssimo e fundamental veículo de competente comunicação em saúde pública. P.S. Um dia ainda vou conhecer a Fiocruz!

♦ Paulo de Tarso Celebrone, São Paulo

☐ O documento ABC do SUS, com as especificações, está em <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/web/ABCdoSUS.zip>

TODO O PODER AO MUNICÍPIO

Sou assíduo leitor desta revista e vejo as dificuldades de resolutividade do SUS no atendimento à população. Não é no município que todos vivem? Quem conhece melhor a população não é quem trabalha na atenção básica? Então, por que não dar o poder aos municípios, exigindo prestação periódica de contas? Solução para o SUS existe, é só uma questão de adequação de condutas.

♦ José das Graças de Oliveira, servidor público, Dorés do Turvo, MG

AINDA OS ATRASOS...

Gostaria de parabenizá-los pelo ótimo trabalho de comunicação em saúde. Pena que de contrapeso essa comunicação nos tenha chegado atrasada. Para atualizarmos nosso conhecimento com esse magnífico material temos que entrar no site e pesquisar. Só que alguns não têm acesso à internet e outros ficam impossibilitados de transmitir os dados a seus alunos por falta de material em mãos. Fora esse pequeno problema, perto da competência dos profissionais, vocês estão nota 10!

♦ Leonardo de Oliveira Campos, Rio de Janeiro

Parabéns pela *Radis*, está linda, além do ótimo conteúdo. Quando atrasa, naturalmente eu reclamo.

♦ Divanez Rosa Teixeira, Goiânia

Quando pensamos que os problemas de expedição estavam resolvidos, fomos surpreendidos com um novo orçamento, acima do previsto. Tivemos que abrir nova licitação para evitar a má aplicação dos recursos públicos.

COMO ANDA A REFORMA

Não posso ficar sem receber minha revista de outubro/2005; por favor, não deixem de me mandar, pois estou em outro endereço e só hoje consegui o código para poder fazer a alteração. Solicito isso porque preciso muito ler este artigo sobre a reforma psiquiátrica: estou prestes a trabalhar nesta área e tenho que saber como anda esta reforma tão falada!

♦ Josinilde dos Santos Rosendo Silva, Parnaíba, PI

Desejo parabenizar a *Radis* pela excelente matéria intitulada "Reforma psiquiátrica é lenta mas avança",

publicada no nº 38, de outubro de 2005, embora eu seja absolutamente suspeito, na medida em que contribuí com um panorama prévio do estado da arte da reforma psiquiátrica no Brasil antes da realização da matéria, assim como com o oferecimento do acervo do Laps/Fiocruz, para as ilustrações e a sugestão de alguns dos entrevistados.

Efetivamente é um trabalho de alta e indiscutível qualidade profissional, que engrandece e revitaliza o processo da reforma psiquiátrica brasileira. No entanto, devo dizer que estranhei o tom de suposto debate entre mim e o coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Delgado, principalmente pelo fato de que parece que o mesmo teve acesso e comentou as minhas declarações e que eu, ao contrário, não sabia que isto iria ocorrer e nem tive a possibilidade da réplica. Cordialmente, Paulo Amarante, professor da Ensp e coordenador do Laps, Rio de Janeiro

Prezado professor, a *Radis* incorporou suas críticas ao ritmo da reforma, assim como as de outros entrevistados, fazendo o contraponto com a fala oficial do governo, recurso jornalístico rotineiro. Cada fonte foi ouvida apenas uma vez, e nos desculpamos caso a matéria tenha dado a idéia de conter réplicas ou tréplicas.

GESTÃO DO TRABALHO

Gostei de ler a matéria sobre o PCCS [*Radis* 26] e acho que devemos incentivar todos os municípios a discutir e a promover as conferências de gestão do trabalho (o prazo para o município era novembro/2005, o do estado, fevereiro/2006), pois em março vamos para a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho. Temos que cobrar do estado que faça a conferência, mas pelo que sei alega-se não haver dinheiro! Como sempre!

♦ Rute Alves de Almeida Vieira, Americana, SP

COLETÂNEA RADIS 20 ANOS

Em contato com a bibliotecária do Centro Estadual de Informação e Documentação em Saúde (Ceids), tomei conhecimento da *Coletânea RADIS 20 Anos* e gostaria de solicitar alguns exemplares do CD para os docentes da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, para que possamos utilizá-los nos diferentes Cursos de formação, principalmente para a equipe da Residência Integrada em Saúde, na qual já utilizamos as publica-

ções em papel. Desde já agradecemos.

♦ Manoel Mayer Jr., sanitarista, integrante da Equipe da Residência Integrada em Saúde da ESP/RS

Prezado Manoel, vamos providenciar um CD para a biblioteca da escola. Como a edição é limitada, a distribuição por enquanto é institucional, e não individual.

NA PAUTA

Estudante de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas e defensora dos princípios do SUS, fico feliz em ter a revista *Radis* como complementar da minha formação profissional. Comunicação em saúde deve ser assim: acessível, agradável e realista. Gostaria que a *Radis* publicasse matéria sobre controle social/participação popular no SUS.

♦ Renata Fiúza Damasceno, Alfenas, MG

Sou uma pessoa apaixonada pelo SUS, conseqüentemente, um árduo defensor da educação em saúde, e adoro as edições da revista. Portanto, gostaria que abordassem algo sobre a "importância do controle social na efetividade do sistema" e também sobre a Lei de Responsabilidade Sanitária.

♦ Guilherme Ávila Salgado, estudante de Fisioterapia, Timóteo, MG

Prezado Guilherme, a Lei de Responsabilidade Sanitária foi tratada em duas entrevistas, nas edições 37 e 38. O Controle Social está em nossa pauta.

Tenho grande prazer em saber que a Fiocruz — uma instituição que dá certo — faz parte do meu Rio de Janeiro e do Brasil. Sou funcionário contratado da Fundação Nacional de Saúde e escrevo para propor matérias sobre Vigilância Sanitária.

♦ Mario Sergio de O. Teles, Rio de Janeiro

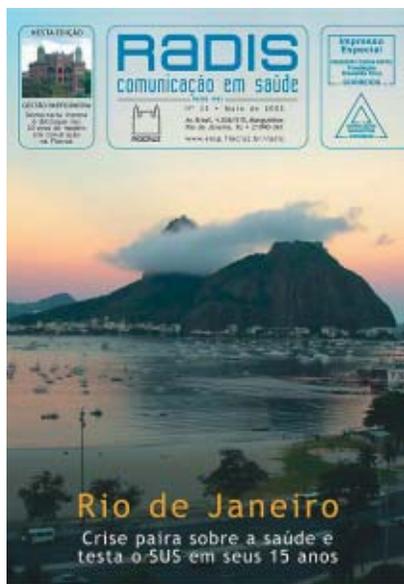
Caro Mario, já está na pauta. Lembramos que a *Radis* nº 30 trouxe a matéria "Dilemas e desafios da vigilância sanitária", com a cobertura do 2º Simbravisa.

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha identificação completa do remetente: nome, endereço e telefone. Por questões de espaço, o texto pode ser resumido.

SÚMULA

CRISE NA SAÚDE DO RIO ESTÁ DE VOLTA



A saúde do Rio enfrenta “novos velhos” problemas. No Hospital Municipal Souza Aguiar, no fim de outubro, foi constatada a falta de 300 tipos de medicamentos, déficit de profissionais e equipamentos quebrados, conforme anunciou o jornal *O Globo* de 26/10. O atendimento foi suspenso e as cirurgias eletivas canceladas até que a farmácia do hospital fosse reabastecida. Para amenizar a situação, o governo federal forneceu 102 itens que estavam em falta e criou 100 vagas nos leitos dos hospitais federais. Também estavam desabastecidos os hospitais Miguel Couto, no Leblon, e Lourenço Jorge, na Barra.

Em 27/10, médicos do Hospital Municipal Paulino Werneck, na Ilha do Governador, fizeram protesto usando fitas negras que simbolizavam a morte da unidade: o hospital estava sem centro cirúrgico, laboratório e leitos para internação.

A crise do Rio teve seu clímax em março (*Radis* nº 33), com a intervenção federal em seis hospitais da cidade – quatro deles municipalizados em 1999 (Hospital da Lagoa, de Ipanema, do Andaraí e Cardoso Fontes) e dois municipais (Miguel Couto e Souza Aguiar).

Quase dois meses depois, em 6/5, o secretário municipal de Saúde, Ronaldo Cezar Coelho, e o então ministro da Saúde, Humberto Costa, chegaram a acordo: o mi-

nistério reassumia os hospitais municipalizados e a prefeitura ficava com os dois municipais, comprometendo-se a ampliar o Programa Saúde da Família, a investir na Atenção Básica e a implantar o Serviço Móvel de Urgência (Samu).

Com a posse do ministro Saraiva Felipe, em 11/7, esse pacto foi ampliado, com a criação de uma Central de Regulação de Leitos. Em 26 de agosto foi anunciada pelo ministro Saraiva Felipe a criação da Comissão Metropolitana de Saúde, formada por representantes dos governos federal e estadual e das 20 prefeituras da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. No dia 27, houve um amplo debate. “A Fiocruz tomou a iniciativa de sediar o primeiro encontro entre o ministro, o secretário estadual, Gilson Cantarino, e os 20 secretários municipais”, disse à *Radis* o diretor da Ensp-Fiocruz, Antônio Ivo de Carvalho. “Essa reunião proporcionou uma repactuação política”.

Apesar das iniciativas, a crise na saúde no Rio persiste. “São problemas antigos, não se resolvem da noite para o dia”, observou. E o problema, como explicou, não diz respeito exclusivamente ao funcionamento de um hospital. Um dos pontos críticos que foram identificados na época da intervenção foi a ausência de um sistema municipal de atenção básica resolutivo e universal. “A execução disso não depende da esfera federal, mas sim do conjunto dos municípios”.

Para o secretário de Atenção à Saúde do MS, José Gomes Temporão, o problema não é falta de dinheiro já que, dos R\$ 135 milhões que cabem à prefeitura, R\$ 46 milhões já foram depositados, e a segunda parcela, de R\$ 2 milhões, foi repassada no início de outubro. “Existe uma evidente fragilidade da capacidade de gestão da prefeitura no Hospital Souza Aguiar. O problema, no entanto, é pontual”, disse em entrevista ao *Jornal do Brasil* de 27/10. O prefeito César Maia concorda, mas alegou que o atraso na solução dos problemas se deve aos prazos dos procedimentos legais de licitação.

No *Globo* de 4/11, o deputado Paulo Pinheiro e o vereador Adelino Simões (ambos do PPS, o primeiro presidente, o segundo, integrante das comissões de Saúde da Assembléia e

da Câmara), em reunião com o Tribunal de Contas do Município, afirmaram que a prefeitura gastou até outubro apenas 47% do orçamento previsto para a saúde em 2005, de R\$ 1,7 bilhão, e 42,8% em pagamento de pessoal, quando a Lei de Responsabilidade Fiscal permite até 54%.

MAIS SOBRECARGA PARA OS HOSPITAIS

O secretário municipal de Saúde do Rio, Ronaldo Cezar Coelho, proibiu a realização de diversos exames laboratoriais nos setores de pronto-atendimento das unidades de urgência e emergência da cidade. A resolução, publicada no Diário Oficial de 17/11, permite apenas a realização de hemograma, teste de glicemia e E.A.S. (exame de urina). Os demais, incluindo raios X, deverão ser realizados nas emergências dos hospitais, conforme o jornal *O Dia* de 18/11. O secretário alegou ser este um meio de formalizar práticas comuns nas unidades.

Para o deputado Paulo Pinheiro, presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, a medida é “absurda”. Em entrevista ao *Dia*, ele citou como exemplo crianças com suspeita de pneumonia, que precisam ser submetidas a exame de raios X, ou de diarreia, problema comum nos pronto-atendimentos, que precisam de exame de sangue para dosar a quantidade de sódio e potássio. O deputado afirmou que a medida complica mais um problema do sistema de saúde do Rio: a superlotação nas emergências dos hospitais. “Oito em cada 10 pessoas atendidas nas emergências deveriam estar nos postos e no pronto-atendimento. Vão à emergência porque não encontram médicos ou exames”. Na opinião do presidente do Sindicato dos Médicos, Jorge Darze, a medida é ilegal. “Entraremos com um processo judicial.”

BRASIL RATIFICA CONVENÇÃO-QUADRO ANTITABACO

O Senado ratificou em 27/10 a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, um tratado internacional para a redução do plantio de fumo e derivados que tramitou no Congres-

so Nacional em forma de projeto de decreto legislativo (nº 602/04).

Os senadores gaúchos Paulo Paim (PT) e Pedro Simon (PMDB), que representam o principal estado produtor de tabaco do país, afirmaram que a aprovação foi possível porque o governo federal se comprometeu a garantir atividades alternativas para os produtores de fumo, em documento assinado por seis ministros. O Brasil é o maior exportador de fumo do mundo e o segundo maior produtor. Estima-se que cerca de 85% da produção nacional sejam exportados.

O tratado é parte das ações de combate ao tabagismo, que causa 5 milhões de mortes anualmente, 200 mil delas no Brasil. Para o senador Tião Viana (PT-AC), que é médico, este é "o primeiro tratado de saúde pública de que se tem registro na história mundial".

Em 12 de novembro, o ministro Saraiva Felipe comunicou a ratificação aos participantes da 19ª Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul e Estados Associados, em Montevidéu, no Uruguai. "Foi uma batalha do governo brasileiro junto à opinião pública e com os parlamentares brasileiros, principalmente os senadores, para que conseguíssemos essa autorização", disse. "Foi uma disputa difícil, registrada na imprensa, pois houve mobilização dos plantadores de fumo, apoiados pela indústria do tabaco, contrária à ratificação".

O Brasil foi o país nº 100, entre 192, a assinar o tratado, em junho de 2003. Em agosto do mesmo ano, a matéria foi encaminhada ao Congresso: a Câmara ratificou em maio de 2004, e o Senado apenas agora.

Saraiva Felipe contou aos colegas que antes mesmo da ratificação da convenção-quadro o Brasil já havia adotado restrições à propaganda de cigarro e proibido o fumo em locais públicos fechados e aeronaves nacionais, independentemente do tempo de voo. "Apesar de ser o maior exportador de fumo do mundo, o Brasil tem diminuído o consumo interno", registrou o ministro.

CONTROLE DA DIABETE MELHORA COM EDUCAÇÃO

Programas educacionais, quando seguidos corretamente, ajudam na redução dos índices de glicemia e de massa corporal, melhorando as taxas de diabetes. Foi o que demonstraram pesquisadores da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, em estudo

com 189 diabéticos. Para confirmação dos dados, os pacientes foram divididos em dois grupos: os que participaram do programa educacional na universidade durante cinco anos, seguindo as orientações, e os que participaram por dois anos e não seguiram as orientações. Foram avaliados os índices de glicemia, peso, altura, índices de massa corporal (IMC), pressão arterial e também os pés.

Os pesquisadores observaram que o grupo que fez o acompanhamento de cinco anos apresentou ao fim do programa taxas menores em todas as variáveis. O grupo que não aderiu corretamente às orientações apresentou redução somente em glicemia e pressão arterial. A equipe constatou também que, ao término do programa, 40% dos homens e 55% das mulheres passaram a controlar a alimentação; 70% passaram a praticar atividades físicas no ginásio da universidade.

Os pesquisadores acreditam que programas educacionais deveriam se tornar prioridade dos serviços básicos de saúde, já que produzem melhor atenção, melhor qualidade de vida e integração social do paciente, como também redução dos custos em saúde.

DIREITOS HUMANOS PODE VIRAR SUBSECRETARIA

A deputada Iriny Lopes (PT-ES), Arelatora da Medida Provisória 259/05, que pretende rebaixar a Secretaria Especial de Direitos Humanos a subsecretaria, apresentou projeto de lei de conversão para modificar a MP, preservando-lhe o status de ministério. Segundo ela, o rebaixamento seria um retrocesso para a sociedade.

A antiga Secretaria Nacional de Direitos Humanos ganhou status de ministério em 2002, o que, para o professor Hélio Bicudo, presidente da Fundação Interamericana de Defesa dos Direitos Humanos, deu a impressão de que os direitos humanos ganhariam atenção destacada. Fundador do PT, do qual se desfilou recentemente no bojo da crise política, Bicudo disse em artigo no *Globo* que, ao contrário, o que se viu foi a "ausência" do governo nos momentos de violação dos direitos humanos, "relativa indiferença" aos problemas mais cruciais das populações indígenas e "omissão" na segurança pública, permitindo o crescimento da violência policial, do crime organizado e do narcotráfico.

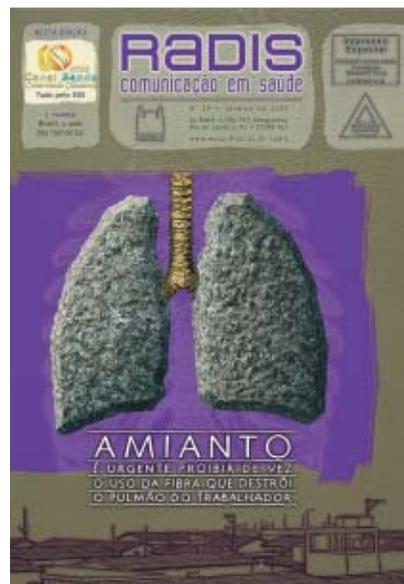
ANVISA SUSPENDE PROPAGANDA DO VIVANZA

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) suspendeu a propaganda direcionada ao público leigo do medicamento Vivanza (cloridrato de vardenafila), indicado para disfunção erétil. A publicidade do laboratório Medley anunciava o remédio ao público indiretamente, ao divulgar o endereço da empresa na internet. No site, a propaganda é explícita.

Isso fere o artigo 58 da Lei 6.360/76, que determina que a propaganda de medicamentos sujeitos a prescrição médica só pode ser dirigida a profissionais de saúde habilitados a prescrever medicamento.

A Anvisa também suspendeu a publicidade do desoxicolato de sódio, na forma injetável, com fins estéticos. O uso da substância como meio de redução de gordura localizada tem sido muito divulgado, mas não há estudos que comprovem sua segurança e eficácia.

LEI QUE PROÍBE AMIANTO É ADIADA



Pernambuco vem tentando proibir a industrialização e o comércio de produtos de amianto ou asbesto, fibra que provoca graves doenças entre os trabalhadores do setor. A própria Confederação Nacional dos Trabalhadores na Indústria, entretanto, interpôs Ação Direta de inconstitucionalidade à medida. O assunto foi ao Supremo Tribunal Federal, em sessão no dia 26 de outubro, suspensa por um pedido de vistas do ministro Joaquim Barbosa.

A CNTI alega, entre outras coisas, que a lei pernambucana fere o princípio constitucional da livre iniciativa, previsto no Artigo 170, parágrafo único da Constituição Federal. No STF tramitam outras duas ADIs contra leis estaduais que proíbem o uso do amianto — do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul.

O amianto, matéria-prima de telhas, caixas d'água, tubulações e produtos de vedação automotiva, é proibido nos Estados Unidos, na França (que exportou sua indústria para o Brasil) e na Itália. Aqui, São Paulo já banuiu o amianto. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, a exposição à poeira do amianto causa fibrose nos pulmões, asma, bronquite crônica e alguns tipos de câncer (*Radis* nº 29).

POLIOMIELITE RESSURGE NOS EUA

Cinco casos de poliomielite em crianças foram detectados numa comunidade amish, no estado americano de Minnesota. Os amish — ortodoxos menonitas discípulos de Jacob Amman — historicamente seguem hábitos do século 19 e se recusam a vacinar os filhos. O vírus foi contraído por uma menina de 8 meses, que transmitiu a doença a outras quatro crianças, entre 5 e 14 anos. Um em cada 200 casos de pólio resulta em paralisia.

A OMS havia declarado a pólio erradicada das Américas há 11 anos — isso ocorre após três anos sem nenhum caso. O último ocorreu no Peru, em agosto de 1991; no Brasil, em 1989, e o país recebeu o Certificado de Eliminação da Poliomielite em 12 de dezembro de 1994. Mas o controle continua, com a Campanha Nacional de Imunização, que vacina crianças de até 5 anos anualmente.

A OMS pretendia festejar a erradicação da pólio no mundo ainda em 2005, quando se completam 50 anos da descoberta da vacina, mas não deu: no primeiro semestre foram detectados focos em 22 países africanos. Agora, nem as Américas estão livres.

FEIRA NA FLORESTA

Cerca de 300 pequenos agricultores representando 15 municípios participaram em Santarém, no oeste do Pará, da 5ª Feira da Produção Familiar do Baixo Amazonas, de 13 a 16 de outubro. A feira reuniu experiên-

cias comunitárias de produção agrícola e pesqueira, artesanato, turismo rural comunitário, entre outras atividades agroecológicas. O evento é promovido desde 1997 pela Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado do Pará, e os participantes viajam horas de barco pelos rios Amazonas, Tapajós e afluentes, ou cruzam estradas e trilhas para mostrar desde o doce de muruci aos viveiros de peixes (projeto do Movimento de Mulheres do Anã, no Rio Arapiuns). O objetivo da feira é mostrar os jeitos de se viver da natureza, melhorando a vida da população.

AGROTÓXICOS EM ALIMENTOS

Anvisa divulgou em outubro os novos resultados do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA). O acompanhamento, feito ao longo dos últimos três anos, mostra que houve melhora no controle da aplicação de agrotóxicos nas culturas analisadas. Mas é preciso reduzir mais essa presença, como no morango — apesar da redução, o índice de contaminação ainda é alto. Já a alface apresentou aumento. Para o diretor da Anvisa, Cláudio Maierovitch, o perigo dos agrotóxicos nos alimentos é que causam problemas não-imediatos e nem sempre visíveis.

Os alimentos *in natura*, analisados entre 2001 e 2004, foram coletados em supermercados nos seguintes estados: Acre, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Tocantins, e também do município de São Paulo. Foram identificados 3.271 resíduos de agrotóxicos. Alguns alimentos continham mais de um resíduo. Dos resíduos encontrados, 71,5% estavam de acordo com a legislação vigente. Dos 931 resíduos irregulares, 83,4% eram de agrotóxicos não-autorizados para a cultura analisada. O restante das irregularidades, 16,6%, era de resíduos encontrados em níveis acima do permitido pela legislação.

O programa conta com a participação dos centros de Vigilância Sanitária de 12 estados e da inspeção de alimentos do município de São Paulo, além dos laboratórios de resíduos de agrotóxicos dos institutos Adolfo Lutz (SP), Otávio Magalhães (MG), Tecnológico de Pernambuco e do Laboratório Central do Paraná, com apoio do INCQS/Fiocruz.

Para ver os resultados no site da Anvisa: www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2005/061005_para.pdf

CIDADANIA E TRANSPARÊNCIA NO CONGRESSO

A Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) aprovou no dia 9 de novembro substitutivo do senador Rodolpho Tourinho (PFL-BA) ao projeto do senador Paulo Paim (PT-RS) que cria o Estatuto da Igualdade Racial. A matéria seguiu para o Plenário, e esperava-se votação urgente, antes do dia 20/11, data que homenageia Zumbi dos Palmares.

No dia 8, a CCJ da Câmara aprovou o PLP 217/04, do Senado, que determina a divulgação em tempo real de todos os dados referentes ao orçamento, como despesas, receitas e transferências da União, de estados e de municípios. A votação seguiu recomendação da relatora, deputada Sandra Rosado (PSB-RN). O projeto estabelece que o poder público realizará audiências acessíveis à população durante o processo de elaboração de todas as leis referentes ao sistema orçamentário, como o plano plurianual (PPA) e a lei de diretrizes orçamentárias (LDO), informou a Agência Câmara. O projeto, já aprovado pela Comissão de Finanças e Tributação, seguiu para o Plenário.

CTNBio, A POLÊMICA CONTINUA

Em novembro, polêmicas retardavam a assinatura do decreto de regulamentação da Lei de Biossegurança pelo Palácio do Planalto, mostrou reportagem da Carta Maior (<http://agenciartamainor.uol.com.br>). O problema era a composição da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), subordinada ao Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) que, com a nova lei, terá amplos poderes para tomar decisões sobre os alimentos transgênicos. Ambientalistas e sanitaristas temem que a nova composição acentue o caráter historicamente pró-transgênicos da CTNBio, transformando as futuras discussões sobre o tema "em jogo de cartas marcadas".

A reportagem foi pauta da artigo "Relações perigosas", do economista Jean Marc Von Der Weid, coordenador da campanha Por um Brasil Livre de Transgênicos, que criticou a existência de lobby em favor da escolha de pesquisadores ligados

a instituições financiadas ou apoiadas por multinacionais do setor. Segundo ele, desde julho os ambientalistas vêm pedindo — sem sucesso — audiência com a ministra Dilma Rousseff, da Casa Civil (responsável pela regulamentação).

Mas ela recebeu um grupo de pesquisadores ligados ao Conselho de Informações sobre Biotecnologia, fundado e financiado pela Monsanto e a Syngenta, produtoras de sementes transgênicas, à Associação Nacional para a Biossegurança, que tem entre seus sócios Monsanto, Cargill, Pioneer Sementes, Bayer Seeds, entre outras, à ONG Pró-Terra e à Associação Brasileira de Tecnologia, Meio Ambiente e Agronegócios — das quais a Monsanto participa.

O economista informa que estão trabalhando na Casa Civil os advogados Beto Vasconcelos, que em 1999 tinha procuração para defender a Monsanto em São Paulo, e Caio Bessa Rodrigues, outro antigo representante da multinacional. Von Der Weid lembra ainda que Luiz Antonio Barreto de Castro é o novo secretário de Política e Programas de Pesquisa e Desenvolvimento do MC&T. Defensor tradicional dos transgênicos e primeiro presidente da CTNBio, foi ele que, em 1998, decidiu “de forma açodada e contra avaliações de dois renomados especialistas da Embrapa a liberação comercial da soja transgênica da Monsanto”.

O articulista menciona ainda alerta do geneticista canadense David Suzuki, entusiasta da engenharia genética: “O que me incomoda é que temos governos que deveriam estar zelando pela nossa saúde e pela segurança do nosso meio ambiente e que atuam como torcida organizada para esta tecnologia que está ainda na sua infância e nós não sabemos o que pode provocar” (em entrevista ao *The Leader Post* em 26/4/2005).

E encerra citando nota do colunista Cláudio Humberto em 29/2/04: “A Comissão Técnica Nacional de Biossegurança, a CTNBio, do Ministério da Ciência e Tecnologia, tem tantos representantes de empresas e cientistas pendurados em verbas de multinacionais, como a Monsanto, que ganhou apelido de pesquisadores independentes: CTNBingo!”

Uma proposta alternativa circulava em novembro no meio científico: que os integrantes da CTNBio sejam escolhidos pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), com critérios transparentes.

HANSENIASE E PROBLEMAS VISUAIS

Pesquisadores da Universidade Federal do Pará examinaram 115 olhos e 116 anexos oculares (estruturas relacionadas ao olho sem fazerem parte do bulbo ou globo ocular propriamente dito; os principais anexos são as pálpebras, todo o conteúdo orbitário e as vias lacrimais) de 58 pacientes portadores da hanseníase — 41 homens e 17 mulheres entre 30 e 90 anos — que moram no Abrigo João Paulo II, em Marituba (PA).

A pesquisa, publicada na edição de maio/junho de 2005 dos *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, mostra que 114 olhos do total examinado tinham alterações oculares e 6% dos pacientes haviam perdido a visão. Segundo os pesquisadores, o sintoma mais freqüente observado, independentemente da forma clínica, foi o prurido ocular em 59 olhos (51,3%), seguido de baixa acuidade visual em 57 (49,5%), ardor e lacrimejamento em 55 (47,8%), fotofobia em 37 (32,1%), dor em 36 (31,3%) e secreção em 33 (28,7%). Os pacientes foram submetidos ao exame oftalmológico entre agosto e outubro de 1999 e todos já haviam recebido alta por cura.

O acometimento ocular pode surgir em muitos casos porque a hanseníase, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, é responsável por lesar a pele e os nervos periféricos, principalmente das áreas mais frias do corpo, como o nariz, os testículos e os olhos.

Mas a doença tem cura (*Radis* nº 27) e muitas seqüelas podem ser evitadas se for detectada tão logo surjam os primeiros sintomas, normalmente caracterizados por manchas esbranquiçadas ou róseas ou mesmo avermelhadas, que tenham alteração de sensibilidade (dormência). Para os pesquisadores, o exame ocular deveria estar na rotina de atendimento de pacientes com hanseníase, já que o diagnóstico e o tratamento precoces previnem danos graves. ■

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

toques da
redação



ESCOLAS DEMAIS — Informação do *Jornal do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais*, enviada à *Radis* pelo leitor Renzo Sansoni: há 142 Faculdades de Medicina no Brasil, quando 50 ou 60 bastariam. “Os Estados Unidos fecharam mais de 40% de suas escolas de Medicina em 1910”, diz ele. “Isto mesmo: 1910! E, por aqui, a ordem insensata é criar mais e mais escolas.”

ESCOLA “PERMISSIVA” — O Projeto de Lei 5918/05, do deputado Elimar Máximo Damasceno (Prona-SP), permite que alunos se recusem a freqüentar aulas de educação sexual nas escolas. Segundo o projeto, os alunos podem alegar objeção de consciência ou crença religiosa. Damasceno considera necessária a orientação sexual para jovens diante do excesso de informações não-selecionadas transmitidas pela mídia. A escola, entretanto, na opinião do parlamentar, tem tratado o tema de maneira permissiva. A proposição, que tramita em caráter conclusivo, será analisada ainda pelas comissões de Educação e Cultura e de Constituição e Justiça, informou a Agência Câmara em 13/10.



C.P.

ORDEM DO MÉRITO MÉDICO — O vice-presidente da República no exercício da Presidência, José Alencar, nomeou post-mortem, em 17/10, o sanitarista Sergio Arouca para a classe de Grã-Cruz da Ordem do Mérito Médico, a mais elevada do gênero. Criada em 1950, por decreto do presidente Eurico Gaspar Dutra, a Ordem

consta de cinco graus: Grã-Cruz, Grande-Oficial, Comendador, Oficial e Cavaleiro. Ela é concedida a médicos, brasileiros e estrangeiros que prestaram serviços notáveis ao país, ou que se distinguiram no exercício da profissão ou no magistério da medicina, ou ainda que tenham sido autores de obras relevantes para os estudos médicos. ■

25 ANOS DE AIDS



A epidemia mudou, e o mundo também



FOTOS: ARISTIDES DUTRA

Claudia Rabelo Lopes

Data de 1980 o primeiro caso conhecido de Aids no Brasil, só notificado em 1982 porque antes nada se sabia sobre a doença. Nestes 25 anos, mais de 362 mil casos foram notificados no país, com 170 mil mortes até dezembro de 2003. Hoje, estima-se que 600 mil brasileiros vivam com HIV/Aids. Desses, dois terços nem sequer sabem que estão infectados, enquanto 161 mil soropositivos noti-

ficados estão em tratamento com medicamentos anti-retrovirais fornecidos gratuitamente pelo SUS.

Desde seu início, na segunda metade dos anos 70, quando surgiu nos Estados Unidos, a epidemia de Aids vem provocando transformações em aspectos cruciais da vida humana, da relação de cada um com seu próprio corpo e com as outras pessoas em âmbito privado — familiar, afetivo, sexual — até questões sociais, culturais, econômicas e políticas em nível local e mundial. A problemática que envolve a humanidade de vivendo e convivendo com HIV/Aids

expõe e interliga, de modo inequívoco, relações de poder e opressão — entre homens e mulheres, entre aqueles que se consideram “normais” e os chamados de “desviantes”, entre países ricos e pobres, para citar algumas. Mas a doença que parecia impulsionar a sociedade no caminho do conservadorismo coloca cada vez mais em xeque os preceitos do individualismo e do neoliberalismo. E a luta contra a epidemia — e contra preconceitos e estigmas criados em torno dos portadores de HIV/Aids — aponta caminhos para um mundo mais justo e solidário.

A Aids afeta, em proporção cada vez maior, mulheres de todas as camadas sociais, jovens, heterossexuais, pessoas em condição de pobreza ou miséria, e de baixa escolaridade. O Brasil acompanha essas tendências, a que se soma o processo de interiorização da epidemia, ou seja, sua estabilização nos grandes centros urbanos do Sudeste acompanhada pelo crescimento do número de casos nas médias e pequenas cidades, em todas as outras regiões. Desigualdades sociais e de gênero, dificuldades de acesso à educação e aos serviços de saúde são fatores que deixam as pessoas mais vulneráveis a contrair o vírus e desenvolver a doença.

NENHUMA REGIÃO A SALVO

Está claro, portanto, que muita coisa ainda precisa mudar para que se possa frear o avanço do HIV/Aids. Em duas décadas e meia, a doença já acarretou a morte de cerca de 25 milhões de pessoas, segundo o Programa Conjunto da ONU sobre HIV/Aids (Unaids). Atualmente, o Unaiids estima em cerca de 40,3 milhões o número de pessoas infectadas pelo HIV em todo o planeta e, como afirma o Relatório sobre a Epidemia Mundial de Aids 2004, “não há nenhuma região do mundo a salvo”.

A Aids continua sem cura, mas, desde 1996, os coquetéis de medicamentos anti-retrovirais aumentaram em quase 12 vezes, em média, a sobrevivência de pacientes que recebem o tratamento. No entanto, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), apenas um milhão de pessoas, a maior parte nos países ricos, têm acesso a eles.

Uma das maiores dificuldades para a implementação de programas de distribuição, em grande escala, dos coquetéis antiaids nos países em desenvolvimento é o elevado custo de medicamentos cujas patentes pertencem a uns poucos laboratórios. Isso tem provocado atritos entre esses países, de um lado, e a indústria farmacêutica e governos do chamado Primeiro Mundo, do outro. Com o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PNDST/Aids), que tem garantido acesso universal ao tratamento, o Brasil se tornou protagonista no questionamento de práticas que colocam o direito ao lucro acima do direito à vida.

PÂNICO E PRECONCEITO

Identificada primeiramente entre homossexuais masculinos nos Estados Unidos, a doença que afeta o sistema imunológico de pessoas anteriormente saudáveis, levando à infecção por doenças oportunistas e à morte, por-

vocou uma onda de pânico e preconceito no início dos anos 80. Reação que se espalhou pelo mundo com velocidade maior do que a da epidemia mesma. Em 1982, quando foi cunhada a sigla Aids (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*, ou síndrome de deficiência imunológica adquirida — que franceses, portugueses e hispânicos chamam de Sida), ninguém conhecia ainda o agente etiológico e as formas de transmissão, mas o estigma e a discriminação contra os doentes se manifestavam de várias maneiras.

É o que se via, por exemplo, nas expressões usadas inclusive por profissionais de saúde na época. Termos como *Wog* (*Wrath of God Syndrome*, ou Síndrome da Ira de Deus), “peste gay”, “câncer gay”, que logo ganharam manchetes sensacionalistas nos jornais, passavam a idéia de que a doença seria uma espécie de castigo divino contra pessoas cujo comportamento sexual não condizia com os dogmas cristãos. Assim, além de sofrerem com os terríveis danos físicos acarretados pela doença, as vítimas da Aids tiveram que lidar, também, com a culpabilização lançada sobre elas.

Não levou muito tempo, porém, para que a síndrome se manifestasse em usuários de drogas injetáveis e em hemofílicos. Juntamente com os gays, esses segmentos da população passaram a ser enquadrados como “grupos de risco” para a transmissão da doença. Em 1983, a notícia de que haitianos haviam também desenvolvido Aids, e a inclusão destes entre os grupos de risco pelo *Center for Disease Control* (CDC), nos EUA, causou uma crise no turismo haitiano, no que talvez tenha sido o primeiro golpe da epidemia sobre a economia de um país.

MORTE CIVIL

Em suas páginas sobre a história da Aids de 1981 a 1986, a ONG Avert (www.avert.org/his81_86.htm) relata que, em São Francisco, o Departamento de Polícia equipou policiais com máscaras e luvas especiais para o caso de terem que lidar com o que chamaram “pacientes suspeitos de Aids”. Reportagens em jornais americanos na época davam conta de que doentes eram despejados por senhorios, perdiam o emprego e sofriam constrangimentos diversos.

Assim, não apenas nos EUA, mas nos diversos países onde a doença começava a ser identificada, o Brasil inclusive, os pacientes de Aids sofriam o que o brasileiro Herbert Daniel

chamaria de “morte civil” — a estigmatização e o desrespeito aos direitos mais fundamentais. Para fazer frente a esse quadro, pessoas afetadas pela doença começaram a criar organizações não-governamentais com o intuito de exigir dos governos tratamento digno, respeito aos direitos de cidadãos e ações concretas no combate à epidemia. A primeira ONG/Aids brasileira foi o Gapa (Grupo de Apoio à Prevenção à Aids), criado em 1985 em São Paulo.

MOBILIZAÇÃO E AVANÇOS

No Brasil, a mobilização resultou na implantação do Programa Nacional de DST/Aids (PNDST/Aids), que se tornou referência internacional. Desde 1996, ano em que os pesquisadores apresentaram a terapia combinada de medicamentos — conhecida popularmente como coquetel antiaids, o carro-chefe do programa tem sido a distribuição universal e gratuita desses remédios aos portadores de HIV/Aids, de acordo com a Lei 9.313, do senador José Sarney, em sintonia com os preceitos do Sistema Único de Saúde e da Constituição Federal. Entre outros avanços está também a adoção, no âmbito do PNDST/Aids, de ações na linha da redução de danos entre os usuários de drogas injetáveis, visando conscientizá-los para o não-compartilhamento de agulhas e seringas.

A história da epidemia e de seu impacto em nosso país foi objeto de estudo da médica Dilene Raimundo do Nascimento, pesquisadora e docente da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), em sua tese de doutorado em História Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF). O trabalho resultou no livro *As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*, lançado em agosto pela Editora Fiocruz.

Dilene considera que o movimento pelos direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil teve mais força e alcançou melhores resultados do que na maioria dos outros países devido a um conjunto de fatores. Entre eles, destacam-se o contexto em que se iniciou esse movimento, no

bojo da Nova República, da reforma sanitária e da construção do SUS, o interesse da primeira coordenação do PNDST/Aids, entre 1986 e 1990, tendo à frente a microbiologista Lair Guerra, e principalmente, a experiência de militância política das lideranças das ONGs/Aids, que souberam



FOTO: CASSIANO PINHEIRO

encontrar os caminhos para alcançar seus objetivos.

VISÃO ESTRATÉGICA

Pessoas como Herbet de Souza, o Betinho, e Herbert Daniel, fundadores da Abia — Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, em 1986, e, no caso de Daniel, também do Grupo Pela Vidda (Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids), em 1989, “problematizaram a Aids no contexto maior das políticas públicas”, colocando a prevenção e a assistência aos doentes “numa visão estratégica da democracia”, afirma a autora. Ela acredita que a lição a se tirar dos avanços do PNDST/Aids é que a mobilização, com variáveis propícias, faz os recursos aparecerem e as coisas acontecerem.

E, se em 1985, o então ministro da Saúde, Carlos Santana, não considerava o combate ao HIV/Aids uma prioridade, argumentando que havia enfermidades com prevalência e incidência muito maiores, merecedoras de atenção do poder público, essa

posição não se sustentaria por muito tempo. Ainda em 1985 foi criada a Divisão Nacional de Aids no Ministério da Saúde. O ano seguinte veria a instituição da Comissão Nacional de Aids, com a participação de representantes da sociedade civil.

As ONGs/Aids também desempenharam importante papel na difusão de informações sobre a doença e no apoio psicológico e social aos portadores de HIV/Aids e suas famílias. Nesse sentido, elas impulsionaram mudanças no modo de a sociedade e os próprios

pacientes encararem a doença. Medo ou indiferença, por parte de uns, culpa, vergonha e desesperança, por parte de outros, foram sendo substituídos por conscientização, desmistificação e atitudes positivas de auto-afirmação e solidariedade.

SAINDO DAS SOMBRAS

Contribuíram decisivamente para isso as descobertas científicas sobre a síndrome, desde o isolamento do vírus causador, em 1983, e o gradual estabelecimento com segurança das formas de transmissão. Mas para que esses conhecimentos, cruciais para evitar tanto a infecção quanto a discriminação contra os infectados, pudesse alcançar a população em geral, uma grande mudança teve que ocorrer. Sexualidade, homossexualidade, uso de drogas e outros temas ainda então tratados como tabus e pertencentes quase que exclusivamente à esfera privada, precisaram sair das sombras e ser encarados de frente pela sociedade.

A discussão pública desses temas tornou-se uma questão de sobrevivência. Dilene lembra que, ainda na década de 80, as poucas escolas que ousavam incluir programas de educação sexual para os adolescentes sofriram fortes pressões, e algumas tiveram mesmo que suspender a iniciativa devido às reclamações dos pais. Hoje, pelo contrário, os pais esperam que as escolas abordem a prevenção da Aids, o que implica falar sobre sexualidade de forma clara e franca.

Para os gays, primeiros a serem afetados pela doença e pelo preconceito, a melhor maneira de defenderem seus direitos, sua saúde e lutarem contra a disseminação da doença foi justamente a afirmação de sua condição de homossexuais. “Eles tinham que falar, tinham que aparecer para desconstruir essa questão da Aids como ‘doença de gay’”, diz a pesquisadora. “Essa concepção tinha que ser discutida, até para proteger a sociedade como um todo, porque enquanto fica na posição de que Aids é doença de gay um heterossexual pode se contaminar com o HIV”. Dessa forma, a luta contra a Aids se tornou um ponto de virada para que homossexuais masculinos e, na esteira, femininos, fossem conquistando perante a sociedade, publicamente, o direito de simplesmente ser o que são.

TENTATIVA RECHAÇADA

É verdade que isso não ocorreu em todos os países, e que a Aids também tem servido de pretexto para tentativas, por parte de governos e

de grupos religiosos, de normatizar a vida sexual das pessoas, discriminando e até mesmo penalizando aqueles



que não rezam por sua cartilha. Foi o que aconteceu em abril deste ano, quando a Usaid (agência americana para o desenvolvimento internacional) tentou condicionar a liberação de recursos para o combate à epidemia no Brasil à exclusão das ONGs que defendem a organização trabalhista das profissionais do sexo. Condição rechaçada pelo governo brasileiro.

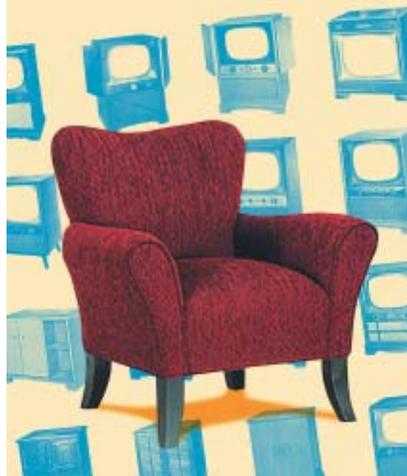
Os avanços foram conquistados paulatinamente. Dilene aponta que as primeiras campanhas governamentais sobre a epidemia, por exemplo, pouco informavam e ainda contribuíam para a discriminação aos doentes. Na primeira, em 1987, o lema era “Aids, você precisa saber evitar”, e as peças publicitárias diziam coisas como “A Aids mata!”, “Quem vê cara não vê Aids”. Diante do pouco conhecimento de que a população dispunha sobre a enfermidade, evitar a Aids podia ser entendido como evitar as pessoas com Aids, o que aconteceu com frequência.

O temor e a desinformação eram tais que, quando vieram a conhecimento público a alta incidência do HIV entre hemofílicos e a contaminação do sangue nos centros hemoterápicos, as doações de sangue tiveram queda de quase 50%, gerando crise no fornecimento. Uma linha menos focada no medo e mais dirigida à solidariedade começou então a ser adotada nas campanhas, mas esse movimento foi abortado pela mudança política no país.

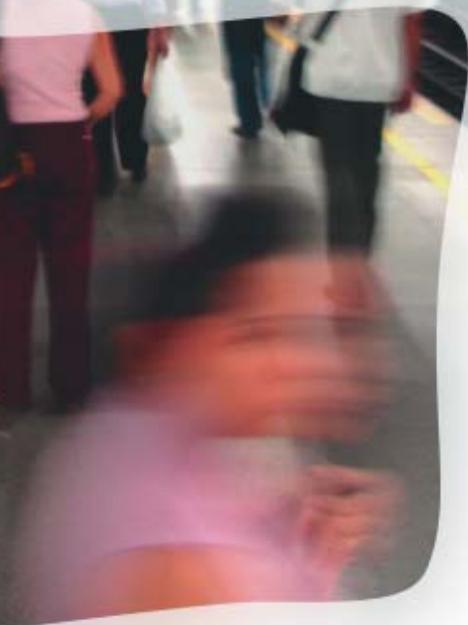


Radis adverte

O sensacionalismo
faz mal à saúde!



Houve um retrocesso na qualidade das peças publicitárias sobre HIV/Aids durante a maior parte do go-



verno Collor (1991-1992). Somente com a saída de Alcení Guerra do Ministério da Saúde e a posterior troca de governo, foi retomado o diálogo com as ONGs/Aids, com o que se deu uma mudança de rumo das campanhas. "Previna-se do vírus, não das pessoas", dizia o cartaz do Dia Mundial de Luta

contra a Aids de 1993, voltado para os jovens, e que também apresentava a camisinha como método de prevenção. As transformações na maneira como o governo publicizou a questão da Aids até 1996 são analisadas no capítulo 5 — *As Imagens do Mal*, no livro de Dilene.

No entanto, pessoas que testemunharam as primeiras décadas da epidemia têm a sensação de que pouco se ouve falar sobre Aids atualmente. Para o jornalista-sanitarista **Mário Scheffer**, ativista do Grupo Pela Vida de São Paulo, são necessárias mais campanhas de prevenção de massa por parte de estados, municípios e governo federal. O coordenador de Comunicação do PNDST/Aids, Alexandre Magno de Amorim, reconhece que limitações orçamentárias dificultam a ampliação desse tipo de ação na mídia audiovisual por parte da União, mas lembra que o programa sempre teve, em média, duas campanhas de massa anuais, uma no Carnaval e outra no segundo semestre. No âmbito estadual, ele cita Bahia e Sergipe como exemplos nas ações de comunicação eficientes sobre Aids.

CAMISINHA, O MÉTODO

O programa também financia a produção de material informativo pelas ONGs e mantém ações conti-

nuadas de educação e prevenção junto aos segmentos mais vulneráveis da população. Alexandre considera que as campanhas e esse trabalho direcionado têm apresentado bons resultados, pois o número estimado de infectados no país ficou em 600 mil, metade da estimativa de 1,2 milhão feita pelo Banco Mundial para o ano 2000. Ele citou também estudo recente do Ministério da Saúde sobre o comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids, mostrando que 94% da população entre 15 e 54 anos sabem que a camisinha previne a transmissão sexual e que 67% relataram usar preservativo com parceiros eventuais, mesma percentagem dos que têm conhecimento correto das formas de infecção. "O que falta é a velha

percepção de risco, ou seja, todo mundo sabe que se não se cuidar pode contrair o vírus, mas no inconsciente acha que isso só vai acontecer com os outros, nunca com ele", diz o coordenador.

Alexandre atribui o fato de se ouvir e ver menos sobre a Aids agora a um desinteresse pelo assunto, em comparação ao que acontecia nos anos 80 e 90, quando pessoas famosas se declararam doentes, causando grande impacto na sociedade. Mas garante



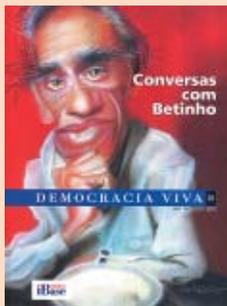
AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS



Betinho, motor da cidadania

Betinho teria feito 70 anos em 3 de novembro, se estivesse vivo. Alto lá! Ele morreu de Aids em 9 de agosto de 1997, mas seus ideais vivem em brasileiros dispostos a lutar por cidadania, justiça, saúde, educação e comida para todos. Por isso, muitas homenagens marcaram seu aniversário, como o lançamento do livro *Um abraço, Betinho*, de Dulce Pandolfi e Luciana Heymann, do Centro de Documentação e Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas.

O mineiro Herbert de Souza (Herbet, por erro na certidão de nascimento), sempre teve saúde frágil. Hemofílico como os irmãos Henfil e Chico, cedo aprendeu a encarar as dificuldades como desafios. A ditadura e o exílio não o fizeram desistir da militância política. Em 1979, retornou anistiado ("Meu Brasil /



"DEMOCRACIA VIVA", IBASE/NOV/05

que sonha / com a volta do irmão do Henfil", nos versos de *O bêbado e a equilibrista*, de João Bosco e Aldir Blanc) e, em 1981, fundou o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase).

Em 1986, ao descobrir que contrairia o HIV numa transfusão de sangue, reuniu ativistas de movimentos sociais, cientistas, intelectuais e autoridades para criar a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), que teve atuação decisiva na campanha "Salve o Sangue do Povo Brasileiro". Em 1988, a Constituição proibiu o comércio de sangue no país. Coleta, processamento e distribuição de sangue e hemoderivados passaram a ter qualidade rigidamente controlada.

Envolveu-se nas lutas pela preservação ambiental, a ética na política e a reforma agrária, entre outras, e também na Ação da Cidadania contra a Miséria e pela Vida, a Campanha contra a Fome. ONGs e movimentos concebidos por ele continuam em atividade, um legado à cidadania.

que, entre os assuntos relacionados a saúde, a Aids ainda é o mais citado na grande mídia. Para sua tese de doutorado, que abrange até 1996, Dilene reuniu sobre o tema um acervo de matérias jornalísticas que ocupa um armário inteiro. “Tínhamos mais de uma matéria por dia, por cada jornal. Hoje passam-se semanas sem matéria sobre Aids”, afirma.

FIM DO MISTÉRIO?

Dilene acredita que esse desinteresse se deve a que a Aids já não tem sua aura inicial de mistério e também ao deslocamento da ocorrência da doença da classe média alta para populações mais pobres. E ainda a uma sensação de que, com a distribuição dos coquetéis antiaids, o problema está resolvido. Ouve-se algumas pessoas dizerem que não precisam mais ter tanto medo da Aids porque agora há tratamento. Mas elas não consideram o custo desse tratamento, nem que ele implica tomar remédios várias vezes ao longo do dia, e em horários certos, o que é um transtorno no dia-a-dia do paciente. Sem falar nos efeitos colaterais dos anti-retrovirais.

E nada pode ser considerado resolvido quando, como apontam as ONGs/Aids, uma média de 11 mil brasileiros morrem da doença todos os anos. Ações de prevenção da Aids e o atendimento aos

SUS RADICALIZADO

Por isso, Mario Scheffer defende que a luta é em defesa do SUS: “Só conseguimos alguns avanços até hoje porque temos o SUS”, diz. “As políticas de Aids no Brasil — como a do acesso universal ao coquetel — nada mais são do que a radicalização da implementação do SUS”. Para ele, é a prova de que o SUS é viável, pode dar certo e está longe de ter esgotado suas potencialidades. “Queremos, por isso, estender nossas conquistas a todas as patologias e necessidades de saúde”.

Nos primeiros anos da epidemia, a abordagem da Aids pelo poder público e, conseqüentemente, pela mídia como uma doença restrita a “grupos de risco” teve alguma utilidade prática, mas, de modo geral, mostrou-se discriminatória e contraproducente. Embora esteja superada no âmbito das políticas públicas, ela permanece no imaginário popular. Sua pior conseqüência tem sido a crença de que pessoas que não fazem parte desses grupos não precisam se preocupar. Crença que levou a um relaxamento da prevenção entre mulheres e homens heterossexuais, e contribuiu para a mudança do perfil epidemiológico do HIV/Aids.

A trajetória da epidemia provou que a Aids não é um mal que afeta grupos específicos, mas é um problema de todos, conforme já diziam militantes como Betinho, há 20 anos.

trado em meados da década de 80, quando, no Brasil, por exemplo, a proporção era de uma mulher soropositiva para 25 homens. Hoje é de aproximadamente uma para dois.

Mas, com a disseminação do vírus entre a população feminina, tem crescido também o número de casos de contaminação de homens heterossexuais. Dados do Ministério da Saúde brasileiro, constantes do Plano Estratégico 2005 do PNDST/Aids, mostram que, entre os homens, o número de casos de transmissão heterossexual no país tem apresentado crescimento desde o fim da década de 90, “superando, proporcionalmente, os casos na exposição homo/bissexual e usuários de drogas injetáveis”. Em 2003, o número de homens infectados em relações heterossexuais chegou a 41% do total de casos de HIV/Aids registrados na população masculina.

O epidemiologista Francisco Inácio Bastos, do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz (Cict/Fiocruz), atesta: “O que manda na epidemia de HIV/Aids hoje é a transmissão heterossexual”. Ele esclarece que isso não se deve a um aumento da infectividade nas mulheres soropositivas, mas sim ao fato de os homens estarem mais expostos a relacionamentos com parceiras portadoras do HIV. Forma-se assim um círculo vicioso, pois mais homens infectados também podem infectar mais mulheres.

A MULHER VULNERÁVEL

A heterossexualização e a feminização da epidemia têm numerosas conseqüências, uma das quais é a desagregação familiar e a orfandade. Em todo o mundo, cerca de 15 milhões de crianças perderam pelo menos um dos pais para a Aids. E muitas delas foram infectadas na gravidez, no parto ou na amamentação, o que poderia ter sido evitado se as mães tivessem recebido orientação e tratamento. Mesmo no Brasil, a prevenção da transmissão vertical — da mãe para o bebê — ainda não alcança todas as que dela necessitam.

Entre as mulheres brasileiras, as infecções por HIV via transmissão heterossexual correspondem a 95% do total. Aqui, como em todo o mundo, fatores sociais, econômicos e culturais tornam a mulher mais vulnerável a contrair o vírus. Dependência econômica, violência doméstica, pouca auto-estima ou falta de conhecimento sobre o assunto dificultam a negociação do uso de preservativos com os parceiros, principalmente entre as mulheres casadas.

soropositivos são do âmbito do SUS, e sofrem com os problemas que afetam o sistema, como falta de agentes de saúde em HIV/Aids no âmbito municipal, necessidade de maior número de leitos para internação e de humanização do tratamento.

Hoje, de acordo com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), no estudo sobre o Estado da População Mundial (2005), quase metade do número de pessoas infectadas pelo HIV no mundo é de mulheres. Quadro muito diferente daquele encon-



A situação da epidemia de HIV/Aids é especialmente crítica na África, onde desde o início pondera a transmissão heterossexual. Os primeiros casos foram percebidos em 1982, em Uganda, e até o fim dos anos 90 os números não pareciam tão preocupantes. Hoje, estima-se entre 23,8 e 28,9 milhões o número de soropositivos apenas na região subsaariana.

A ONU tem alertado: alguns países dessa região estão à beira do colapso social e econômico em decorrência da epidemia, já que a doença afeta, em sua maior parte, pessoas em idade produtiva. Especialistas reunidos em laundê, capital de Camarões, em outubro, afirmaram que serão necessários pelo menos mais 10 anos para que se consiga chegar a uma vacina contra o HIV. A África corre o risco de se despovoar, caso não sejam tomadas medidas eficazes de prevenção da doença e de tratamento com os medicamentos anti-retrovirais.

ÉTICA E PATENTES

Diante da tragédia mundial em que a Aids se transformou, as pesquisas científicas e o desenvolvimento de medicamentos e vacinas contra a doença têm colocado pesquisadores, governos e a indústria farmacêutica no centro de polêmicas internacionais que envolvem questões éticas e interesses econômicos. De 1984 a 1987, assistiu-se à disputa entre Luc Montaigner, do Instituto Pasteur (França), e Robert Gallo, do National Cancer Institute (EUA) pela primazia da descoberta do vírus, posteriormente chamado de HIV (*Human Immunodeficiency Virus*, ou vírus da imunodeficiência humana). O que estava por trás da disputa, resolvida por acordo entre o Ins-

tituto Pasteur e o Departamento de Saúde dos EUA, era a concessão de patentes e licenças para a produção comercial de testes que detectassem a presença do vírus em amostras de sangue. No Brasil, o vírus foi isolado pelo pesquisador Bernardo Galvão-Castro, da Fiocruz, em 1987.

As patentes visam a proteção dos direitos de propriedade intelectual de um invento original. Ter a patente de algo significa ter o direito à exclusividade de sua produção e exploração comercial por 20 anos. O detentor da patente pode licenciá-la, ou seja, autorizar, mediante pagamento ou não, uma ou mais empresas para fabricação e venda do produto. O Acordo Trips (*Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights*), no âmbito da Organização Mundial de Comércio (OMC), prevê dois tipos de licenciamento: o voluntário, quando a transferência da tecnologia e do direito à utilização da propriedade intelectual é consentida pelo titular da patente, com pagamento de *royalties* negociados entre ambas as partes; e o compulsório, em que essa transferência se dá sem consentimento do detentor da patente, em situações específicas, como casos de emergência ou extrema urgência, e com pagamento de *royalties* mais baixos.

Em vista da dificuldade de negociar preços mais baixos ou licenciamentos voluntários com as indústrias farmacêuticas privadas, o Brasil e outros países em desenvolvimento têm levantado a possibilidade de aplicar o licenciamento compulsório no caso dos anti-retrovirais. As indústrias argumentam que sem lucro não podem investir em pesquisa, mas o custo dos medicamentos sob paten-

te representa um sério entrave à implementação de programas de distribuição, em grande escala, dos coquetéis antiaids.

A doença continua sem cura, mas, com os coquetéis, a sobrevivência das pessoas que desenvolvem a síndrome aumentou de 5 para 58 meses em média, segundo o Ministério da Saúde do Brasil. Mesmo assim, a OMS informa que dos cerca de 40 milhões de infectados no mundo, 95% estão nos países em desenvolvimento, onde apenas um milhão recebem o tratamento. Esse resultado está longe da meta do programa *3 by 5*, lançado pela OMS/UnaidS em 2003 visando a distribuição dos coquetéis a três milhões de soropositivos nos países em desenvolvimento até o fim de 2005.

ACESSO IMPERATIVO

“É imperativo que continuemos a acelerar o acesso ao tratamento que salva vidas contra o HIV, não apenas como um meio de tratar milhões de pessoas que precisam disso hoje, mas também como instrumento para ajudar na prevenção de milhões de novas infecções”, declara o diretor-executivo da UnaidS, Peter Piot, no website do *3 by 5*. Ele ressalta que uma das descobertas mais importantes do relatório publicado em junho pelo programa é que a disponibilidade do tratamento aumenta o número de pessoas que acessam serviços de prevenção primordiais, como testagem e aconselhamento.

Tendo assumido o compromisso de garantir o acesso universal e gratuito ao tratamento com os coquetéis antiaids, o Brasil atacou o problema



NOVEMBRO DE 1987

Casos de Aids notificados à OMS

Américas	52.136
Europa	8.533
África	6.635
Oceania	704
Ásia	209
Total	68.217

Fonte: *Dados* nº 11, março de 1988, p. 2 (números do Institut de Médecine et d'Épidémiologie Africaines et Tropicales, 30/9/1987)



DEZEMBRO DE 2005

Número estimado de pessoas com HIV/Aids segundo a OMS

África subsaariana	25,8 milhões
Ásia (leste, sul e sudeste)	8,3 milhões
Américas	3,3 milhões
Europa do Leste e Ásia Central	1,6 milhões
Europa ocidental	720 mil
Norte da África e Oriente Médio	510 mil
Oceania	74 mil
Total	40,3 milhões

Fonte: UnaidS/OMS – *Aids epidemic update* (www.unaids.org/Epi2005/doc/EPIupdate2005_html_en/epi05_13_en.htm#maps), 21/11/2005 (tabela adaptada)

dando início à produção nacional de oito anti-retrovirais genéricos em 1997, e procurando negociar preços com os laboratórios detentores de patentes dos outros sete medicamentos que compunham o coquetel na época. Mesmo com a economia que essas iniciativas proporcionaram, de acordo com o Ministério da Saúde, os gastos do país com os anti-retrovirais ultrapassaram a cifra de 620 milhões de reais em 2004, quando 154 mil brasileiros receberam o tratamento. Em 2005, o custo médio anual da terapia com os coquetéis anti-aids por paciente é calculado em 2.500 dólares.

PROGRAMA EM PERIGO

Com os gastos com anti-retrovirais se aproximando de 1 bilhão de reais, sendo 70% desse valor destinados à compra de apenas três medicamentos sob patente, os militantes dos direitos dos pacientes alertam que a sustentabilidade do programa brasileiro está em perigo. Principalmente considerando-se que 430 mil pessoas que vivem com HIV sem saber necessitarão do tratamento mais cedo ou mais tarde. Em 1º de junho, a Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei 22/03, do deputado Roberto Gouveia, proibindo o registro de patentes de novos medicamentos para prevenção e tratamento da Aids, a fim de que o Brasil possa produzir genéricos desses novos remédios e possa transferir a tecnologia de produção a outros países.



A pressão cada vez maior pela quebra de patentes dos anti-retrovirais têm resultado na redução de preços por parte dos laboratórios. O caso mais recente foi o do Kaletra, com o qual o laboratório Abbott teve, em 2004, faturamento em torno de US\$ 900 milhões. A negociação do governo brasileiro com a empresa fez com que o preço do medicamento caísse de US\$ 1,17 por cápsula para US\$ 0,63, e garantiu a doação, por parte da Abbott, de um lote de outros remédios, no valor de US\$ 3 milhões.

O acordo com a Abbott tem sido criticado pelas ONGs/Aids, que desejam a aplicação do licenciamento compulsório. Segundo o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em entrevista ao programa *Roda Viva*, da TV Cultura, em 7 de novembro, o Ministério da Saúde concluiu que o preço obtido pela negociação com a empresa é mais baixo do que se o remédio fosse produzido por laboratório nacional neste momento. Pelas palavras do presidente, isso não significa que a idéia de licenciamento compulsório de outros anti-retrovirais esteja descartada. "Estamos dispostos, juntos com os outros países que sofrem o mesmo problema, a construir algumas centrais de produção desses remédios, mesmo se tivermos que romper com a lei de patentes, porque nós não podemos permitir que a saúde brasileira e que a saúde do ser humano estejam vinculadas aos interesses do lucro de uma empresa", declarou Lula.

Na Conferência Mundial de Aids em Durban, em 2000, o Brasil se posi-

cionou no sentido de compartilhar a tecnologia para a produção de genéricos contra a Aids com os outros países em desenvolvimento. Marco das ações nesse sentido foi a criação, em 2004, da Rede Internacional de Cooperação Tecnológica em HIV/Aids (Brasil, China, Cuba, Nigéria, Rússia, Tailândia e Ucrânia), que se reuniu pela primeira vez em janeiro de 2005, no Rio de Janeiro. Acordos comerciais não estão na pauta da rede, que visa apenas acordos de transferência tecnológica em diagnóstico, prevenção e assistência médica.

Não apenas internamente, mas também nos fóruns internacionais, o Brasil posicionou-se em defesa do acesso à terapia anti-retroviral como um direito humano fundamental, o que foi reconhecido pelo Conselho de Direitos Humanos da ONU em 2001. Mesmo ano em que a Unesco – Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura – premiou o PNDST/Aids na categoria Direitos Humanos e Cultura de Paz.

Nessa linha de direitos humanos, a Campanha de 1º de Dezembro – Dia Mundial de Luta Contra a Aids, em 2005, tem como tema *Aids e Racismo: O Brasil precisa viver sem preconceito*. Reconhecendo a vulnerabilidade da maioria da população negra devido a sua situação sócio-econômica precária no país, o Programa quer prevenir que a doença cresça entre essa população, a exemplo do que ocorreu entre as mulheres, alvos da campanha do ano passado. 



Aids na pauta

Na Radis

<http://www.ensp.fiocruz.br/radis>

- ♦ nº 2, set/2002, p. 30: Conferência mundial cobra compromissos políticos;
- ♦ nº 5, dez/2002, p. 21: Aids e ética em pesquisa: a solução mais justa e inovadora é produzir vacina barata e eficaz;
- ♦ nº 19, mar/2004, p. 13: Otimismo ajuda na prevenção?
- ♦ nº 31, mar/2005, p. 9: Rede de Cooperação em HIV/Aids – Sete nações, os mesmos planos;

Na Coletânea Radis 20 anos

www.ensp.fiocruz.br/radis/pesquisa.html

Súmula

- ♦ nº 14, jun/1986, p. 7: Descobertas em profusão;
- ♦ nº 15, dez/1986, p. 7: Seqüelas sociais;
- ♦ nº 16, abr/1987, p. 6: E o que faz por aí?
- ♦ nº 17, nov/1987, p. 3: Fiocruz isola vírus da Aids / Os números da Aids no Brasil / Cresce a Aids por via sanguínea / Leite materno pode transmitir a Aids;
- ♦ nº 18, jan/1988, p. 2: AZT será usada de forma restrita;
- ♦ nº 19, fev/1988, p. 3: Salve o sangue do povo brasileiro;
- ♦ nº 20, mar/1988, p. 3: Aids: São Paulo mantém o primeiro lugar;
- ♦ nº 21, abr/1988, p. 3: Vaticano diz não às camisinhas / Morre Chico

Mário, irmão do Henfil / Gaúchos são modelo no combate à doença / Cuba implanta programa inédito / Cresce incidência nos heterossexuais / Funai faz testes em índios e religiosos.

Tema

- ♦ Número especial, out/1987, 75 páginas: Aids;
- ♦ nº 10, jun/1988, 28 páginas: especial Sangue;
- ♦ nº 22, set/2001, p. 10: Uma crise mundial que já dura 20 anos;

Dados

- ♦ nº 11, mar/1988, 24 páginas: especial O retrato da Aids;
- ♦ nº 18, maio/1996, p. 3: Uma epidemia em mutação.

Veja a lista completa no site da Radis (<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/40/web-01.html>)



ENTREVISTA

José Ricardo Ayres

“Alcançar o impossível depende da arte política de buscar o consenso”

Para o médico José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, as soluções para a questão da sustentabilidade dos programas de combate à Aids no Brasil devem ser buscadas na prática política do diálogo democrático e no esforço conjunto dos agentes envolvidos. Integrante do Núcleo de Pesquisa e Prevenção em Aids da USP (Nepaids), consultor e conselheiro editorial de importantes publicações nacionais e estrangeiras da área médica, José Ricardo tem coordenado estudos relativos à vulnerabilidade ao HIV/Aids, principalmente entre crianças, adolescentes e mulheres.

“Não há fórmula mágica, sustentabilidade (política, econômica, tecnológica) depende da velha e boa sabedoria prática, da arte política de buscar, de forma consensuada, as formas possíveis de alcançar o impossível, a cada momento”, ensina nesta entrevista à *Radis*, feita por e-mail.

A partir dos dilemas éticos que gerou, a Aids forçou a sociedade a debater temas como gênero, homossexualidade, drogas, e a refletir sobre direitos humanos e cidadania. O que contribuiu mais para isso?

Penso que a Aids em si, por seus meios de transmissão, levou à necessidade mesmo de discutir de modo mais franco e aberto certos temas que tinham pouco espaço, especialmente na mídia, no grande público. Até porque isso se tornou uma questão de sobrevivência. Mas sem sombra de dúvida o que mais contribuiu para a politização dessa discussão foram os movimentos sociais já organizados, de mulheres, de homossexuais, dos negros e de defesa dos direitos humanos. Foram eles basicamente que não deixaram a discussão se tornar apenas técnica e, mais que isso, têm sido a maior defesa contra a transforma-

ção das associações entre Aids e estes temas em razões para discriminação e aumento de vulnerabilidade de certos grupos sociais já mais afetados.

Essa discussão já está bem desenvolvida no Brasil?

A discussão tem muito que caminhar. Nem tanto nos grandes centros urbanos, mas se pensarmos no Brasil como um todo, há ainda um debate insuficiente, tanto em quantidade como em qualidade.

Como interiorizar esse debate?

É preciso, em primeiro lugar, garantir muito positivamente que os contextos específicos de vulnerabilidade, as características culturais da comunicação em saúde e os horizontes éticos que orientam as interações sejam identificados, respeitados e assumidos como orientadores das intervenções. Para isso, a melhor estratégia é a capacitação de multiplicadores locais, o que exige uma política ativa nesse sentido por parte do Programa Nacional em parceria com as secretarias municipais de Saúde, ou consórcios regionais, para garantir recursos financeiros e suportes técnicos.

E o papel da mídia?

A grande mídia tem um papel nisso, mas ela segue uma lógica totalmente diferente da lógica do cuidado em saúde. Ela é orientada por mercado para a notícia, não pelo interesse da saúde pública. Então ela não deve ser desprezada, ao contrário, deve-se explorar seu potencial disseminador de informações e opiniões, mas, especialmente quando se está nos pequenos centros urbanos ou áreas rurais, a mídia precisa ser “monitorada” por observatórios, o que, com diferentes níveis de complexidade, as ONGs fazem bem. Porque é preciso explorar as boas qualidades da grande mídia e tentar trabalhar em nível local aspectos em que as mensagens veiculadas possam trazer prejuízos,



C.P.

como a disseminação de estigmas, a ininteligibilidade de algumas mensagens que podem criar mais confusão que esclarecimento, a estimulação de atitudes massificadoras, dogmáticas, contrárias ao pluralismo e às construções dialógicas de respostas à epidemia.

Que momentos foram marcantes no processo de transformação da percepção social sobre a Aids?

Acho que, no Brasil, a história recente, o movimento pela reforma sanitária, a construção do SUS, tudo isso fez com que a situação da epidemia fosse muito precocemente politizada e rendesse frutos políticos e técnicos muito interessantes. Veja como a noção de vulnerabilidade entrou depressa no Brasil, que se tornou pioneiro no uso do conceito e na adoção de práticas como redução de danos, intervenções estruturais (jurídicas, econômicas, culturais, ações intersetoriais), ações conjuntas entre governo e organizações não-governamentais. Eu teria dificuldade em estabelecer marcos precisos. Mas, evidentemente, quando um Herbert Daniel fala de “morte civil” como modo de encarar o maior dano da Aids isso tem enorme impacto — aqui

e no exterior. Quando as ONGs/Aids começam a participar ativamente da cena pública, muda o nível de percepção do problema. Quando se consegue pela via jurídica garantia de acesso a tratamentos anti-retrovirais, isso é outro marco. Mas a ação programática no Brasil também tem sido de enorme competência para captar recursos e promover uma resposta à epidemia nos marcos da universalidade, integralidade e equidade que orientam o SUS.

Quais os principais dilemas trazidos pela doença?

São muitos, claro. O eterno problema da saúde pública em achar a justa medida entre garantir o controle da doença em escala populacional e, ao mesmo tempo, evitar ao máximo intromissões prescritivas e normativas sobre aspectos das vidas privadas e das relações entre os indivíduos me parece bastante crítico. Outra coisa é a enorme e fundamental batalha contra a discriminação e o preconceito, que são mais fortes ainda do que as pessoas imaginam no senso comum. Ainda se expulsam crianças soropositivas de escolas; ainda se demitem ou não admitem ao trabalho pessoas portadoras do vírus; ainda se restringem muito os horizontes, as possibilidades de ser feliz das pessoas vivendo com HIV.



O programa brasileiro de combate à Aids é referência para os países em desenvolvimento, mas, do ponto de vista do usuário, o que está faltando?

Claro que há falhas, sem dúvida, mas, perto dos acertos, acho que elas se minimizam. Penso que talvez a maior dificuldade seja garantir linhas de suporte financeiro e técnico para ações preventivas sustentadas — e nesse aspecto acho que políticas voltadas para homossexuais tenham sido desde o início da epidemia uma área frágil. Pensar a sinergia entre vulnerabilidades é também um grande desafio. Garantir a homogeneidade da qualidade do cuidado em todas as regiões e cidades do país também tem sido difícil. Há muitos problemas ainda na garantia do acesso a medicações para as infecções oportunistas e intercorrências clínicas. Outra coisa em que temos que pensar, e o Programa Nacional já vem trabalhando esse tema há algum tempo, mas ainda é desafiante, é a sustentabilidade das ações de prevenção e tratamento.

E o que pode ser feito para superar essas dificuldades?

Na minha opinião o mais desafiante é garantir recursos materiais susten-

táveis, articulados a políticas sociais democraticamente construídas e legitimadas, e combater a discriminação e o preconceito. É urgente, me parece, não apenas para o controle da Aids, como para o progresso da saúde pública de modo geral, mas especialmente para a Aids nesse momento, que a referência dos direitos humanos dialogue intensamente com os conceitos e práticas de saúde pública, para identificarmos onde estão os excluídos, como estão sendo excluídos e os caminhos mais democráticos para superar a exclusão, não com políticas focais, compensatórias, de emergência, mas para achar meios legitimados e consensuados de construir sociedades mais justas e saudáveis.

Ainda se expulsam crianças soropositivas de escolas

Em que medida a sustentabilidade está ameaçada e, com ela, o avanço de um programa democrático quando quem detém os recursos procura impor condições dogmáticas? Qual é realmente a dimensão dessa questão?

Sem dúvida a democracia tecnológica depende da democracia política e esta da democracia econômica. É especialmente relevante o desenvolvimento de uma sabedoria prática para equilibrar as sempre tensas relações entre estes três componentes em nossas democracias. A questão dos anti-retrovirais e a eterna discussão da quebra da patente é exemplar nisso. Não podemos deixar que a perspectiva política (da necessidade de tratar os doentes) obstaculize o diálogo com o setor produtivo farmacêutico, mas não podemos deixar que a lógica econômica da produção nos impeça de salvar vidas. A firme mas democrática negociação que o governo tem feito tem sido exemplar de uma trabalhosa, mas bem-sucedida política nesse sentido.

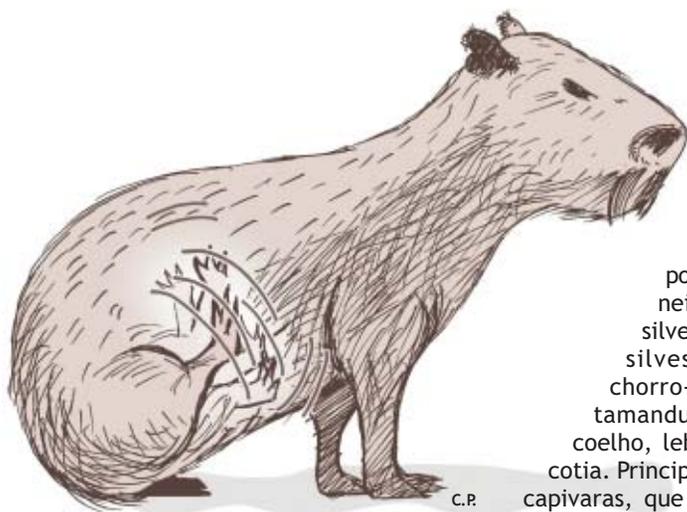
Penso que a sustentabilidade é crítica em todo o setor saúde — tão mais crítica quanto mais se adensa a tecnologia material produzida para a atenção à saúde e a necessidade de acesso democrático a essa tecnologia (lembre-se da tríade democrática a que me referi acima — tecnologia/política/econômica). E isso não é só no Brasil, está ocorrendo mesmo na maior potência mundial.

Não é à toa que se fala em *managed care*, ou na ampla aceitação que têm tido as propostas de modelos de atenção e políticas de saúde com ênfase na prevenção e na promoção da saúde. E penso que é isso mesmo que deva ser feito. Por um lado, revalorizar e sofisticar conceitual e tecnicamente as ações de prevenção e promoção da saúde — mas sem a distorção muito danosa de achar que essa valorização é versus atenção médica, psicológica, de enfermagem etc. Não, a própria experiência da Aids no Brasil demonstra claramente que o bom cuidado potencializa a prevenção e vice-versa. E, de outro lado, no curto prazo, ampliar, articular e flexibilizar parcerias, internas e externas, entre órgãos estatais e não-estatais, locais e internacionais.

E em casos como o da Usaid?

Achei extremamente positiva a postura do governo brasileiro de recusar o recurso da Usaid quando a condição para o uso do dinheiro era excluir, por razões puramente estigmatizantes e discriminatórias, alguns segmentos populacionais, como as profissionais do sexo. Se a Usaid só nos dá dinheiro se adotarmos práticas preventivas estigmatizantes e equivocadas, inclusive do ponto de vista epidemiológico, então quem sabe a Comunidade Européia pode possibilitar outro acordo mais interessante. Se trabalho num programa municipal em que a saúde tem recursos insuficientes para ações de promoção, quem sabe se juntando com a educação e o bem-estar social dá para fazer coisas produtivas para todos com menor custo. Se há recursos no município para fazer ações educativas, mas não tenho técnicos para isso, será que não há uma ONG parceira na região? E por aí vai. Não há fórmula mágica, sustentabilidade (política, econômica, tecnológica) depende da velha e boa sabedoria prática, da arte política de buscar junto, de forma consensuada, as formas possíveis de alcançar o impossível, a cada momento. 

FEBRE MACULOSA

A estranha
doença do
carrapato

Marinilda Carvalho

“A revolta dos bichos” foi o sugestivo título de um gráfico publicado no jornal carioca *Extra* em 6 de novembro. Tratava de bactérias e vírus que, hospedados em bípedes e quadrúpedes, em gastrópodes e artrópodes, andam freqüentando as manchetes e contribuindo para aumentar o estresse de nossa já ansiosa sociedade. A gripe do frango (ver página 26) está do outro lado do oceano; na febre aftosa, que atinge rebanhos sul-mato-grossenses, o grande prejuízo é econômico, já que não afeta o bife nosso de cada dia; um escorpião andou picando atriz da Globo; e o combate ao *Aedes aegypti*, mosquito transmissor da dengue, está no auge neste verão.

Mas a perigosa leishmaniose (*Radis* nº 35), transmitida ao homem pelo mosquito palha (*Lutzomia longipalpis*) infectado por parasitas do gênero *Leishmania*, já provocou até setembro deste ano 39 mortes somente na Bahia, que registrou 268 novos casos. Por sua vez, a quase desconhecida febre maculosa, transmitida ao homem pelo carrapato-estrela (*Amblyomma cajennense*), assustou o Estado do Rio, com registro de seis casos e dois óbitos.

A febre maculosa é uma grave infecção causada por riquetsia (*Rickettsia rickettsii*), bactéria intracelular obrigatória (ou seja, não sobrevive fora das células). Aloja-se no tubo intestinal de artrópodes como carrapatos, piolhos e pulgas, podendo infectar cavalos, vacas, cães, galinhas, perus,

porcos, cabras, carneiros, todas as aves silvestres e os animais silvestres, como cachorro-do-mato, quati, tamanduá, gambá, rato, coelho, lebre, paca, tatu e cotia. Principalmente as doces capivaras, que são muito infestadas. Nos humanos os sintomas são pequenas manchas vermelhas na pele, principalmente punhos, palmas das mãos, tornozelos e solas dos pés, seguidas de calafrios, febre alta, dores musculares. O diagnóstico, que se confunde com o de várias outras doenças, só pode ser confirmado em teste sorológico.

TRATAMENTO SIMPLES

Diagnosticada logo de início, tem tratamento simples, com antibióticos à base de cloranfenicol ou tetraciclina. Do contrário, evolui para infecção generalizada, podendo matar em semanas. As vítimas fatais no Rio foram o jornalista Roberto Moura e o diretor de Vigilância Sanitária da Prefeitura do Rio, Fernando Villas Boas Filho. As autoridades de saúde descobriram que todos os infectados estiveram hospedados na mesma pousada campestre em Itaipava, distrito de Petrópolis, na Região Serrana do estado. Outros hóspedes picados por carrapato foram tratados a tempo.

Há várias riquetsioses, como alguns tipos de tifo, o mal de Lyme, a febre das Montanhas Rochosas ou a Mediterrânea. No Brasil, a mais comum é justamente a febre maculosa, transmitida pelo *Amblyomma cajennense*. O nome *Rickettsia rickettsii* vem do primeiro patologista a identificar a bactéria, o americano Howard Taylor Ricketts (1871-1910), que morreu de tifo após contaminação em seu próprio laboratório, na Cidade do México, onde se radicara.

Embora quase exótica para as populações urbanas, a febre maculosa é conhecida no interior. Desde 1995, quando começou a ser notificada, há

surtos periódicos em São Paulo (139 casos), Minas Gerais (136), no próprio Estado do Rio (55), no Espírito Santo (30) e em Santa Catarina (26). Segundo a epidemiologista Elba Lemos, coordenadora do Laboratório de Hantavírus e Rickettsioses do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), não se pode falar em epidemia, porque a doença não tem efeito quantitativo amplo, como dengue ou meningite, que afeta milhares de pessoas. “É qualitativo, já que é fatal na ausência do tratamento adequado”.

À ESPERA DO HOSPEDEIRO

De todo modo, em novembro havia 305 casos suspeitos em Piracicaba (SP), com 16 confirmados e oito óbitos. Na cidade, onde o número de focos de infestação de carrapatos evoluiu de seis para 30 em 10 anos, fica a Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz (Esalq-USP), em cujo campus há 500 capivaras vivendo livremente.

Uma fêmea de carrapato-estrela infectada e fecundada põe no solo de 5 mil a 7 mil ovos infectados, que em estágio posterior (o de micuim) sobem nas folhas de grama, arbustos e até em árvores. “Ali ficam aguardando seu hospedeiro pacientemente”, diz documento de esclarecimento endereçado à população, assinado por especialistas da escola.

O homem infectado leva de dois a 14 dias (em média, sete) para apresentar os primeiros sintomas. Mas a doença não se transmite diretamente de uma pessoa para outra, a não ser na transfusão de sangue. Além de usar corretamente carrapaticidas nos animais próximos, as medidas profiláticas recomendadas são: evitar caminhar em áreas infestadas por carrapatos no meio rural e silvestre, principalmente nas margens de rios e córregos freqüentados por capivaras e ou em pastos; ao caminhar, usar calças compridas claras e botas, fixando a barra das calças com fita adesiva, por fora das botas; se for picado, retirar o carrapato com pinça: não esmagar com as unhas, pois pode haver liberação de bactérias. 



Em Salvador, conhecimento para a saúde dos povos

Katia Machado

A América Latina e o Brasil receberam pela primeira vez o Congresso Mundial de Informação em Saúde e Bibliotecas, em sua nona edição, entre os dias 20 e 23 de setembro. A cidade escolhida, Salvador, agradou pelo clima de sol e suave brisa, mas, principalmente, pelo patrimônio histórico-cultural. A primeira capital brasileira, de tradições religiosas que vão do catolicismo ao candomblé, abriga 365 igrejas (dizem os baianos que é uma

para cada dia do ano), o maior conjunto arquitetônico barroco do mundo, no bairro do Pelourinho, além de belíssimas praias e fortes.

Tamanha riqueza cultural pôde ser desfrutada pelos 1.236 participantes, provenientes de 73 países, e uma maioria – 55% – de brasileiros. Conhecido pela sigla ICML 9, o congresso focalizou o tema Compromisso com a Equidade, proporcionando importante debate sobre a apropriação da informação e do conhecimento como condição essencial para a melhora da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades.

Promovido no Centro de Convenções da Bahia, o evento dividiu-se, após a conferência-magna de abertura, em seis painéis de debate, 236 apresentações de trabalhos científicos distribuídas em pequenas salas e 492 trabalhos em formato de pôster. Completou o evento uma visita histórica à biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), de cujo acervo constam documentos datados de 1808, quando da chegada de D. João VI ao Brasil. A instituição, hoje em restauração graças à cooperação entre os ministérios da Saúde e da Cultura, reúne publicações do século 19 e dos primeiros anos do século 20. Os visitantes ficaram sabendo que num Carnaval há 100 anos — 2 de março de 1905 — um incêndio consumiu parte do prédio da escola e queimou 22 mil volumes dos quase 100 mil lá guardados.

REVOLUÇÃO DIGITAL

Em contraste com esse ambiente histórico, a professora da PUC/SP **Lúcia Santaella**, doutora em Comunicação e Semiótica, abriu os trabalhos do evento na conferência magna ressaltando o fenômeno surgido no último quarto do século 20, a revolução digital. Em palestra didática, ela destacou a importância do acesso à informação na área da saúde e alertou para os perigos da exclusão digital. “Estamos conscientes de que a saúde depende da prevenção, mas prevenção não se faz sem informação”, disse.

Com o desenvolvimento acelerado das tecnologias da informática, as sociedades se viram obrigadas a desenvolver formas surpreendentes de armazenar e recuperar informações, tornando-as disponíveis em diferentes formas para quaisquer lugares. “O mundo está se tornando uma gigantesca rede de troca de informações, na qual se produz cada vez mais informação, surgem mais empregos cuja tarefa é informar e mais pessoas dependem da informação para viver”, afirmou. Por isso mesmo, a saúde não pode estar de fora desse contexto.

Mas a informação por si só, segundo a professora, não é o único ponto a ser exaltado nesse novo contexto, nem é ela apenas que caracteriza a nova era digital que a sociedade vivencia. O que é posto em xeque é o acesso à informação. “Mais do que informação, a era digital tem a ver com o acesso à sociedade informacional”, ressaltou. Em sua opinião, o momento mais marcante dessa era foi quando

os computadores, antes fechados em bancos de dados com acesso limitado, se uniram às redes de telecomunicações, permitindo ao usuário criar, distribuir, receber e consumir o que quer que seja numa só máquina. “Cérebros humanos, computadores e redes interligadas convivem num ciberespaço mundial de intercâmbio de informação”.

MUDANÇA NA LINGUAGEM

A revolução digital mudou também a linguagem da comunicação, marcada, segundo Lúcia Santaella, pela linguagem da hipermídia. Ou seja, em vez da linearidade da linguagem impressa, o hipertexto nas páginas eletrônicas da internet está organizado em unidades ou módulos, consistindo em partes ou fragmentos de texto. Com a digitalização, explicou, “a organização dos fluxos de informação, antes reticular, se transformou em arquiteturas hipertextuais na internet, permitindo armazenar e transmutar em incontáveis versões virtuais inúmeras informações”. Isso quer dizer que o receptor da mensagem se coloca em posição de co-autor da informação e passa a integrar uma rede interativa.

Isso só é possível porque a era digital ou, resumidamente, a internet não está estruturada seqüencialmente. Nela, milhões de usuários fazem vários saltos através de milhares de documentos

todos os dias, atravessando arquiteturas líquidas e com arestas fluidas, disse a especialista. “Não é de se estranhar que as conexões na hipermídia sejam comparadas a fitas de DNA, sendo cada uma não apenas uma composição de ácidos nucléicos, mas uma fórmula, um sistema de comando para a organização de proteínas com padrões pré-configurados”, comparou.

A linguagem digital permite que se transportem textos de todos os tipos, gráficos, sons e imagens num só ambiente, processando-os computacionalmente e devolvendo-os em sua forma original, ou seja, o som como som, a escrita como escrita, a imagem como imagem. “Criam-se assim sintaxes híbridas e miscigenadas”.

A era digital muda, portanto, a relação do sujeito com a informação, o que resulta na cultura do ciberespaço — o da velocidade e da interação. Hoje chamado de usuário, sua relação que era única e descritiva com o televisor passa a ser interativa e bidirecional com os computadores li-

gados em rede. As telas dessas máquinas estabelecem uma interface que dá eletricidade biológica e tecnológica entre utilizador e redes, conforme a professora. Quando ligado às redes digitais, o computador permite que as pessoas construam juntos mundos virtuais e desenvolvam projetos, amizades e cooperação.

Por tudo isso, a grande marca que identifica os usuários do ciberespaço é a interatividade, que coloca em questão os conceitos centrais dos processos comunicativos de emissor e receptor. Dessa forma, os textos no ciberespaço não estão nem no ponto de emissão nem no do receptor. Na verdade, como lembrou Lúcia, estão no espaço de conexão do *infonauta* com seus interlocutores, onde não há lugar para emissores ou receptores. “É apenas trânsito informacional: nesses ambientes, todos se tornam negociadores de um fluxo de informações que surgem e desaparecem em função do acesso e das comunicações”.

Outro traço de identificação deste usuário é a velocidade com que precisa acompanhar o fluxo de informações. Pelo computador, ele é capaz de realizar simultaneamente um grande número de operações, observar, absorver, entender, reconhecer, buscar, escolher, elaborar e agir simultaneamente. “O sujeito da era digital se transforma em sujeito modificado, disseminado e descentralizado, desenvolve novos modos de olhar e aprende com mais velocidade”, disse. “É um indivíduo em processo contínuo de formação”. Em sua opinião, é pela interatividade e pela velocidade que se formam as comunidades virtuais, espaços importantíssimos para a saúde pública. “A revolução digital não vai resolver os problemas do mundo, pois eles são insolúveis. Basta ler Freud [1856-1939] para perceber isso”, brincou. “Mas realmente existe um universo imenso a ser explorado, que pode contribuir para encontramos as soluções”.

INFORMAÇÃO PARA TODOS

A palestra de Lúcia Santaella evidenciou a carga de poder do cidadão conectado — de se informar, de trocar e interagir. Do lado oposto, a trágica exclusão. Como conseguir informação para todos? Essa foi uma das perguntas que marcaram o ICML 9. Para o filólogo Adama Samassékou, presidente da Academia Africana de Línguas, a solução está na diversidade lingüística, que deveria estar presente na internet como forma de garan-





Na Faculdade de Medicina, a primeira do país, a biblioteca guarda documentos da chegada de D. João VI em 1808

tir não apenas o acesso como também a produção de informação científica descentralizada. “O maior desafio é disponibilizar a informação em vários idiomas”, disse o organizador da Cúpula Mundial sobre a Sociedade da Informação, que se reuniu pela primeira vez em 2003 e novamente em novembro passado. “O conhecimento só será acessível se utilizarmos métodos educativos, ouvindo os vários atores sociais em seu próprio idioma”.

Na opinião do pesquisador Paulo Gadelha, vice-presidente de Desenvolvimento Institucional e Gestão do Trabalho da Fiocruz, um dos problemas que impedem o acesso à informação é o que chamou de “utopia da globalização”. Na verdade, segundo ele, o que existe é uma hipercentralização das produções científicas e uma restrita difusão da ciência. “Até pouco tempo atrás, das revistas científicas existentes, 40% eram americanas e 40% européias. Já das patentes, 90% eram americanas, japonesas e alemãs”, informou Gadelha, que preside a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Para o painelista Jon Elliot Rhode, consultor em saúde internacional e ex-diretor do Projeto de Equidade na África do Sul, algumas

ações simples de coleta e organização de informações poderiam contribuir significativamente para a melhoria da saúde de uma população. Ele citou o exemplo da construção do sistema de informação em saúde da África do Sul. Com a definição de um conjunto mínimo de indicadores e instrumentos simplificados para o acompanhamento dos pacientes pelas enfermeiras em clínicas e postos de saúde, foi possível resolver problemas de saúde como hipertensão ou tuberculose.

Segundo Rhode, se se pretende ser equitativo, o planejamento do sistema de informação de saúde deve seguir alguns princípios: começar pequeno, limitando o número de dados a serem recolhidos; utilizar formulário simples para registro, de preferência de uma página, que possa ser feito manualmente – para facilitar o trabalho dos enfermeiros, na maioria das vezes os responsáveis pela coleta dos dados; identificar as prioridades dos usuários do sistema de saúde; buscar entender os enfermeiros e as dificuldades de seu trabalho; e estimular a participação das comunidades. “Devemos garantir que o usuário identifique as prioridades de ação, não permitindo que rotinas e procedimentos sejam ditados de cima para baixo”, recomendou.

Rhode disse acreditar num sistema simples, que não sobrecarregue o trabalhador e considere as reais necessidades de saúde, e não os relatórios, como o usualmente proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que pede interpretação de 150 indicadores de saúde, mas deixa de fora os problemas locais.

ERROS CIENTÍFICOS

Se um dos empecilhos para a equidade em saúde é que a informação não chega a todos, o que dizer da informação científica que chega de forma errada? Esperado ansiosamente por muitos congressistas, o editor Iain Chalmers, da James Lind Library, editora do Reino Unido, citou pesquisa em que se comprova que muitos artigos científicos em publicações especializadas estão ignorando estudos já realizados e divulgando informações incorretas que podem não só levar a equívocos prejudiciais à saúde humana, como ao desperdício de dinheiro público e, o pior, da vida de cobaias. Além disso, omitem a bibliografia preexistente e nem chegam a novas evidências ou resultados.

Em sua palestra, intitulada “O escandaloso erro dos cientistas”, Chalmers citou livro publicado nos anos 60 sobre a saúde dos bebês que

vendeu milhares de exemplares ao longo de décadas: o autor afirmava que dormir de bruços era a posição mais saudável para as crianças. No entanto, nos anos 90, e depois da morte de numerosas crianças, a comunidade científica constatou que a posição causava morte súbita. É que estudo publicado poucos anos após a edição do livro tinha sido simplesmente desconsiderado. "Foram anos de repetição de uma única e errônea informação, que poderia estar revisada desde 1970, evitando milhões de mortes", afirmou.

Para César Victora, professor de Epidemiologia do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Pelotas (RS), que falou sobre as desigualdades nas informações em saúde, também prejudica as populações o não-acesso a ações simples de saúde, o que aumenta o índice de mortalidade infantil nos países pobres e em desenvolvimento.

Victora apresentou mais uma vez os alarmantes números da mortalidade de crianças abaixo de 5 anos no mundo: 10,7 milhões, todos os anos, por causas neonatais, diarreia, malária e pneumonia, sendo a desnutrição fator subjacente em 52% delas. Desse total, 90% das mortes estão concentrados em 42 dos 192 países do mundo, entre eles o Brasil. Apenas seis países detêm metade das mortes: Índia, China, Nigéria, Paquistão, Etiópia e Bangladesh.

Comparado a outras causas de morte, esses números parecem ainda mais assustadores. Aids, 3 milhões; tuberculose, 1,6 milhão; malária, 1,5 milhão. "E o pior é que a maioria dos casos se concentra na África Subsaariana e no subcontinente indiano, onde estão Índia, Bangladesh, Paquistão e Afeganistão, ou seja, países que enfrentam problemas sociais e econômicos graves", alertou.

Os quase 11 milhões de mortes de crianças, segundo o professor, poderiam ser reduzidos em cerca de 6 milhões (63%) com intervenções simples e de baixo custo. "A prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança, continuando até os dois anos, conforme preconiza a OMS, poderia reduzir em 13% a mortalidade infantil, evitando a desnutrição", exemplificou. A hidratação oral pelo soro caseiro, combinação simples de sal, açúcar e água, evitaria cerca de

15% das mortes, controlando a diarreia. Antibióticos para tratamento da tuberculose evitariam 17% das mortes. Mosquiteiros impregnados de inseticida, por 3 dólares a unidade, evitariam 7% das mortes por malária.

Ao contrário disso, no mundo apenas 39% das mães amamentam de maneira adequada. Das crianças com diarreia, somente 20% recebem hidratação oral e nada além de 22% dormem sob a proteção de mosquiteiros. A questão não é gerar novas intervenções e tecnologias, mas aplicar o que já existe, defendeu. E assim cresce o abismo entre países pobres e ricos: "Se em 1990, na África Subsaariana, a morte de crianças abaixo de 5 anos era 20 vezes maior do que nos países ricos, hoje é 30 vezes maior. Nos países em desenvolvimento como o Brasil, a diferença é de 14 vezes mais".

O pesquisador também critica as pesquisas científicas voltadas exclusivamente para doenças da moda ou do Primeiro Mundo, deixando de lado as doenças simples que atingem os países pobres. "É preciso que haja equidade na produção da informação, e não apenas no acesso, garantindo que pesquisas como essa, sobre as causas da mortalidade infantil, sejam divulgadas e aplicadas", conclamou.

Ao dividir o debate com Victora, o professor de Literatura Comparada Jean Claude Guedon, da Universidade de Montreal, no Canadá, falou sobre o importante desafio da valorização de pesquisadores e pesquisas que retratem os problemas das comunidades locais, em vez de celebrar a produção científica dos países ricos — que comparou a estrelas de Hollywood. "São maravilhosas e de excelência, mas inacessíveis".

SAÚDE PELA INTERNET?

Sob o título de "E-health [saúde eletrônica] e e-patient [paciente eletrônico]: uma nova cultura de saúde", especialistas falaram sobre as tecnologias que permitem que a informação de saúde de cada pessoa esteja disponível na internet. Esse novo conceito de organização de informações por mecanismos virtuais foi o centro da palestra do consultor da OMS Salah Mandil. Para ele, os computadores que eram tidos como meras máquinas de calcular e processar dados clínicos e

epidemiológicos, transformaram-se em sofisticados instrumentos, agregando as chamadas novas tecnologias da informação e da comunicação a todos os aspectos da área de saúde. "Tudo começou com o EDP (sigla em inglês de "processamento eletrônico de dados") em saúde, passou à informática na medicina, depois telemédica, até chegar à e-health", disse. Esse novo campo, cujo nome foi adaptado das práticas comerciais eletrônicas, designa o emprego de novas tecnologias na área de saúde.

De acordo com a advogada Petra Wilson, vice-diretora da European Health Management Association (rede europeia de organizações de saúde), o termo e-health caracteriza o desenvolvimento tecnológico na área da saúde e promete maior acesso ao cuidado, qualidade do cuidado, eficiência e produtividade. "E-health é uma maneira de pensar, é uma atitude diante da rede de informação em saúde", resumiu.

Petra, que é especializada em Direito em Saúde Pública pela Universidade de Oxford, iniciou sua fala contando a história de Sophia que, encontrando um caroço na mama, entra num site da internet em busca de informações. É consultada por um médico que pede exames e marca uma consulta física. Um câncer de mama é confirmado. No espaço virtual, Sophia recebe textos informativos, apoio e todas as informações da consulta em seu computador. Seu tratamento é acompanhado por médicos e por uma comunidade online que já passou por situação semelhante.

Polêmica para alguns, o exemplo, segundo ela, teve o objetivo de provocar a plateia, sobretudo gestores públicos, para que criem sistemas interligados de dados em saúde. Segundo a consultora, é possível, como aconteceu com Sophia, conseguir informações confiáveis, realizar o autocuidado, ter diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico online. Basta para isso, como afirmou, investimento e vontade política. "Se eu posso usar meu cartão da Bélgica para retirar dinheiro no Brasil, poderia ter acesso aos meus dados médicos com um cartão de saúde", afirmou. "A tecnologia para isso já está à disposição". Para Petra, como falta dinheiro, a pessoa mais atuante na promoção do e-health freqüentemente é o ministro da Fazenda, e não o da Saúde.

De acordo com a especialista, somente na Europa são investidos 700



bilhões de euros em cuidados de saúde e 673 bilhões em novas tecnologias. No entanto, apenas 2% deste total são destinados à *e-health*. Petra acredita também na necessidade de uma estrutura reguladora que permita a segurança da informação e registros que não possam ser alterados por qualquer pessoa. Isso porque, comparou, “se o sistema bancário errar meus dados posso até perder dinheiro, mas se errar na minha taxa de glicemia e eu for diabética posso perder a vida”.

O desafio, portanto, seria oferecer as informações de saúde com segurança e em caráter privado, pois, como observou Petra, “se é importante que meus dados estejam na rede para serem compartilhados e analisados por especialistas, também é possível que eu não queira que minha família, meu patrão ou meu seguro de saúde saiba que posso estar com câncer”.

Outro desafio, segundo Fernando Lolas, diretor do Programa Regional de Bioética da Opas/OMS no Chile, é aplicar valores éticos quando se fala de *e-health*. “Não podemos causar falsas expectativas nas pessoas, já que as novas tecnologias deverão servir às pessoas em geral, e não a quem a pensa e produz”, alertou. Ele lembrou que nem sempre a tecnologia lançada será capaz de resolver todos os problemas, e isso deverá ficar claro, pois os indivíduos têm várias e diferentes expectativas. A tecnologia será boa se é eticamente sustentável, se as pessoas a aceitam, se a vão utilizar de fato e se ela vai ser durável. “Ou seja, uma nova tecnologia deverá ser lançada com base em três fatores: se o usuário pode pagar, se é seguro e se é eficiente”. Para ele, o primeiro passo é o diálogo entre quem pensa e faz e quem vai usar a nova tecnologia.



FUTURO DAS BIBLIOTECAS

Se tudo está disponível na internet, qual o futuro das bibliotecas? Ao abrir o debate sobre bibliotecas de saúde, Mary Joan Tooley, presidente da Medical Library Association (Associação de Bibliotecas Médicas), dos Estados Unidos, levantou importante questão: “Biblioteca é um conceito físico ou filosófico?”. Sendo físico, disse ela, a internet realmente deflagraria o fim dos bibliotecários da área de saúde. Mas, sendo filosófico — e graças ao advento das novas tecnologias —, a função de bibliotecário será devidamente preservada.

Mary defendeu a necessidade de revisão da profissão, que deverá acei-



tar o desafio dos novos métodos de trabalho, das ferramentas e instrumentos digitais. “A sobrevivência do bibliotecário depende de ele se tornar mais ágil, flexível, criativo e, principalmente, reconhecer o valor agregado da informação e da instituição, de forma a ajudar os usuários a acessar informação de qualidade”. Afinal, já são 95 milhões de adultos que usam a internet no mundo. Desse total, 80% buscam informações sobre saúde, 66% pesquisam problemas médicos ou casos específicos e 51% procuram ter saúde, informou.

Segundo Pedro Urra, diretor do Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas e Infomed, de Cuba, os bibliotecários já estão se adaptando aos novos tempos. A função se mantém quando consegue articular os fluxos locais com os fluxos globais de informação já que, disse ele, “ter acesso às informações globais não é suficiente para melhorar a saúde da população”. Em seu país, os bibliotecários, conhecidos como agentes de informação, estão ligados às equipes de saúde da família, os chamados *poli-clínicos*, atuando como técnicos de informação e conhecimento, articulando informações locais e globais com as comunidades.

Para o painelistas Najeeb al-Shorbaji, coordenador do Health Information Support (Suporte de Informação em Saúde) do Escritório Regional do Leste Mediterrâneo da OMS, o estado das bibliotecas reflete o estado do país, e há enorme disparidade entre países e cidades. Mas, segundo ele, a

biblioteca mantém papel relevante porque cuidar de saúde é um serviço baseado em informação.

Anjana Chattopadhyay, diretora da Biblioteca Médica Nacional da Índia, disse acreditar que a questão vai além da apropriação das novas tecnologias pelo bibliotecário: há que pensar sobretudo no acesso a publicações e bibliotecas virtuais, ainda limitado principalmente nos países pobres. Além da escassez de recursos, da dificuldade de acesso à energia elétrica e da falta de pessoal qualificado, esses países precisam associar as perspectivas globais de saúde às locais. Para melhorar a qualidade de saúde da população, é importante ter acesso a informações que realmente reflitam as realidades locais. E resumiu: “Difícilmente alguém encontrará em publicações médico-científicas o índice de mortalidade infantil da Índia”.

LINKS ÚTEIS

- ♦ Hen (Health Evidence Network), base de dados que fornece respostas sobre gestão pública de saúde na Europa — www.euro.who.int/hen
- ♦ Biblioteca Cochrane, coleção de fontes de informação atualizada em medicina baseada em evidências, disponível na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) — <http://cochrane.bireme.br>
- ♦ Google Scholar, pesquisas e artigos acadêmicos — <http://scholar.google.com>
- ♦ Biblioteca Virtual em Saúde — www.bireme.br
- ♦ Rede de Bibliotecas da Fiocruz — <http://rede.cict.fiocruz.br>

INFLUENZA AVIÁRIA

Nada de pânico!

No início de novembro, um galo morreu na cidade de Marília, interior de São Paulo. Apavorado, o dono do galinheiro correu à Secretaria Municipal de Saúde para contar a “terrível” notícia, que em poucas horas estava na internet e logo chegava à TV. Pronto, o primeiro caso no continente americano da gripe do frango ou aviária — chamemos de influenza aviária — era registrado no interior paulista! Ninguém mais comprou frango, e os ovos mofaram nos armazéns da região.

O alarme não se justificava minimamente. “Todo dia vai ter notícia de galinha morta”, brincou o médico-epidemiologista Fernando Barros, coordenador de Vigilância de Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Em 4 de novembro, véspera de seu embarque para Assunção, no Paraguai, onde participaria de reunião técnica da Opas/OMS, ele esclareceu pacientemente à *Radis* por que não há motivo para pânico no Brasil.

“Há motivo, sim, para preocupação, mas das autoridades de saúde”, disse. Tem-se um cenário mundial que evidencia a possibilidade de uma nova cepa (tipo de microorganismo), a H5N1, com potencial de disseminação muito grande no Sudeste Asiático nos dois últimos anos. “Mas a transmissão a humanos ainda é evento raro”.

Nem toda influenza aviária é grave: são muitas cepas, de baixa e alta patogenicidade. Na Região Norte, por exemplo, é evento comum a influenza conhecida como “gogo”, que não contamina humanos. A H5N1 é de alta patogenicidade: matou 120 pessoas na Ásia — mesmo assim em dois anos. Para causar uma pandemia é preciso que haja eficiência de transmissão, acrescentou Fernando. “No caso do Sudeste Asiático, foram situações de alta exposição das vítimas em áreas rurais, de convívio intenso com aves doentes”. Nesse período, governos de seis países asiáticos (Tailândia, Indonésia, Camboja, Vietnã, China, Japão) foram obrigados a abater mais de 150 milhões de aves.

A cepa chegou à Europa Central levada pelas aves migratórias, mas nenhum caso humano havia sido registrado no continente até meados de novembro. A OMS está fornecendo a cepa-mãe da H5N1 a todos os países para que pesquisem uma possível vacina. Mas nem adianta produzir vacina agora, segundo Fernando, porque o vírus não sofreu mutação suficiente que permita transmissão ampla entre humanos. A OMS mantém rede de vigilância para monitorar cepas no mundo inteiro e detectar qualquer mutação.

A mídia tem se comportado bem na cobertura da influenza aviária, atestou o epidemiologista. Tem buscado informações corretas, está cuidadosa. Para Fernando, deveria apenas explicar melhor que

influenza aviária é uma coisa, e pandemia de influenza é outra. Mas, de modo geral, não tem estimulado o pânico, especialmente a TV, com maior impacto sobre o público. Por sinal, o Banco Mundial acendeu pequeno pavio sensacionalista em 7/11 ao divulgar sua estimativa (US\$ 800 bilhões, 2% do PIB do planeta!) de prejuízos no caso de uma pandemia global. Foi manchete de vários telejornais brasileiros. Antes, em outubro, já se registrara um exagero. Quando um grupo de aves morreu num arrozal do Suriname, parte da imprensa acusou o governo de não estar monitorando a fronteira com o Amapá. “É pegar uma coisa simples e dar outra dimensão”, entendeu Fernando. As autoridades de saúde estavam, sim, investigando o evento. “Acredita-se que a morte das aves foi por agrotóxico”.

“ABSOLUTAMENTE CONTRA-INDICADO”

O Ministério da Saúde vem monitorando as aves migratórias desde agosto de 2004, para rastrear o vírus da Febre do Oeste do Nilo (*Radis* nº 24), que matou mais de 500 pessoas nos Estados Unidos, chegando ao México e ao Caribe. “Aproveitamos e associamos a isso a análise de fezes das aves, para verificar a presença de cepas de influenza”, disse.

Os países devem, obrigatoriamente, planejar-se para bloquear as possibilidades de transmissão, ressaltou o coordenador. O Brasil vem se preparando desde 2003, quando constituiu um comitê técnico, “para não ser apanhado de surpresa se surgir uma cepa com as características de transmissão a humanos”. Um grupo executivo, composto por cinco ministérios (Saúde, Agricultura, Planejamento, Fazenda, Relações Exteriores, Justiça e Integração Nacional), mais Casa Civil e SGI, trata exclusivamente deste tema.

Embora anunciasse em fins de outubro que reservaria R\$ 1 bilhão para os preparativos contra a possível pandemia, em novembro o Ministério da Saúde disse ter alertado a equipe econômica de que não

Alerta da influenza na OMS

CLASSIFICAÇÃO	RISCO	FASE
Período interpandêmico (Novo vírus em animais sem casos humanos)	Baixo risco de possível contaminação humana	1
	Alto risco de possível contaminação humana	2
Alerta pandêmico (Novo vírus com casos humanos)	Transmissão inter-humana inexistente ou muito rara	3
	Transmissão inter-humana limitada e localizada	4
	Transmissão inter-humana freqüente, porém ainda localizada	5
Período pandêmico	Transmissão inter-humana intensa e continuada na população em geral	6

Fonte: OMS

SITUAÇÃO ATUAL

poderia bancar sozinho a quantia. Mesmo assim o Brasil está melhorando a qualidade da vigilância, expandindo as unidades-sentinelas (hospitais e postos de saúde) a todas as capitais. O Sistema de Vigilância da Influenza no Brasil está em 20 estados e no Distrito Federal, contando com uma rede de 66 unidades-sentinelas. Essa rede atendeu em torno de 210 mil casos de síndrome gripal em 2004, e coletou 2.269 amostras para identificação de vírus. Nesses postos, as equipes colhem secreções de pessoas gripadas para identificar a cepa.

Também está preparando o Instituto Butantan, em São Paulo, para a pesquisa da vacina, e já encomendou ao laboratório suíço Roche, numa compra de R\$ 193 milhões, 9 milhões de kits com o antiviral oseltamivir — o famoso Tamiflu. Nos primeiros nove meses de 2005, as encomendas, de 40 países, cresceram 263% em relação ao mesmo período de 2004, rendendo US\$ 660 milhões aos cofres da empresa. O remédio sumiu das farmácias mundo afora.

A OMS tem reunido autoridades de vários países para discutir a crise, e incluiu na pauta o debate sobre o monopólio de fabricação do Tamiflu pela Roche. Em outubro o laboratório já admitia ceder licenças de produção (a Índia começou imediatamente a produzi-lo). Nos EUA, o senador democrata Charles Schumer, de Nova York, deu um mês, a partir de outubro, para que a Roche abrisse a licença, ou pediria quebra da patente.

O problema é que o Tamiflu não foi testado ainda com a cepa Influenza A H5N1. Desenvolvido para combater vários tipos de gripe, teve índice de 99% de sucesso contra os vírus mais comuns, em testes com animais e humanos. Não foi testado, contudo, com humanos contaminados pelo H5N1 em larga escala (até porque não houve, até agora, contaminação em larga escala que permitisse tais testes).

Mas e o povo, deve estocar Tamiflu? “Em hipótese alguma”, reagiu Fernando. O Tamiflu deve ser usado em duas circunstâncias concretas: no tratamento de casos — “não temos caso algum” — e na profilaxia, em situações específicas — “que não se verificam no país”. O antiviral bloqueia a transmissão, mas não é “a grande salvação”.

Para ele, é “absolutamente contra-indicado” tomar o remédio. E por quê? “Porque induz o organismo

à resistência a uma das poucas armas que temos contra a doença”.

O QUE É A INFLUENZA

Influenza (do italiano *influenza di freddo*, por ser provocada pelo frio do inverno), ou gripe é uma doença infecciosa aguda do sistema respiratório, que pode ser provocada por um dos três tipos do vírus influenza, A, B ou C. Afeta humanos e animais como aves, cavalos e porcos — estes providenciavam a “humanização” da cepa, pois podem desenvolver tanto o tipo humano quanto o aviário.

O vírus da influenza A, devido às pequenas mutações periódicas na estrutura do genoma, tem capacidade de gerar novas cepas que vão produzir novos casos da doença na população. Este fenômeno é o que explica a ocorrência de surtos ou epidemias, em especial entre idosos. Em 2005, o Brasil atingiu um dos maiores índices mundiais de vacinação, com 86% de cobertura vacinal em maiores de 60 anos.

As mutações podem produzir uma cepa completamente nova, à qual toda a população fica suscetível, gerando condições para epidemias em escala internacional — a pandemia. Geralmente, este fenômeno acontece quando uma cepa, que originalmente só infectava animais, como as aves, atravessa a barreira das espécies, e passa a infectar diretamente seres humanos, criando em seguida a capacidade de transmissão entre humanos.

No século 20 houve quatro pandemias de influenza: a Gripe Espanhola de 1918 teve profundo impacto na mortalidade — estima-se que morreram 20 milhões de pessoas, embora alguns pesquisadores falem em até 100 milhões, porque nos países asiáticos não havia notificação acurada (no Brasil, 350 mil pessoas foram infectadas, e 35.240 morreram, 12 mil no Rio de Janeiro e 12.350 em São Paulo); a Gripe Asiática de 1957-58 matou 1 milhão de pessoas; a Gripe de Hong Kong de 1968 fez 700 mil vítimas fatais; e a Gripe Russa de 1977, considerada “pandemia benigna” pelo baixo impacto na saúde das populações.

Uma pandemia hoje se alastraria em quatro dias, calculou em 2003 o jornalista especializado em ciência Ottoni Fernandes Jr., em matéria sobre a síndrome respiratória aguda severa, que contaminou 6 mil pessoas e matou mais de 400. A OMS detectou em Guangdong, na China, o epicentro das recentes epi-

demias de gripe, graças ao sistema local de produção de alimentos, que segue há séculos a fórmula arroz-pato-porco: primeiro os patos são criados nos arrozais, porque comem insetos; depois, quando nascem os grãos, os porcos são postos nas lavouras, pois não comem o arroz. A venda de animais vivos em mercados úmidos e sem higiene completa o ciclo de transmissão.

Em recente artigo, “A globalização e a saúde” (www.ensp.fiocruz.br/radis/radisnarede/radisnarede.html), o presidente da Fiocruz, Paulo Buss, relatou viagem de cinco dias à Ásia:

“A produção de frangos, patos e outras aves, assim como porcos e outros animais menos conhecidos entre nós, ocorre em larga escala e em péssimas condições sanitárias. O convívio íntimo entre criadores e animais, o abate sem condições sanitárias adequadas, a desproteção dos trabalhadores desta indústria improvisada, a alta concentração populacional em cidades como Bancoc, o imenso número de pessoas que comem nas ruas, em feiras e em precárias barracas de mercado sem qualquer higiene, tudo isto resultante da pobreza extrema e da concentração de renda, estão criando condições propícias a uma epidemia de proporções alarmantes, a rigor não só de gripe aviária, como da síndrome respiratória aguda severa e outras zoonoses.

Meu retorno ao Brasil ocorreu em cerca de 30 horas, passando por um aeroporto da Europa no qual fiquei por três a quatro horas. Ora, se eu tivesse sido contaminado pelo vírus da gripe estaria ainda assintomático ou com sintomas comuns da gripe, mas teria sido contaminado pelo menos os passageiros do avião que estavam ao meu redor (digamos 15 a 20 pessoas), algumas centenas no aeroporto europeu e poderia contaminar mais gente no Brasil. É assim que as facilidades das viagens internacionais, características da globalização, ajudam a difundir as doenças transmissíveis no século 21.”(M.C.)

Meu retorno ao Brasil ocorreu em cerca de 30 horas, passando por um aeroporto da Europa no qual fiquei por três a quatro horas. Ora, se eu tivesse sido contaminado pelo vírus da gripe estaria ainda assintomático ou com sintomas comuns da gripe, mas teria sido contaminado pelo menos os passageiros do avião que estavam ao meu redor (digamos 15 a 20 pessoas), algumas centenas no aeroporto europeu e poderia contaminar mais gente no Brasil. É assim que as facilidades das viagens internacionais, características da globalização, ajudam a difundir as doenças transmissíveis no século 21.”(M.C.)

Mais informações

Coordenação de Vigilância de Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis
 Telefone (61) 3315-3520
 E-mail gripe@saude.gov.br
 Site http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21728

RADIS 2002-2005

Memória colorida

A *Radis* mostra nestas páginas uma seleção de imagens, produzidas originalmente em cores, que o leitor viu em preto & branco entre agosto de 2002 e agosto de 2005





Sorriso na Farmácia Popular (Radis 25)



Crise da saúde no Rio: hospital de campanha da Marinha no Campo de Santana (Radis 33)



O cuidado com as crianças do Padi, programa do IFF/Fiocruz (Radis 15)





Doze momentos da
12ª Conferência Nacional
de Saúde (Radis 18)



Doze momentos da Doze



Na abertura, o ministro Humberto Costa (de cavanhaque) e o vice-presidente José Alencar



Grupos organizados se reuniam na Praça de Alimentação para definir estratégias de votação



A idade não era limitação para quem ainda tem disposição para o trabalho

FOTOS AMSTIDES DUTRA



Grupos de trabalho ocuparam 98 salas de três pavilhões da Universidade de Brasília



Computadores, telões e um programa especialmente desenvolvido auxiliaram no registro das propostas



O gramado à beira do Lago Paranoá era ponto certo para descanso e reuniões informais



Nos intervalos de folga, pausa para checar o e-mail no quiosque da internet



Uma simples distribuição de brindes logo provocava aglomeração e muita disputa



Escolhendo fotos nos muitos painéis do saguão, para comprar e levar de lembrança



A cochilada para tentar vencer o cansaço transformava qualquer canto em cama improvisada



A linguagem dos sinais levou o debate aos portadores de deficiência auditiva



O presidente Lula foi recebido com entusiasmo na cerimônia de encerramento



As esquecidas comunidades quilombolas da Amazônia (Radis 21)



Perdas (29) e...

... ganhos (30)



Os brasileiros na Pesquisa OMS/Fiocruz (Radis 23)



"Velinhos" serelepes (Radis 17) no Programa de Atenção à Saúde do Idoso (Ensp/Fiocruz)



A logomarca do SUS (Radis 35)

A favelinha de brincar no Morro do Pereirão, Rio de Janeiro (Radis 13)



O SUS humanizado em Vilar Carioca, no Rio (Radis 31)





Aux jeunes
 Je suis cette femme
 À qui le temps a beaucoup appris.
 Il m'a appris à aimer la vie.
 À ne pas renoncer à la lutte.
 À recommencer dans la défaite.
 À renoncer aux pensées et aux mots négatifs.
 À croire aux valeurs humaines.



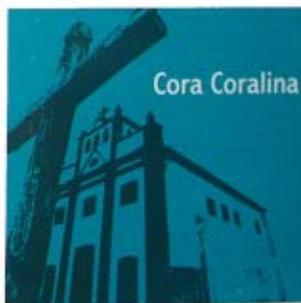
Aos moços
 Eu sou aquela mulher
 A quem o tempo muito ensinou.
 Ensinou a amar a vida.
 Não desistir da luta.
 Recomeçar na derrota.
 Renunciar palavras e pensamentos negativos.
 Acreditar nos valores humanos.



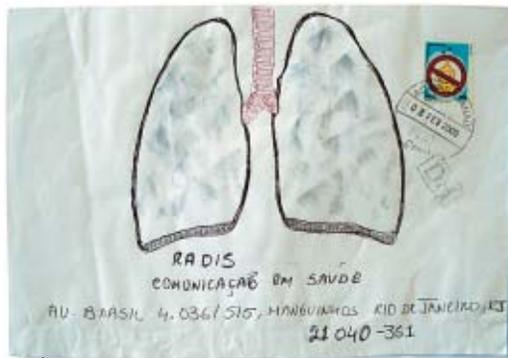
To the Youth
 I am that woman
 Whose time has taught very much.
 It has taught to love life.
 Do not give up the fight.
 Start again of defeat.
 Renounce negative words and thoughts.
 Believe in human values.



A los Jóvenes
 Yo soy aquella mujer
 A quien el tiempo mucho há enseñado.
 Enseñó a amar la vida.
 No desistir de la lucha.
 Comenzar de nuevo en la derrota.
 Renunciar a palabras y pensamientos negativos.
 Creer en los valores humanos.



Ilustrações e logomarcas



Da leitora Carmencira Dias (Radis 32)



Os painéis da exposição "100 anos de prevenção e controle de doenças no Brasil" (Radis 24)

OS FLAGELOS DE UM PAÍS EM CONSTRUÇÃO



NO alvorecer do século XX, três grandes flagelos assolavam as principais cidades brasileiras: a febre amarela, a peste bubônica e a varíola. Embora não fossem as únicas doenças a afligir seriamente as cidades e os demais Estados da Federação, essas enfermidades, além de atingir de forma indiscriminada a população e gerar grandes prejuízos ao comércio exterior, comprometeriam a política de integração estrangeira, considerada vital para os setores agroexportadores e industriais e, por conseguinte, para a economia do País.

O Brasil sofria ainda com a malária, a anelastomatose, a tuberculose, a hanseníase, a sífilis, o tracoma, a esquistossomose, a leishmaniose e com mais uma série de outras, muitas das quais, a exemplo da doença de Chagas, ainda não conhecidas pela medicina da época.

País recém-saído da economia escravista e inscrito formalmente na ordem republicana, o Brasil estava às voltas com o problema de integrar na cidadania um imenso contingente populacional sem acesso aos meios produtivos e abandonado pelo Estado. Despossuído e desqualificado em termos de capacitação profissional e nível de escolaridade, esse contingente era visto como um entrave à modernização do País. Desnutrido e doente representavam aos olhos da intelectualidade a identidade da nação.

Peculiarmente estruturado e colocado a serviço de uma elite retrógrada, o poder público se via frente ao desafio de remover as barreiras que travavam o desenvolvimento econômico do País. É nesse quadro que os sanitaristas vão desempenhar importante papel no debate sobre a natureza do brasileiro e dos rumos a serem seguidos pela nação na sua busca pelos ideais de progresso e civilização.





SERVIÇO

EVENTOS

8º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA



Atenção para o prazo das inscrições para envio de trabalhos ao 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, marcado para agosto de 2006, no Rio de Janeiro. Sob o tema "Saúde coletiva em um mundo globalizado: Rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas", estão previstos quatro grandes eixos temáticos: ações globais sobre determinantes sociais da saúde; democracia, participação-cidadã e direito à saúde; sistemas de saúde equitativos num mundo competitivo; e inovações em ciência e tecnologia: o que isto significa para a Saúde Pública?

O prazo para envio de resumos se encerra no dia 13 de janeiro de 2006 (para quem optar pelo correio convencional) e no dia 20 de janeiro de 2006 (pela internet).

Por correio: Secretaria do Congresso, Avenida Ataulfo de Paiva, 1.251, sala 410, Leblon, Rio de Janeiro, CEP 22440-031
Pela internet: www.saudecoletiva2006.com.br/portugues/registre-se.htm
Data 21 a 28 de agosto de 2006
Local Rio de Janeiro
Mais informações
Site www.saudecoletiva2006.com.br

NA INTERNET

SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO DE CONSELHOS DE SAÚDE

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Datasus, do Ministério da Saúde, lançaram neste ano o sistema nacional de informações sobre os conselhos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal e de seus presidentes. Nele, o usuário encontra endereço, telefone, fax e e-mail, data e instrumento de criação dos conselhos, periodicidade e temas das reuniões.

Segundo a gerente do sistema, Alessandra Ximenes, a novidade é que pela primeira vez estão sendo incluídas informações sobre os presidentes dos conselhos num cadastro nacional. Os dados, atualizados anualmente por conta de acesso fornecida aos presidentes de conselhos, estão disponíveis para usuários com senha dada pelo respectivo conselho estadual.

Site <http://formsus.datasus.gov.br/cns>

GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Lançado em outubro pelo Ministério da Saúde, o guia tem como objetivo promover a alimentação e o estilo de vida saudável entre os brasileiros, apresentando um diagnóstico da saúde da população, apontando as principais doenças ocasionadas pela má alimentação e mostrando alguns caminhos para uma vida mais saudável.

Contribuíram para a redação final do documento as nutricionistas Denise Barros e Geila Cerqueira, do Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição da Região Sudeste da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Cecan/Ensp/Fiocruz).

Site www.materiasespeciais.com.br/saude/guia/guia_alimentar.doc

PUBLICAÇÕES — LANÇAMENTOS

EDITORA ATHENEU

Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica, de Ronir Raggio Luiz, Antonio José Leal da Costa e Paulo Nadanovsky, discute o papel da estatística como solução de qualquer pesquisa, seja ela bem ou mal conduzida. De acordo com os autores, a validade de muitas conclusões científicas seria diretamente dependente de teorias epidemiológicas.

Mais informações

Serviço de Atendimento ao Leitor da Atheneu (SAL)
Tel. 0800-267753
E-mail sal@atheneu.com.br



EDITORA FIOCRUZ

Críticas atuantes — Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina, organizado por Maria Cecília Minayo e Carlos Coimbra Júnior, é fruto da



reflexão coletiva do 7º Congresso Latino-Americano de Ciências Sociais e Saúde, realizado em outubro de 2003. O livro apresenta debates sobre temas que são prioridade do pensamento social e da prática em saúde do continente. Aborda, do ponto de vista da antropologia, práticas de saúde e estudos de significados do corpo. No campo da história, traz trabalhos importantes sobre a historiografia das enfermidades na América Latina.

Mais informações

Editora Fiocruz, Av. Brasil, 4.036, sala 112, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ
CEP 21040-361
Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006
E-mail editora@fiocruz.br
Site www.fiocruz.br/editora

EDITORA SENAC-SP

Humanizando nascimentos e partos, organizado por Daphne Rattner e Belkis Trench, traz a análise de diferentes profissionais sobre partos e nascimentos numa sociedade dominada pela técnica. Mé-



dicos, psicólogos, pediatras, parteiras e educadores, cada qual a sua maneira, contribuíram no livro para o conceito de humanização. A publicação está disponível em todas as livrarias do país.

Mais informações

Editora Senac-SP, Rua Rui Barbosa, 377, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, SP
CEP 01326-010
Tel. (11) 2187-4450
E-mail editora@sp.senac.br
Site www.editorasencsp.com.br

PÓS-TUDO

“Modernidade” ou “promiscuidade” no SUS?

Luiz Marcos de Oliveira Silva *

A década de 1990 no Brasil foi marcada pela implementação de uma contra-reforma conservadora de cunho neoliberal — considerada pela nossa elite cosmopolita como uma grande possibilidade de acesso à “modernidade” —, que visou, entre outras coisas, obstruir a consolidação dos novos direitos formalmente assegurados pela Constituição de 1988. A repercussão foi significativa. A descentralização dessas políticas deu-se pelo “desmonte” do aparato burocrático sem a devida articulação do governo central, e o desenho dessa nova agenda política apontou para um distanciamento das concepções universalistas e equânimes de direitos sociais, acentuando-se a seletividade, dirigida aos grupos “mais carentes”.

Essa estratégia de ataque à presença do Estado adquiriu, desde fins da década de 1990, ainda maior densidade, com novo ciclo de reformas do sistema de proteção social para a desmontagem da já insuficiente estrutura de Bem-Estar Social do país.

Uma das características mais marcantes do setor de saúde brasileiro é a politização dos seus atores. Talvez por isso sejam mais difíceis e conflituosas as tentativas de atacar as bases do sistema de saúde. Ainda assim, vê-se o aprofundamento de uma lógica cruel: ao mesmo tempo em que aumentam as atribuições de estados e municípios e as necessidades da população, o orçamento diminui em termos reais per capita, além das dificuldades de gestão, com a Lei de Responsabilidade Fiscal e a crescente busca de superávits primários.

Os interesses do setor privado, associados à crise financeira do Estado e às políticas neoliberais, fizeram com que a universalização do acesso à saúde em todos os níveis de complexidade não ocorresse de forma satisfatória.



Ao desvalorizar o serviço público e defender a eficácia do setor privado, a lógica de mercado legitimou a desigualdade no acesso à saúde. Aconteceu uma “explosão” de empresas de medicina de grupo. O novo padrão de intervenção do Estado trouxe “inovações” expressivas na conformação do setor de saúde, que redefiniram a articulação entre as diversas modalidades de prestação de serviços de saúde, tanto públicas quanto privadas.

Assim, ganharam importância os planos e seguros de saúde, as instituições do chamado “terceiro setor” — articuladas com o setor público na prestação de serviços de saúde —, o Programa Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde, que se autonomizam em sua lógica preventiva e assistencial.

A lógica da contratação de terceiros em lugar da contratação direta de empregados assalariados no setor privado é relativamente antiga. Pode-se dizer que é um pouco mais recente a tendência de contratação ou “credenciamento” de profissionais autônomos para a provisão de serviços. Mas a irregularidade está associada à intermediação de mão-de-obra entre empresas privadas e instituições públicas, porque a terceirização tem sido a resposta formal que os setores fundamentados no regime salarial encontraram para evadir-se dos custos indiretos do trabalho. Entre as formas de subcontratação no SUS há as cooperativas de trabalho, bolsas de trabalho, contratos de gestão com or-

ganizações sociais, convênios com Oscips e com empresas privadas, “triangulações” de fundações de apoio, gestão de consórcios municipais por entidades privadas não-lucrativas e contratos temporários.

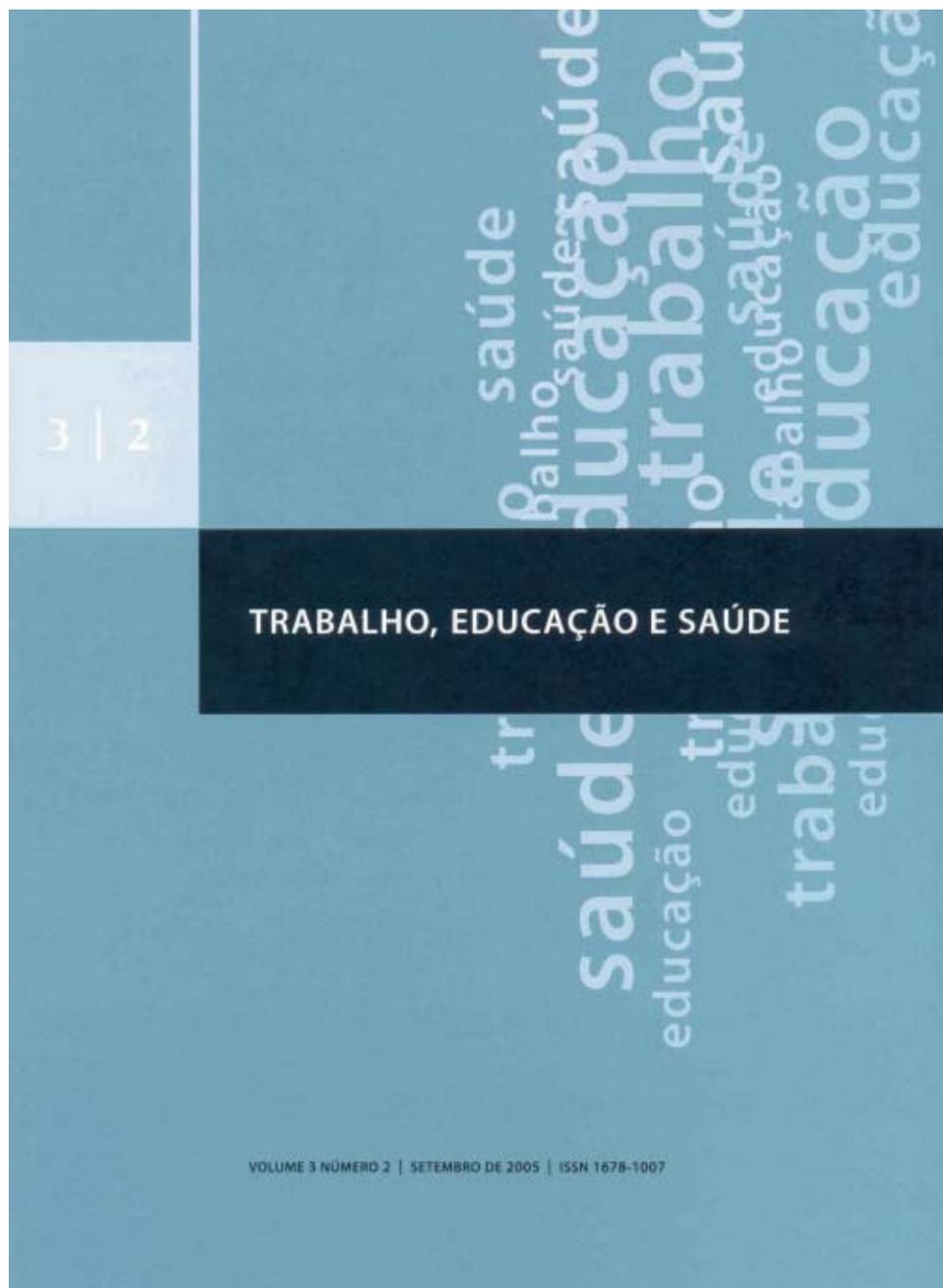
A forma de terceirização mais discutida foi a cooperativa de trabalho, regulamentada em 1994. Por essa via, não existe vínculo empregatício entre a cooperativa e o associado; logo, esses trabalhadores não têm registro em carteira ou qualquer outro direito trabalhista assegurado. Tanto no setor privado quanto no público, as cooperativas têm sido usadas como forma de desonerar o contratante de uma gama de encargos sociais e fiscais. No setor público é irregular o simples fato de que esta forma de contratação fere os dispositivos constitucionais de mérito e publicidade exigidos para a entrada no serviço público, descaracterizando o vínculo empregatício.

O problema não é apenas a subcontratação em si — e a conseqüente diminuição do assalariamento e da proteção social —, mas principalmente a terceirização dos serviços ou de trabalho vivo. Em outras palavras, a terceirização da própria atividade-fim. Nesses casos, em que a contratação de terceiros é realizada de forma contínua, tem características de pessoalidade, dependência, subordinação e onerosidade, fica evidente a existência da relação de emprego.

As relações de trabalho no setor de saúde, nos últimos anos, têm se tornado cada vez mais precárias em função da proliferação dessas novas formas de contratação e vinculação dos trabalhadores, o que acaba por se refletir numa completa ausência de política salarial para o setor — como um plano de carreiras —, uma elevada rotatividade nos postos de trabalho, problemas de ordem jurídica e de regulação do ingresso no serviço público.

Com isso, deve-se procurar solução para diminuir a flexibilidade e a precariedade das formas de contratação, uma vez que é amplamente conhecida a assimetria entre as partes envolvidas nos contratos de trabalho. ■

* Economista, mestrando em Desenvolvimento Econômico na área de Economia Social e do Trabalho no Instituto de Economia da Unicamp.



TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

é um periódico semestral editado pela
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,
da Fundação Oswaldo Cruz

WORK, EDUCATION AND HEALTH

is a bi-yearly journal published by
the Polytechnic Health School Joaquim Venâncio,
Fundação Oswaldo Cruz

Secretaria Executiva
Trabalho, Educação e Saúde
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio, Fiocruz
Avenida Brasil 4.365, Manguinhos
21040-900 Rio de Janeiro RJ
tel. (21) 2560-8279
revtes@fiocruz.br

www.epsjv.fiocruz.br