

NESTA EDIÇÃO

### Cebes 30 anos

Novidades no berço do movimento sanitário

### Bioética

Declaração da Unesco é guia para legislação

### HIV em bebês

Pesquisa para evitar transmissão no parto

# RADIS

## comunicação em saúde

DESDE 1982



Nº 51 • Novembro de 2006

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

[www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)

Impresso Especial

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

...CORREIOS...



# Saúde da Família

Qual o tamanho certo da equipe mínima?



# O estranho Semmelweis e um mistério milenar

Marinilda Carvalho

Em 1847, um espectro rondava a Europa: o da febre puerperal. Vítimas de um mal antigo de 2 mil anos, citado em registros médicos egípcios, parturientes morriam como moscas nas enfermarias dos grandes hospitais do século 19. Foi um obstetra húngaro nascido em 1818 que fez, aos 29 anos, uma descoberta que figura em lugar de honra entre os feitos da saúde pública: eram as mãos sujas dos médicos que contaminavam as mulheres.



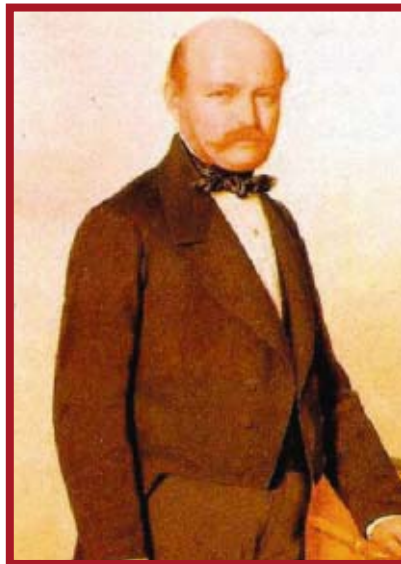
Esta história está contada em *A peste dos médicos – Germes, febre pós-parto e a estranha história de Ignác Semmelweis*, livro de 164 páginas lançado no ano passado pela Companhia das Letras. O autor é Sherwin B. Nuland, ex-professor de Cirurgia da Escola de Medicina de Yale (EUA), onde hoje ensina Ética Médica e História da Medicina.

O médico e escritor Moacyr Scliar diz no prefácio que o autor fala “de uma jovem que vai morrer” com a “paixão de um ficcionista”. De fato, Nuland apresenta o tema ao leitor pelos medos da mocinha em trabalho de parto que caminha quase 800 metros para chegar ao gigantesco Allgemeine Krankenhaus, o Hospital Geral de Viena, e implora para ter o filho na enfermaria da Segunda Divisão, onde seria atendida por parteiras. As amigas da fábrica tinham alertado: na Primeira Divisão, assistidas por estudantes de Medicina, as parturientes morriam. A jovem acaba na Primeira.

A descrição da prática médica de professores e alunos é chocante: das salas de dissecação de cadáveres putrefatos saíam todos diretamente para o leito das pacientes, nas quais faziam exame de toque, um após outro, sem lavar as mãos. Em poucos dias as mulheres estavam mortas, e muitos bebês também.

Uma em cada seis parturientes morria de febre pós-parto no Allgemeine Krankenhaus. Na Maternidade Geral de Londres, entre 1833 e 1842, morriam 587 em cada 10 mil; na Maternidade de Paris, entre 1830 e 1834, 547, com pico de 880; 304 no Hospital-Maternidade de Dresden, entre

1825 e 1834. Austrália e América saíam-se um pouco melhor, mas não muito. Havia um sem-número de teorias a respeito, algumas absurdas, outras próximas da realidade. Hoje, quando se sabe que o agente da doença é um estreptococo beta-hemolítico do Grupo A, quase exaspera o leitor acompanhar progressos e retrocessos dos pesquisadores em busca de explicações: a teoria dos germes de Pasteur, Lister e Kock estava apenas em gestação.



Semmelweis, obstetra do Allgemeine Krankenhaus, vivia atormentado, como a maioria dos médicos, pelos surtos da febre. E observou: na divisão das parteiras, que não freqüentavam as salas de dissecação, as mortes eram mais raras. Quando um professor morreu da mesma febre, após se cortar com o bisturi numa autópsia, ele concluiu que o mal entrava nas enfermarias pelas mãos dos profissionais. Determinou então que à porta da enfermaria todos lavassem as mãos em solução clorada e escovassem as unhas. Os índices de mortalidade caíram drasticamente. No período 1848-1859, para 35,7 mortes em 1.000 na Primeira Divisão (eram 90,2 entre 1832-1847). Mesmo na Segunda Divisão baixou para 30,6, frente aos 33,8 anteriores.


Foi dramático para a classe médica admitir que vinha matando pacientes. Um obstetra se suicidou ao entender que contaminara a sobrinha na sala de parto. Mesmo tendo conquistado aliados importantes, a teoria de Semmelweis ganhou inimigos influentes, que a trataram pejorativamente

de “envenenamento por cadáveres”. Foram necessários 32 anos para que finalmente Louis Pasteur interrompesse a lengalenga de um orador num congresso médico na Paris de 1879, desenhasse os estreptococos num quadro-negro e decretasse: “É o médico e sua equipe que transportam o micróbio da mulher doente para a sadia.”

O “estranho” na história de Semmelweis é que ele curiosamente não seguiu os passos lógicos de um epidemiologista. Não publicou suas conclusões em revistas científicas, para compartilhar achados, buscar credibilidade e apoio: deixou esse trabalho a cargo de amigos e acabou mal compreendido. Voou alto a partir da observação, mas não levou sua teoria a ensaios de laboratório para confirmação. Foi brilhante ao exigir escovação das unhas por concentrarem as “partículas” mortais, mas não recorreu ao microscópio para “vê-las” – embora um professor de Anatomia amigo seu vivesse debruçado sobre esta ferramenta poderosa.

E a época não poderia ser melhor para iniciativas inovadoras: eram tempos de revoluções na Europa, de literatura transformadora, de pioneiros abrindo portas na medicina. Semmelweis, porém, fechou-se em suas certezas. Tornou-se paranóico e irascível a ponto de abandonar Viena e voltar à Hungria natal. Deserção, ressentiram-se os amigos. No ostracismo, mente deteriorada, acabou num “asilo de loucos”, onde morreu aos 47 anos, espancado por funcionários. Nuland afirma que ele sofria da doença de Alzheimer, e não de sífilis, como quer a maioria dos biógrafos.

Importa pouco a causa da morte de Semmelweis, hoje reconhecido benfeitor da humanidade – bem, não no Allgemeine Krankenhaus. Quando Nuland visitou o hospital pela primeira vez, em 1985, perdeu-se nos corredores e perguntou a vários estudantes onde era a histórica enfermaria de Semmelweis. “Quem?”

Quase como se um aluno do Instituto Oswaldo Cruz não soubesse quem foi seu patrono. No prefácio, Moacyr Scliar inclusive compara as trajetórias de Semmelweis e Oswaldo Cruz (1872-1917), de quem é biógrafo (Coleção *Perfis do Rio*, Relume-Dumará, 1996). Ambos visionários, ambos combatidos. Felizmente o brasileiro, glorificado em vida, não morreu sozinho num asilo, e sim em casa, de longa doença renal, cercado pela família e os amigos. Mas devem conversar muito, o Dr. Ignác e o Dr. Oswaldo, onde quer que estejam. 

# Inovações

Uma inovação não se atém à criação de algo novo. Pode ser modo diferente de fazer melhor o habitual, ou mesmo uma mudança para pior. Inovações podem gerar ou incrementar produtos, modificar processos produtivos ou estruturas organizacionais. Na saúde, quando boas, elas são essenciais.

Inovou o obstetra húngaro Semmelweis, com base empírica (página ao lado), ao reduzir as mortes pós-parto no Hospital Geral de Viena, em meados do século 19, determinando que os médicos simplesmente lavassem as mãos e escovassem as unhas antes de tocar nas pacientes. Três décadas depois, Pasteur mostrou que estreptococos nas mãos daqueles médicos é que davam origem à letal febre puerperal.

Em 2006 é notícia uma pesquisa genômica premiada sobre mioma uterino (pág. 5) e um estudo internacional para melhor combinar medicamentos anti-retrovirais e evitar a transmissão do vírus da Aids de mãe para filho (pág. 16). No caso do cinto que avisa ao diabético o nível de insulina no organismo ou da vacina contra o papilomavírus humano (HPV), a inovação que falta é o barateamento dos produtos para que cheguem aos que precisam (pág. 5).

O acesso aos benefícios do conhecimento existente pode gerar mais impacto para a saúde da população do que a simples introdução de novos produtos e tecnologias, adverte o pesquisador Reinaldo Guimarães (pág. 12).

Em muitos casos, o desenvolvimento tecnológico desumaniza ou cria novos

dilemas éticos para os humanos. A sociedade deve discutir essas questões de maneira inter, multi e transdisciplinar, buscando um conhecimento complexo que nos ajude a lidar com as dúvidas, por meio da bioética, formula o sanitarista Volnei Garrafa ao defender a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Unesco, como referencial para a reflexão ética (pág. 13).

Há inovação também nas políticas e na gestão da saúde. Refundar o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) com pautas que fortaleçam o movimento sanitário é inovar (pág. 7). Proposta de financiar 100% do curso de graduação pode levar mais profissionais de saúde ao interior e regiões distantes (pág. 5). No Programa Saúde da Família, perfil e tamanho das equipes esquentam os debates sobre o SUS (pág. 8). Na saúde suplementar, são objeto de discussão a quem servem as novas tecnologias médicas, de gestão e de marketing, o papel da agência reguladora do setor e o risco de internacionalização desse "mercado" no Brasil (pág. 19).

Quando a proteção ao capital assume face tão insensível quanto a da recusa dos Estados Unidos em acatar o Protocolo de Kioto para a redução do aquecimento global, até o austríaco Schwarzenegger, dublê de ator e governador conservador, é capaz de inovar, sancionando lei que reduz a emissão de dióxido de carbono no estado da Califórnia (pág. 5).

Rogério Lannes Rocha  
Coordenador do Programa RADIS

## Comunicação e Saúde

- ♦ O estranho Semmelweis e um mistério de 2 mil anos 2

## Editorial

- ♦ Inovações 3

## Cartum

- 3

## Cartas

- 4

## Súmula

- 5

## Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

- ♦ Em defesa do movimento sanitário 7



## Programa Saúde da Família

- ♦ Equipe mínima, dilemas e respostas 8
- ♦ A ameaça da gripe aviária ou... Isso é tudo uma grande paranóia? 10
- ♦ Pelo bem da humanidade ou... Voltemos a lembrar das pessoas! 12



## Debates na Ensp/Fiocruz – Ética na ciência

- ♦ Bioética em 2006, balanço e desafios 13

## Radis adverte

- 15

## Transmissão vertical do HIV

- ♦ Um estudo para salvar bebês da Aids 16

## Serviço

- 18



## Pós-Tudo

- ♦ O caos da saúde complementar 19

## CARTUM





## CARTAS

## ABRASCÃO E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Muito boa a cobertura de vocês sobre o Congresso da Abrasco-2006, faz jus à importância de ambos, da revista e do evento. Porém, gostaria de destacar um equívoco. Na página 32 há um quadro que faz referência a um abaixo-assinado em apoio à Reforma Psiquiátrica. O texto afirma que este movimento foi coordenado pela Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. Esta informação não procede, pois, se houve uma coordenação, ela foi articulada pelo GT de Saúde Mental da Abrasco, que promoveu vários encontros para discutir este e outros temas relevantes da Reforma Psiquiátrica, o que é omitido no quadro. Como sócio da Abrasco e membro do GT gostaria que a revista fizesse em sua próxima edição esta retificação, pois considero importante destacar que foi um segmento da própria Abrasco que articulou a manifestação.

♦ Silvio Yasui, professor da Unesp, Assis, SP

Caro leitor, agradecemos a correção. Como a lista de signatários do manifesto, distribuída no Abrascão, era encimada pela Rede Nacional In-

ternúcleos da Luta Antimanicomial, incorremos no erro.

## RADIS 50

Gostaria de parabenizar a equipe da Revista *Radis* pelo excelente trabalho ao longo desses 50 números, de não só nos informar sobre saúde, mas também nos conscientizar do nosso papel como gestores e profissionais desse setor. Sou enfermeira do PSF e utilizo a revista como meio de aprender e repassar da melhor maneira os informes de saúde a meus usuários, contribuindo para a formação de pensadores e formadores em Saúde Pública.

♦ Alany de Oliveira Sousa, Sousa, PB

## BISPO DO ROSÁRIO E SAÚDE

Há algum tempo chegou às minhas mãos uma *Radis*. Fiquei muito entusiasmada, porque aborda assuntos que me interessam muito. Sou arte-educadora e a edição 38 trazia a matéria "Como a arte deu um drible na loucura", falando de Artur Bispo do Rosário. Trabalho este artista com meus alunos na Arte do Inconsciente. Parabéns.

♦ Patrícia Zanella, Arvoredo, SC

Sou estudante de Serviço Social. Conhecí a revista pela professora de Política Setorial I, que tem assinatura e me emprestou para pesquisa sobre Reforma Psiquiátrica. Encontrei um material muito bom no nº 38. Parabéns!

♦ Arinda M. Lagares Pinto, Timóteo, MG

## NA FILA DA RADIS

Fiz especialização em Saúde Mental aqui no Rio com Paulo Amarante e gostaria de continuar tendo acesso às informações da *Radis*.

♦ Andréa Loroza, Colombo, PR

Sou professora da disciplina Processos Psicossociais da Saúde e gostaria de receber a *Radis*. Pretendo fazer um acervo de atualizações sobre saúde pública para os alunos.

♦ Rosângela O. Machado, Ilhéus, BA

Caras leitoras, pedimos sua paciência: a lista de espera tem 493 nomes, mesmo após o aumento da tiragem.

## CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Meus agradecimentos à revista, um meio de comunicação com os trabalhadores que desperta assuntos que só vêm somar na consolidação do SUS. Sou representante dos trabalhadores da saúde no Conselho Municipal de Saúde de Americana. Cobrei na Comissão de Ouvidoria a presença do símbolo do SUS (*Radis* 35) em todos os atendimentos, carros etc. em nossa cidade, e hoje já podemos presenciar.

Quero agradecer a cobertura da Conferência de Gestão do Trabalho (nº 46) e, antes, das diretrizes do PCCS (números 26 e 35): vamos criar um grupo em Americana e teremos ajuda do setor de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde. Parabéns ao governo pela criação deste grupo específico para discutir e propor diretrizes para melhor atender ao trabalhador da saúde, que vinha sendo esquecido.

♦ Rute Alves A. Vieira, Americana, SP

## 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 Sergio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal  
Tiragem 50.000 exemplares  
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

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

Ouvidoria Fiocruz  
Telefax (21) 3885-1762  
Site [www.fiocruz.br/ouvidoria](http://www.fiocruz.br/ouvidoria)

## PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha  
Subcoordenação Justa Helena Franco

Edição Marinilda Carvalho  
Reportagem Katia Machado (subeditora),  
Wagner Vasconcelos (Brasília), Bruno  
Camarinha Dominguez

Arte Aristides Dutra (subeditor) 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 Mariane Gonzaga Viana (estágio supervisionado)

Informática Oswaldo José Filho e Mario Cesar G. F. Júnior (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](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)  
Site [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://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

responsáveis 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.

## 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

## SERVIDORES DA FIOCRUZ MORTOS EM DESASTRE

A Fiocruz homenageou no dia 2/10 as vítimas do acidente com o Boeing da Gol que em 29/9 caiu numa área de mata fechada na Serra do Cachimbo (MT). Entre os passageiros estavam os servidores Nilo Duarte Dória e Maria Valéria Pires da Cruz, pesquisadores do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS): ambos prestavam assessoria técnica ao Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) do Amazonas e voltavam ao Rio no voo 1907.

Morreram ainda no desastre a engenheira-agrônoma Marilene Leão Alves Bovi, especializada em melhoramento genético vegetal, pesquisadora do Instituto Agrônomo de Campinas (SP); o professor Hugo Otto Beyer, pesquisador da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; o engenheiro-químico Francisco Carlos Nart, professor do Instituto de Química e chefe do Departamento de Físico-Química da USP em São Carlos; do Inpa, a doutora em Biologia Joana D'Arc Ribeiro e o engenheiro florestal Alexandre Barbosa dos Santos, ambos do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia.

No dia 13 de outubro um avião bimotor caiu no Espírito Santo. Entre as vítimas estava Luana Pimentel Guimarães Santos, 25 anos, estudante de Ciências Biológicas da UniRio e bolsista do programa de estágio curricular do Instituto Oswaldo Cruz, onde estagiava há 12 meses no Laboratório de Inflamação.

## ESTUDO GRATUITO EM TROCA DE SERVIÇO NO SUS

O Ministério da Educação estuda uma proposta de financiamento de cursos de graduação na área de saúde, sobretudo de Medicina, para alunos que se dispuserem a prestar serviços à rede pública. Parte do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies) seria destinada ao pagamento de 100% da mensalidade. Atualmente, o Fies financia 50% do valor da mensalidade — o restante é pago pelo aluno. A proposta tem como objetivo a redução da falta de médicos e profissionais de saúde em regiões distantes e no interior dos estados.

## CALIFÓRNIA CONTRA O AQUECIMENTO GLOBAL

O governo americano se recusa a assinar o Protocolo de Kyoto, que prevê medidas de redução de gases do efeito-estufa — mesmo sendo os Estados Unidos o campeão mundial de poluição da atmosfera. Em 28/9, porém, o governador da Califórnia, Arnold Schwarzenegger (o robô de *O exterminador do futuro*), assinou lei que limita a emissão de dióxido de carbono (CO2) em 25% até 2020 por refinarias e outras indústrias. A Califórnia é, assim, o primeiro estado americano a tomar medidas legais de combate ao aquecimento global. “É uma dívida que tínhamos com nossos filhos e netos”, disse o governador. “Agora poderemos salvar nosso planeta e impulsionar a economia”.

## VACINA ANTI-HPV CUSTARÁ ATÉ R\$ 700

Liberada pela Anvisa, a vacina contra o papilomavírus humano (HPV), que causa 70% dos casos de câncer do colo de útero, poderá custar entre R\$ 500 e R\$ 700 a dose. Gardasil, o nome comercial da vacina do Laboratório Merck Sharp & Dohme, custaria portanto de R\$ 1.500 a R\$ 2.100, já que o fabricante recomenda três aplicações em seis meses. O preço inviabiliza a aquisição da vacina pela rede pública, anunciou o Ministério da Saúde, que por isso monitora testes do produto em outros laboratórios.

## PARA DIABÉTICOS (MUITO) RICOS

Anvisa está avaliando um aparelho, para se prender ao cinto, que avisa ao diabético quando estiver anormal o nível de insulina no organismo. O fabricante, a Medtronic, garante que o equipamento confere o nível de insulina 288 vezes por dia, ou seja, a cada cinco minutos. Se estiver fora do padrão, um alarme toca. A má no-

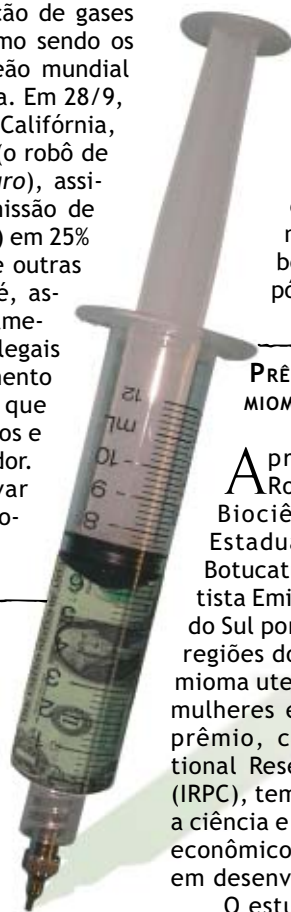
tícia: nos Estados Unidos a engenhoca custa US\$ 7 mil! Outra má notícia vem do *New England Journal of Medicine*: foi temporária a regressão da diabetes tipo 1 na maioria dos 36 pacientes submetidos a transplante de células produtoras de insulina. Após dois anos, 86% deles voltaram a tomar as injeções. A Anvisa liberou em junho, e a Pfizer deve lançar no mercado em 2007, o Exubera, insulina em forma de pó para inalação.

## PRÊMIO PARA PESQUISA SOBRE MIOMA UTERINO

A professora Sílvia Regina Rogatto, do Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista (Unesp), de Botucatu, recebeu o prêmio Cientista Eminente de 2006 da América do Sul por pesquisa que identificou regiões do genoma ligadas ao leiomioma uterino, tumor comum entre mulheres em idade reprodutiva. O prêmio, concedido pelo International Research Promotion Council (IRPC), tem como objetivo promover a ciência e o desenvolvimento socioeconômico, em especial nos países em desenvolvimento.

O estudo, publicado na revista *Molecular Carcinogenesis* em 2005, sugeriu a existência de, no mínimo, três regiões distintas mapeadas nos cromossomos 7 e 15 que poderiam conter genes supressores tumorais envolvidos no desenvolvimento dos miomas. Embora benigno, o leiomioma (ou mioma) uterino pode ter sintomas clínicos sérios, como esterilidade, sangramentos intensos, dores abdominais e pélvicas. O tratamento mais usado é cirúrgico, com retirada do útero.

Esse tipo de tumor é muito comum, mas pouco se sabe sobre ele. Apenas que há diversos fatores de risco a ele associados, como faixa etária (dos 35 aos 55 anos), obesidade, etnia de origem africana, gravidez tardia, história familiar e uso de hormônios exógenos, como contraceptivos e terapias de reposição hormonal.



## ALERTA CONTRA RUBÉOLA NO RIO

Os postos de saúde do Rio de Janeiro estão vacinando pessoas entre 1 e 49 anos contra rubéola. A vacina é gratuita e de grande importância, porque o número de casos da doença aumentou consideravelmente: em 2005, foram 25 notificações e, nos últimos três meses, 120. "Somente não precisam se vacinar aqueles que já receberam as duas doses, o que começou a acontecer nos últimos anos", disse a superintendente de Vigilância em Saúde, Meri Baran, ao jornal *O Dia* de 6/10. A rubéola tem afetado mais os homens entre 20 e 30 anos, e representa alto risco para grávidas, pois pode causar aborto ou má-formação fetal.

## CASAI S ESCOLHEM SEXO DE BEBÊ NOS EUA

Nos Estados Unidos, mais de 40% das clínicas de reprodução assistida oferecem a "sexagem", ou seja, a possibilidade de escolha do sexo dos bebês por reprodução assistida (fertilização *in vitro*), constatou pesquisa do Centro de Genética e Política Pública de Washington, divulgada pela revista *New Scientist*. Segundo o estudo, a opção é oferecida aos casais após testes de DNA em embriões para diagnóstico de possíveis doenças genéticas, como a hemofilia. Nos testes genéticos, apenas 9% dos casais manifestaram vontade de determinar o sexo. No Brasil, não há lei que impeça a prática, mas o Conselho Federal de Medicina condena a sexagem.

## SBPC CRITICA IBAMA SOBRE MATERIAL BIOLÓGICO



Em nota divulgada em 16/10, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) protestou contra a decisão do Ibama de recuar do consenso — obtido após 140 horas de reuniões com a comunidade científica — quanto à concessão de autorizações para coleta e transporte de material biológico, captura, marcação e manutenção temporária de animais silvestres (*Radis* 49).

As regras de concessão das autorizações, fixadas em instruções normativas, foram revistas para que compusessem o novo Sistema de Autorização e Informação em Biodiversidade (Sisbio), trabalho de um amplo comitê de assessoramento formado por sociedades científicas. No dia 16, véspera do lançamento do Sisbio — que regularia as concessões —, a "comunidade científica foi surpreendida pelo Ofício Circular 897/06-GP-Ibama", diz a nota da SBPC.

O Conselho Gestor do Ibama aprovou alterações profundas nas instruções normativas sem consulta ao comitê que as elaborou. Para o presidente da SBPC, Enio Candotti, as alterações comprometem o longo trabalho de entendimento entre a comunidade científica e os técnicos do Ibama.

A partir das mudanças, os pesquisadores estão novamente obrigados a citar o número da autorização ou licença de coleta em suas publicações — "restrições burocráticas e desnecessárias à pesquisa científica", afirma a SBPC. Outra alteração, "igualmente grave", refere-se à licença permanente de coleta. "As alterações aprovadas impedem o trabalho de campo em equipe característico das pesquisas em biodiversidade".

## MEDICINA E LITERATURA, UM ENCONTRO

Washington Castilhos, da Agência Fapesp, resumiu em 16/10 conferência do sanitarista e escritor gaúcho Moacyr Scliar, proferida em outubro no simpósio Ciência e Arte 2006, no Rio de Janeiro. "É preciso eliminar as barreiras entre ciência e arte e entre saúde e literatura", disse. "Como médicos e cientistas, podemos aprender tanto nos livros de ficção quanto nos manuais de medicina". Alguns exemplos que citou: *A morte de Ivan Ilitch*, de Tolstói; *O alienista*, de Machado de Assis — "o melhor romance escrito sobre o poder médico"; *A montanha mágica* (1924), de Thomas Mann; *O doente imaginário*, de Molière;

Scliar é autor de *Histórias de um médico em formação* (1962), *A guerra do bom fim* (1972), *O centauro no jardim* (1980), *A orelha de Van Gogh* (1988), *Oswaldo Cruz: entre micróbios e barricadas* (1996), *A mulher que escreveu a Bíblia* (1999), *O olhar médico: crônicas de medicina e saúde* (2005), para citar alguns dos mais de 30 que escreveu. Coube a ele o prefácio de *A peste dos médicos* (pág. 2). ■

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

toques da  
redação



**CONSCIÊNCIA SANITÁRIA** — O Prêmio Sergio Arouca de Saúde e Cidadania, da Associação dos Servidores da Fiocruz (Asfoc), foi concedido à Sobravime, entidade que defende o uso racional de medicamentos à luz das diretrizes da OMS e da Lei 8.080/90, que criou o SUS. Na entrega do prêmio, em 30/8, o coordenador-executivo da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, José Ruben de Alcântara Bonfim, disse que recebia com alegria a homenagem, criada pela Asfoc em 2003, por relacionar saúde e cidadania a partir do exemplo de Arouca e pelo "reconhecimento a instituições e personalidades que contribuem para ampliar o conceito de consciência sanitária".

**ALÔ, ACS** — O Conasems informou em 10/10: o Senado aprovou, no dia 4, a MP 297, que regulamenta a carreira de agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. Como não foram apreciadas as muitas propostas de emenda, ou a MP cairia por estouro de prazo, o senador Rodolpho Tourinho (PFL/BA) apresentou novo projeto, o PLS 270. Mas este, caros amigos, fica para 2007 ([www.conasems.gov.br](http://www.conasems.gov.br)).

**MANUAL 1** — O ministro da Saúde, Agenor Álvares, lançou em 10/11, Dia Mundial da Saúde Mental, o manual *Prevenção do Suicídio*, dirigido a profissionais do setor. A publicação faz parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que pretende reduzir os índices de suicídio, as tentativas de suicídio e os danos associados ao comportamento suicida ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)).

**MANUAL 2** — A Portaria nº 1.675 (6/10/06), da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, tornou obrigatório o uso do *Manual Para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Civis Federais* em procedimentos de perícia, uso clínico e epidemiológico relacionado à saúde do servidor. A administração pública federal fica ainda obrigada a seguir normas vigentes desde 1978 na iniciativa privada, como na qualidade das condições de trabalho, além da obrigatoriedade de exames periódicos. Veja no site do servidor ([www.servidor.gov.br](http://www.servidor.gov.br)). ■

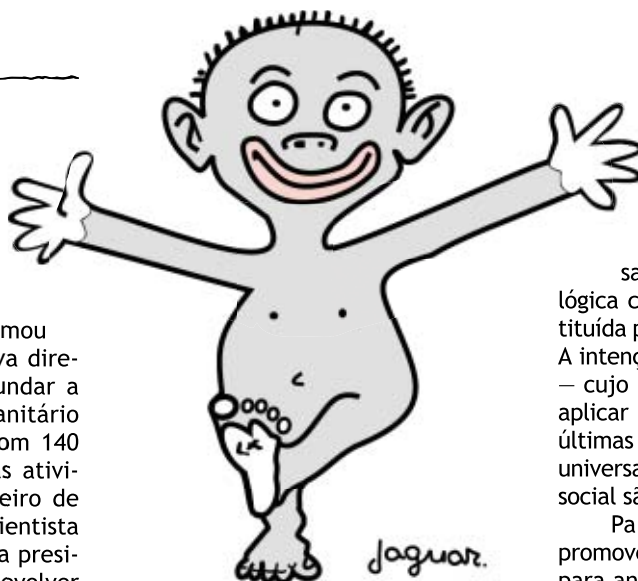
# Em defesa do movimento sanitário

Bruno Dominguez

No ano em que completa três décadas de existência, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), um dos berços da Reforma Sanitária, conclamou os sócios a elegerem uma nova diretoria, com a missão de “refundar a instituição e o movimento sanitário brasileiro”. Em assembléia com 140 participantes, que integrou as atividades do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em agosto, a cientista política Sonia Fleury assumiu a presidência do Cebes e a tarefa de devolver à associação seu status de espaço produtor de conhecimento dedicado às políticas de saúde.

A professora lembra que essa reação começou nas gestões dos dois presidentes que a antecederam, os sanitaristas Paulo Amarante e Sarah Escorel, que intensificaram o trabalho para manter a revista *Saúde em Debate*, uma das publicações editadas pelo centro. Sarah ainda conseguiu consolidar parcerias com entidades da saúde, como o Conasems e a Associação Brasileira de Economia da Saúde, o que resultou em números especiais da revista *Divulgação em Saúde para Debate*. A instituição, ressalta Sonia, também esteve representada em todos os eventos políticos que congregaram as organizações do setor – na Plenária das Entidades da Reforma Sanitária, no Simpósio de Saúde da Câmara e na elaboração, recentemente, de textos políticos que serviram de documento-base ao Abrascão.

Para Sonia, a Reforma Sanitária vive um dilema: “Consequimos nos instituir como poder, mas estamos perdendo nossa característica crítica e transformadora”. Professora da Fundação Getúlio Vargas, ela avalia que a visão política do movimento cedeu lugar a uma percepção distante, quase burocrática dos reais anseios da sociedade. “A demanda da população não é



a regulamentação da Emenda Constitucional 29, isso é conversa nossa e não conquista ninguém”, criticou, propondo em troca a ampliação da agenda e da pauta do movimento sanitário.

A nova diretoria do Cebes sugere a incorporação de questões como a reforma política, a relação entre o público e o privado na saúde, a propriedade intelectual, a judicialização do setor e as necessidades das mulheres, dos negros, dos movimentos sociais. “É preciso revitalizar o debate não só entre os sanitaristas, mas também com a sociedade em geral”, diz Sonia. O objetivo: fugir do insulamento da área da saúde, que se fechou para se proteger. “Hoje não falamos para fora, para a população”.

A “reforma da reforma” defendida por Sonia tem como meta o avanço deste projeto de transformação política e social, e não somente a melhoria do SUS. A professora, aliás, aponta uma confusão no uso da expressão, visto que há quem fale em “reforma de reforma” para se referir apenas a mudanças no rumo do Sistema Único de Saúde. “O movimento sanitário se restringiu a defender o SUS sob qualquer aspecto e reduziu muito suas propostas de transformação da sociedade”, frisa.

Sonia não minimiza a importância de se avaliar constantemente os serviços

públicos de saúde, mas defende que é fundamental discutir, por exemplo, quais são as forças sociais que podem assegurar a continuidade da Reforma Sanitária e levar adiante a idéia de consciência sanitária num mundo em que a lógica coletiva se perdeu, sendo substituída por um individualismo perverso. A intenção da nova diretoria do Cebes – cujo mandato termina em 2009 – é aplicar o projeto da reforma em suas últimas conseqüências e provar que a universalização, a equidade e a justiça social são viáveis.

Para isso, a instituição já está promovendo plenárias públicas mensais para análise de conjunturas e estimulando a recuperação de seus núcleos regionais. Também há interesse em criar uma agência de notícias de saúde pública para tentar furar o bloqueio da grande mídia que, segundo Sonia, privilegia o setor privado. “O Cebes tem que retomar seu papel pró-ativo e ousado”, destaca a nova presidente, que compara a instituição ao seu símbolo, desenhado pelo cartunista Jaguar – um menino negro, sorridente, com o pé esquerdo levantado e os braços abertos. “Assim como ele, somos pobres, livres e irreverentes”, brinca.

Criado em 1976, o Cebes é uma associação civil sem fins lucrativos, que tem como eixo a luta pela democratização da saúde e da sociedade. O centro de estudos e reflexões acadêmicas aglutina profissionais e estudantes, produzindo e divulgando conhecimentos na área. “A história do Cebes se confunde com a da Reforma Sanitária”, ressalta Sonia. A cientista política aponta a organização como uma das responsáveis pela institucionalização do movimento sanitário, sintetizando as vertentes que o caracterizaram: a construção de um novo saber, a ampliação da consciência sanitária e a organização do movimento social. “Agora é o momento de retomar o fôlego e revitalizar esse movimento crítico e transformador”.



# Equipe mínima, dilemas e respostas

Katia Machado

É viável aumentar o número de profissionais nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF)? Hoje, a equipe mínima é composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

O tema não é novo, mas vem preocupando estudiosos e gestores e foi alvo de debates no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em agosto. O programa, adotado em 1994, é uma das mais importantes estratégias da política de Atenção Básica em Saúde (ABS) do SUS. A proposta é que uma equipe acompanhe um número definido de famílias, localizadas em área geográfica delimitada, prestando serviços de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade, seja em unidades básicas de saúde (UBS) ou nas casas das pessoas.

Na análise do médico-sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos, professor da Faculdade de Medicina da Unicamp, o Brasil tem a mais sofisticada e ampla equipe de referência em ABS do mundo. “Na maioria dos países que dispõem de sistemas nacionais de saúde, a equipe nem poderia receber o nome de equipe, pois, em geral, é formada por um médico generalista e um enfermeiro, a exemplo de Cuba, Grã-Bretanha e Canadá”, exemplifica. Em outros países, como a Espanha, lembra, a realidade é bem diferente: “Há outros atores envolvidos, inclusive pediatra e outras profissões de saúde”.



Gastão defende o desenho brasileiro de equipe mínima conforme o significado da palavra “mínima”. Sugere, por exemplo, que se autorizem vários outros tipos de equipe, que poderiam ser de 8 a 10 profissionais de saúde, mais os agentes comunitários, com composições distintas. “Desde que cumpram as diretrizes e as tarefas propostas pelo SUS”, ressalta.

Segundo o professor, em Campinas, onde também exerceu o cargo de secretário de Saúde, foram ado-

tadas Equipes de Apoio Matricial, formadas por profissionais considerados estratégicos para aumentar a eficácia da Atenção Básica. “Neste caso, a Equipe de Saúde Mental, composta por psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional, apóia de 8 a 10 equipes de saúde da família”, conta. “Há ainda equipes de reabilitação, de saúde coletiva e de promoção social”.

Para Gastão, antes de se pensar em agregar qualquer outro profissio-



nal, porém, deve-se ter em mente a prioridade, que é a equipe mínima para 70% a 80% da população brasileira, já que Atenção Básica é direito universal. "Depois haveria a complementação dos apoios matriciais", acredita.

Esse pensamento é compartilhado por Edmundo Costa Gomes, presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). "O Conasems entende que essa equipe, apesar de pequena, tem dado conta da estratégia e, sobretudo, tem contribuído significativamente para a mudança dos dados epidemiológicos e, conseqüentemente, para a qualidade de vida das pessoas integradas ao PSF", esclarece.

explica. A proposta prevê ainda incentivos financeiros para que os gestores municipais possam contratar equipes ou remanejar profissionais já presentes na rede do município para atuarem nos Núcleo de Atenção Integral.

O presidente do Conasems, ainda que ressalte a importância da presença de outros profissionais no PSF, destaca a necessidade de se avaliar quais recursos financeiros são necessários para isso. "A estratégia do PSF passa por dificuldades de expansão já com a equipe mínima, no que diz respeito à fixação dos profissionais, principalmente o profissional médico e o enfermeiro", observa. "Além disso, os municípios têm encontrado dificuldades em relação ao financiamento adequado e à forma de contratação de pessoal: os municípios são hoje responsáveis por 66% da contratação da força de trabalho em saúde, gerando constrangimento legal em função da Lei de Responsabilidade Fiscal", afirma.

Diretor do Instituto de Medicina Social da Uerj, Ruben Araújo de Mattos, em debate na Ensp/Fiocruz em maio, criticou a ênfase do movimento corporativo no mercado de trabalho da equipe de PSF, "disputando a tapa as competências exclusivas". Ele exemplificou: para fazer exercícios, profissional de educação física; para distribuir medicamentos, o farmacêutico. "Vinte pessoas em cada equipe do PSF... Inviável, impossível".

Ruben elogiou a "sabedoria" do Ministério da Saúde ao propor uma equipe mínima segundo a necessidade. "À medida que o perfil epidemiológico muda,

ou melhor, que o modo de andar a vida do brasileiro muda, a gente repensa a capacidade de respostas da atenção básica, enriquecendo-a, o que significa encher aquele conteúdo de atenção básica com novos dispositivos tecnológicos e, às vezes, com novas habilidades", defende.

Esse enriquecimento, para Ruben, significa que se terá mais gente na equipe de forma coerente — agregando, matricialmente, determinados profissionais "que, embora atuando

na atenção básica, não estejam na equipe, mas usem, em conjunto, a equipe", explica. Em sua opinião, aumentar simplesmente o número de profissionais, como vêm defendendo entidades de classe, pode ser sinônimo de profissionais ociosos em excesso.

Para o médico-pediatra e de Saúde Pública Gilson Carvalho, mínima ou não, o que se quer é que a Saúde da Família como estratégia da ABS resolva os problemas da população. "O PSF é uma das maneiras de se fazer atenção básica, como podem existir várias outras, é uma ação com pouca tecnologia de materiais e equipamentos e alta tecnologia de conhecimento e relação humana", defende. Independentemente do nome que receba, diz, o importante é que o serviço se caracterize como a maneira preferencial de primeiro contato do cidadão com o SUS.

Ao refletir sobre o tema, Gilson faz algumas perguntas. A primeira é: a ABS, sendo a porta de entrada no SUS, deve se limitar às ações do generalista ou a ele se juntariam outros profissionais? Ele tem uma resposta: "Todas as profissões de saúde, com maior ou menor intensidade, têm contribuições a dar aos cuidados primários de saúde".

A segunda pergunta: em que momento, em que intensidade, em que tempo e em que lugar novos profissionais devem ser inseridos no PSF? Em relação ao momento, no início, na ação intermediária ou na indicação final? Quanto à intensidade, a inclusão deve ser feita na mesma proporção dos profissionais médicos e enfermeiros ou em alguma razão de proporcionalidade entre os integrantes da equipe? O tempo: hoje ou amanhã? Sobre o lugar: ontem para uns municípios, a médio e longo prazo para outros?

A resposta estaria no estabelecimento de todos os critérios do sistema de forma lógica, científica e ética. "A questão mais fundamental é saber a contribuição a ser dada por cada um dos profissionais à atenção primária ao cidadão", entende Gilson.

Em suma, algumas condições são essenciais quando se pensa em aumentar as equipes de PSF. A primeira é saber o que fazer em cada nível de cuidado. A segunda é situar este "o que fazer" na linha do tempo, se no princípio, meio ou fim do cuidado à saúde. A terceira condição é que haja uma relação ideal de proporcionalidade entre os vários componentes da equipe.

A quarta é a adequação à realidade de tempo e local. E, por fim, atender à viabilidade econômica e financeira do sistema de saúde.

35

7

8

9

Edmundo reconhece a necessidade de outros profissionais e, por isso, vem propondo ao Ministério da Saúde que retome a idéia de implantação dos Núcleos de Atenção Integral, aprovada na Comissão Intergestores Tripartite. Ela propõe aos municípios a contratação de equipes multiprofissionais em apoio às equipes de saúde da família (nos moldes das equipes matriciais de Campinas). "Desta forma, os profissionais contemplados nos núcleos poderiam dar apoio e suporte técnico às equipes de PSF",



Gilson conclama os profissionais a apresentarem propostas de trabalho e sua justificativa para se inserirem na equipe dos cuidados primários de saúde. “Há alguns anos, em fóruns próprios ou gerais, tenho provocado vários profissionais”, conta. “Não tenho tido retorno, o que não quer dizer que não estejam alguns fazendo este trabalho e bem”.

Falar de PSF conduz sempre ao debate sobre a formação profissional ideal. Um dos modelos é a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). Instituída com base na Lei nº 11.129, de 30 de julho de 2005, a RMS passará a existir, de fato, quando for assinada a portaria que cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Esta comissão promoverá a integração de todas as profissões do setor Saúde, exceto medicina (que já tem sua residência), com a função de avaliar, credenciar e regular os cursos.

A minuta da portaria está sendo analisada pelos ministérios da Saúde e da Educação. Diz o Art. 1º: “A Residência em área Profissional da Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde constituem modalidade do ensino de pós-graduação *latu sensu* destinada às profissões que se relacionam com a Saúde, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por ensino em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional”.


Maria Alice Pessanha de Carvalho, que na Ensp/Fiocruz coordena o Curso de Especialização em Saúde

da Família nos Moldes da Residência, explica que a RMS tem como princípio a interdisciplinaridade, garantindo a individualidade de cada categoria profissional. “A proposta é formar para o SUS, especialmente para a estratégia Saúde da Família, que tem caráter multidisciplinar”, diz.

A professora integra o grupo de trabalho que formulou a minuta da portaria interministerial. Criada a comissão, o curso da Ensp, por exemplo, poderá tornar-se residência multiprofissional de fato – e não mais “nos moldes”, como atualmente (ver box).

Na opinião de Gastão Wagner, esta é uma forma de capacitação muito eficaz em saúde. “Mas a prioridade deverá ser a equipe mínima”, ressalva. “A incorporação de outras profissões deverá ter escala menor, senão não haverá emprego para essas pessoas”.

Para Gilson Carvalho, a RMS é um dos instrumentos para correção de impropriedades na formação e aprimoramento da ação de várias profissões da saúde. “São dois proveitos numa única ação”, resume: o específico de cada profissão de saúde e o geral, que é o trabalho em equipe multiprofissional, estarão intervindo sobre uma mesma realidade.

O mesmo pensa o presidente do Conasems, para quem a RMS é fundamental para a articulação das profissões da área de saúde, integrando ensino e serviço. Para tanto, diz Edmundo, precisamos pensar em estratégias que garantam a mudança na grade curricular para que tais residências possam dar conta das necessidades do SUS e do Saúde da Família. 

## Da especialização à residência multiprofissional

**A** formação em serviço é uma prática da residência médica reproduzida por muitos cursos de especialização em saúde, a exemplo do curso de especialização em Saúde da Família nos Moldes da Residência da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Criado em 2003 em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, a partir da demanda de aumento do número de equipes do PSF no Rio de Janeiro, o curso tem como elementos fundamentais a integração formação-trabalho, a aprendizagem visando a promoção de competências profissionais, a problematização da realidade, o processo ensino-aprendizagem centrado no aluno e a avaliação e a certificação baseadas em desempenhos profissionais. “O curso

está todo pautado na metodologia da problematização e na utilização de casos reais”, conta Maria Alice

Segundo a coordenadora, são cinco unidades – ou módulos – de aprendizagem. A primeira é formada por um ciclo de debates sobre a estratégia Saúde da Família, aberta à comunidade. A segunda unidade é de identificação de necessidades e potencialidades da oferta, “um diagnóstico do território de atuação”. Na terceira unidade, os alunos recebem aulas estruturadas na escola e aulas práticas em serviço. Na quarta unidade, os alunos fazem planejamento de intervenção no campo. A quinta e última unidade é de avaliação da execução do trabalho. Todas as unidades estão agregadas a equipes já existentes de PSF do Rio de Janeiro.



# A Isso

*Claudia Rabelo Lopes*

No debate *Da Sars à gripe aviária: lições aprendidas e novos desafios*, no Abrascão, os especialistas americanos George C. Benjamin e David Heyman, o canadense David Butler-Jones e o brasileiro Jarbas Barbosa Silva Júnior falaram sobre o impacto potencial de uma pandemia de gripe aviária em humanos e de como seus governos estão encarando essa ameaça. O público, de diversas nacionalidades, lotou o auditório do Pavilhão 4 do RioCentro em 25 de agosto.

O governo dos Estados Unidos estima que, no caso de uma pandemia de gripe, aproximadamente 1,8 milhão de pessoas morreriam no país, 10 milhões teriam que ser hospitalizadas e 30% da população seriam afetados. Segundo David Heyman, do Programa Estratégico de Segurança Nacional do Centro de Estudos Internacionais e Estratégicos (CSIS, na sigla em inglês), é preciso planejamento para uma situação desse porte, pois, embora a pandemia não seja realidade neste momento, estão postos todos os elementos para que ocorra, com exceção da transmissão entre humanos.

Heyman disse achar provável que, na primeira onda de uma pandemia de gripe aviária, não se possa ainda contar com uma vacina. Nesse caso, os anti-virais podem ajudar a reduzir o número de óbitos, mas seus efeitos sobre a transmissão da doença seriam modestos. O melhor caminho para o controle da infecção seria o que ele chamou de “medicina antiga”: intervenções não-farmacológicas como medidas de higiene, isolamento e uso de equipamentos como máscaras e



# ameaça da gripe aviária ou... é tudo uma grande paranóia?

umidificadores. "Tudo isso baseado em estudos feitos sobre o que funcionou na epidemia de 1918", disse.

O foco prioritário dessas intervenções deve ser a interrupção do ciclo de transmissão, reduzindo o contato com pessoas infectadas. Mas, com a síndrome respiratória aguda (Sars) aprendeu-se que é preciso repensar o conceito de quarentena e procurar usar as medidas menos restritivas possíveis. Um novo conceito seria o de distribuir as pessoas de modo que fiquem menos expostas, modificando horários de trabalho, por exemplo. Ele considera que, além dos órgãos de saúde, os de defesa civil e segurança pública devem ser envolvidos no planejamento.

nidade deve ser chamada a elaborar o planejamento com os órgãos públicos, e cada família deve ter seu próprio plano de resistência". Além disso, é preciso dar especial atenção aos grupos mais vulneráveis socialmente.

O Canadá foi um dos países afetados pela Sars, computando 24 vítimas fatais. Para David Butler-Jones, da Agência de Saúde Pública, no atual contexto de urbanização, mudanças climáticas e disparidades econômicas, é impossível prevenir completamente o aparecimento ou o reaparecimento de epidemias, mas podemos reduzir seus impactos. Ele disse acreditar que a principal arma contra uma possível pandemia de gripe é a informação de qualidade e o envolvimento da população na elaboração das estratégias de ação. "É preciso sermos honestos sobre o que sabemos, o que não sabemos e o que as pessoas podem fazer", afirmou.

Sobre medidas drásticas, como fechamento de fronteiras, estudo feito no Canadá mostrou que não se trata de uma boa idéia. Nos aeroportos, por exemplo, a medida considerada mais efetiva, no momento, é o controle do trânsito de aves e a garantia de que os passageiros conheçam os sintomas e saibam o que fazer se se apresentarem. Ou seja, educação é a chave. Nesse sentido,

Jones ressaltou o papel da mídia para que as pessoas tenham acesso fácil e rápido às informações corretas, na medida em que o tempo é um fator crucial no controle da transmissão.

Jarbas Barbosa, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), reconheceu que não se sabe se, quando nem com que gravidade uma pandemia de gripe aviária poderia acontecer. O importante, então, são as

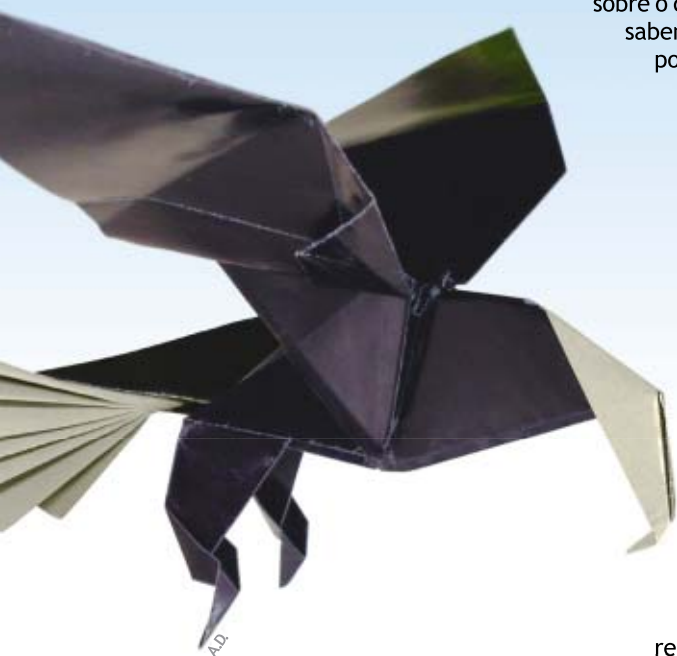
medidas que podem ser úteis na resposta a qualquer emergência, especialmente no que se refere a treinamento de equipes, reforço da estrutura dos laboratórios, produção e aplicação de vacinas das gripes sazonais, além da avaliação de medidas não-farmacológicas para a produção de evidências sobre eficácia.

"Medidas que não têm efetividade dispersam recursos, causam descrédito na população e atrapalham as ações efetivas", usou Barbosa seu bom senso, acrescentando que as autoridades sanitárias precisam agir com base racional, e não impulsionadas pelo pânico público ou pela mídia.

Um representante da Índia questionou as medidas apresentadas pelos debatedores, alegando exatamente a falta de evidências sobre sua efetividade. Houve uma discussão em torno do possível fechamento das escolas, proposto por Heyman. Para seu colega canadense, a medida não é boa se não for possível garantir que crianças e adolescentes não frequentarão outros locais públicos fechados, como cinemas e shoppings, além de causar problemas aos pais que trabalham fora.

George Benjamin concordou que seria uma estratégia complicada, pois, em alguns locais, a escola é o único lugar em que as crianças têm garantida uma refeição por dia. Heyman replicou: "É preciso ser criativo". E sugeriu que os ônibus escolares sirvam não para levar crianças, mas para distribuir comida às residências.

Muitas são as incertezas em relação a uma pandemia de gripe aviária. Alguns especuladores afirmam que a doença surgiria no Brasil no mês de setembro, época de migração das aves. Em debate sobre o assunto no Centro de Estudos do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), em 29/9, Fernando Barros, coordenador do Departamento de Vigilância Epidemiológica da SVS/MS, afirmou não ter como saber como, quando e onde a gripe surgirá. "O surgimento está ligado a fatores ecológicos, sociais e até econômicos. Nem mesmo podemos saber qual será a cepa pandêmica. A cepa conhecida pela sigla H5N1 é a mais provável. Mas pode aparecer outra", reconheceu.



George C. Benjamin, da Associação Americana de Saúde Pública (APHA), disse que, se a pandemia ocorrer, o país deve estar preparado para lidar com uma possível irrupção social, garantindo a integridade dos serviços básicos. Ele defendeu que as estratégias não venham a ser feitas apenas pelo pessoal dos gabinetes: "A comu-





# Pelo bem da humanidade ou... Voltemos a lembrar das pessoas!

Wagner Vasconcelos

A frieza tecnológica está relegando as pessoas a segundo plano. Foi esse, em parte, o tom da fala de Reinaldo Guimarães, vice-presidente de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz, em 24 de agosto, no Abrascão. Em sua palestra *Ciência, tecnologia e saúde pública: uma longa jornada*, ele disse que “estamos tão prenhes de ciência e tecnologia que esquecemos o estado de saúde das populações”.

Para mudar esse quadro, algumas mediações necessárias nos campos de C&T e saúde. A primeira delas seria a elaboração de ações cujo foco seja sempre o estado de saúde da população. As pesquisas geram um novo conhecimento, disse, apontando para outra mediação, a transformação desse conhecimento em ações de saúde. “Um conhecimento voltado para a intervenção e para a compreensão”.

Reinaldo destacou que vivemos um momento de “criação” (e fez questão de frisar as aspas para dizer que criação nem sempre representa algo novo). No momento de transição que o mundo atravessa, há um terreno específico para a pesquisa em saúde pública, apesar das falhas observadas em relação à transferência das ações de pesquisa ao campo da saúde pública.

Retomando a discussão conceitual presente em tantos momentos do congresso, Reinaldo lembrou que o sanitário foi um movimento político desde o início — “que vem se diluindo”. Há sinais de esperança: a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde seria um exemplo de que o movimento pode se fortalecer novamente.

Ao mostrar uma ilustração do início do século passado, de crítica às campanhas de vacinação, consideradas inúteis num determinado período da história, contou: “Diziam até que as crianças estavam sendo maltratadas”. Saúde pública, por conceito, é um conjunto de medidas para garantir população saudável, com um conjunto de missões, entre as quais o monitoramento do estado de



Reinaldo Guimarães no Abrascão: “O movimento sanitário foi político desde o início, mas está se diluindo”

FOTO: ARISTIDES DUTRA

saúde das pessoas, o diagnóstico e as investigações dos problemas de saúde, informação e educação, o desenvolvimento de planos de ação e a pesquisa para soluções inovadoras.


Das práticas de saúde pública, destacou a aproximação com a coletividade, a promoção e a prevenção. E disse não ver diferença entre pesquisa em saúde pública e pesquisa em saúde. “Não faz mais sentido uma identidade específica para pesquisa em saúde pública”, afirmou, defendendo uma visão que abarcar esses campos ainda compreendidos como distintos.

Citou o exemplo da gripe aviária, que redundou numa série de ações como vigilância, profilaxia, logística, diagnóstico e tratamento, pelas quais o mundo se prepara para combater as epidemias. A vigilância e a logística pertencem a campos específicos da saúde pública, mas a profilaxia, o diagnóstico e as demais envolvem investimentos que não têm a ver com os aspectos da saúde pública tradicionalmente conhecida. As ações de saúde requerem o novo conhecimento a que ele se referiu no início de sua fala, com base em determinantes (como epidemiologia, ciências sociais e demografia), em ferramentas (como desenvolvimento biomédico e pesquisa clínica) e em procedimentos.

Reinaldo lembrou que os cuidados com a saúde da população se tornaram preocupação do Estado a partir do século 18, e, depois, já no século 19, com movimentos como a Revolução Industrial. Mais tarde, voltou à tona no século

20, com a formulação do Estado do Bem-Estar Social. As pesquisas em C&T começaram a se aproximar da saúde da população a partir de meados do século 19, especialmente devido à influência de pesquisadores como o epidemiologista inglês John Snow (1813-1858), o francês Louis Pasteur (1822-1895), o polonês Rudolph Virchow (1821-1902) — o pai da patologia moderna e da medicina social —, o bacteriologista alemão Heinrich Hermann Robert Koch (1843-1910) e tantos outros. Havia ainda determinantes sociais como urbanização, saneamento e vacinação, que influenciaram nas intervenções em saúde.

Lembrou também a importância mais recente de pesquisadores como o fisiologista neozelandês Maurice Wilkins (1916-2004), o físico britânico Francis Crick (1916-2004) e o biólogo americano James Watson (1928), vencedores do Nobel de Medicina em 1962 pela descoberta da estrutura da molécula do DNA. Para ele, se aplicássemos o conhecimento que já detemos haveria impacto maior na saúde e na doença do que qualquer nova produção ou tecnologia a ser introduzida na próxima década.

Os desafios que se colocam para o futuro, portanto, recaem sobre as intervenções para o bem do homem, seja para seus anos finais de vida, seja para sua esfera reprodutiva, seja para as necessidades individuais e coletivas de saúde. E também devemos nos preparar para todos os desafios éticos que nos impõe o desenvolvimento científico e tecnológico. 



# Bioética em 2006, balanço e desafios



**A** bioética atravessa um momento histórico de amadurecimento, testada por grandes questões como a pesquisa com seres humanos. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Unesco, agência da ONU para educação, ciência e cultura, que foi homologada em outubro de 2005, é agora um referencial concreto de poder moral muito forte que servirá

de roteiro para a legislação sobre o tema em todos os países.

Esta é a síntese da palestra do sanitarista Volnei Garrafa, professor da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília, proferida na aula inaugural do corrente Curso de Atualização em Ética Aplicada à Pesquisa Científica na Ensp/Fiocruz. Organizado pelos pesquisadores Sérgio Rego (Ensp/Fiocruz) e Marisa Palácios (Nesc/UFRJ), coordenadores dos Comitês de Ética

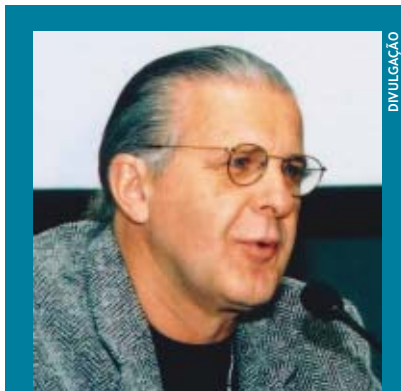
em Pesquisa (CEP) de suas instituições, o curso é resultado de parceria com o Decit/Ministério da Saúde. Participaram ainda o vice-presidente de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fiocruz, Reinaldo Guimarães, que falou sobre "Divisões internacionais do trabalho em ciência e tecnologia e a pesquisa em saúde no Brasil", e o coordenador do Núcleo de Bioética da Ensp, Fermin Roland Schramm, que preside a Sociedade de Bioética do Rio de Janeiro.



Volnei recuou à segunda metade do século passado, de acelerado desenvolvimento científico e tecnológico nos Estados Unidos, especialmente na pesquisa com seres humanos, para citar a Comissão Americana para a Proteção da Pessoa na Pesquisa Biomédica e Comportamental, que, convocada pelo governo, debateu o tema ao longo de quatro anos e divulgou, em 1978, o Relatório Belmont, que levanta os princípios básicos da bioética principialista. O palestrante fez parêntese no histórico para condenar o chamado “duplo standard” ou duplo padrão ético de pesquisa com seres humanos, que os países industrializados “querem enfiar goela abaixo dos países pobres”. Se a ética sucumbir a dois padrões de pesquisa, precisaremos fazer outra bioética, disse. “É muito importante abriremos bem os olhos porque em órgãos governamentais há formas de ver essa questão que não são as que o Estado brasileiro defende internacionalmente, ou seja, o padrão único e o controle das pesquisas”, alertou.

O Ministério da Saúde convocou comissão para rever a Resolução 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), uma das 15 comissões intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde. A resolução contém diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos — “ela é boa, mas envelheceu, ficou acanhada para o tamanho do desafio”, disse Volnei. E não pode ser uma comissão de técnicos iluminados, mas gente com experiência na área: “A resolução tem que ser melhor, não pior”.

O professor reclamou da demora na votação do anteprojeto de lei ordinária de criação do Conselho Nacional de Bioética, há um ano no Congresso, “um entre tantos vazios no Brasil”: a França tem o seu desde 1982, a Itália, desde 1989, Portugal, desde 1990. Para ele, a Lei de Biossegurança (Radis 32) é “um monstrego” que juntou três coisas completamente diferentes: o funcionamento da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (Ctnbio), o uso das células-tronco e os transgênicos. “O Executivo não encaminhou um projeto tão mal trabalhado”, afirmou. “É que o relator era Ney Suassuna, hoje entre os parlamentares-sanguessugas, que na época até gaguejava ao falar do tema”, criticou.



DIVULGAÇÃO

**“Temos que avançar de uma bioética contemplativa e descritiva para uma bioética interventiva e socialmente comprometida”**

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos tomou dois anos e meio de debates. “É um documento humanista e democrático, com base em relatório do italiano Giovanni Berlinguer e do filipino Leonardo de Castro, mas durante a preparação foi ficando tecnicista... quando nos demos conta estava nos moldes dos interesses do Hemisfério Norte”: medicamentos, patentes, lucro, mercado. Surgiu então um movimento de resistência. “Que, digo com orgulho, foi iniciado aqui na América Latina”. O ministério argentino de Justiça e Direitos Humanos reuniu em novembro de 2004 11 países latino-americanos. Saíram dois documentos, um formal, a *Carta de Buenos Aires*, e um político, cobrando a pauta social, ambiental e sanitária no debate da bioética. “Em janeiro de 2005, a reunião de Paris acatou algumas sugestões de Buenos Aires”.

Depois, em abril, tomou três dias de debate sobre o ponto 1 da declaração, que definia o conceito de bioética. Ficou claro que há não uma bioética, mas bioéticas, e cada cultura deve procurar seus valores. “Não podemos ficar importando acriticamente os dos outros”. Ficou decidido que não haveria definição, “o que para nós foi uma primeira vitória”. Mas os países ricos davam as cartas: os EUA falavam, Japão apoiava, Alemanha e China “eram pausmandados”, e também Austrália, Reino

Unido e Holanda. “Estávamos perdidos; então pedi ao embaixador do Brasil na Unesco, que hoje é cônsul-geral em Milão, Antônio Augusto Dayrell de Lima, para articularmos com a América Latina”, lembrou Volnei. “E fechamos posição contrária ao que estava sendo encaminhado”.

Na abertura da reunião seguinte, o embaixador disse: “Se vocês quiserem continuar com esse encaminhamento, não vamos assinar.” Argentina, Costa Rica e México apoiaram “e fomos tomando conta da reunião”. Mudou o direcionamento das coisas. “O artigo 14, por exemplo, falava em saúde pública, mas como nos EUA saúde não é direito de todos e dever do Estado, eles não queriam a universalidade”, disse Volnei. “É questão ideológica; acabou entrando, mas foi muito difícil”.

Nada de imperialismo moral, sustentou o professor. E o que é o imperialismo moral traduzido na bioética? “Os quatro pontos da bioética principialista — autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça —, que os países mais experientes teriam o direito moral de exportar”. Volnei ressaltou: “Não quero que esse discurso pareça antiprincipialista — os princípios são bons, mas sabidamente insuficientes”, afirmou. “A bioética principialista é anglo-americana, e tem que ser vista com cuidado”.

Assim, é preciso contextualizar esse relativismo ético e moral em cada região, em cada cultura. “Temos que avançar de uma bioética inicialmente neutra, mas contemplativa e descritiva, para uma bioética crítica, interventiva e socialmente comprometida”, defendeu. “Isso é a bioética aplicada, no sentido de transformar a realidade para melhor”. Volnei aproveitou para anunciar o livro *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano* (Editora Gaia), que reúne oito conferências do seminário Estatuto Epistemológico da Bioética, de novembro de 2004, em Montevideu (pág. 18). “É uma tentativa de pensar com nossas próprias cabeças, e não com a dos outros”, disse. Inclusive a da igreja. “A bioética não é mais canônica, a igreja fazer bioética é complicadíssimo porque as visões religiosas partem de absolutos morais e exigem fé — quando a bioética é basicamente diálogo”.

Na opinião de Volnei, o desenvolvimento científico e tecnológico atropelou os parâmetros morais. Um exemplo: uma repórter procurou-o para que comentasse um episódio ocorrido em Los Angeles. (“Quando jornalista me liga penso logo: lá vem...”, brincou.) Um casal de mulheres teve um filho. “Isso é velho, respondi; já aconteceu na França, em 1991: compram esperma, o médico tira o óvulo de uma delas, procede à fecundação *in vitro*, bota no útero da outra e nasce o filho – eticamente discutível, mas tecnicamente possível”. A repórter interrompeu: as duas mulheres eram surdas congênitas, conseguiram um doador de esperma surdo congênito e hoje de manhã nasceu a criança, surda congênita. “O que o senhor acha disso? Estou preparando matéria para domingo”. Risos na plateia. Volnei disse que ligaria para alguns colegas e em um ano daria a resposta. Gargalhadas na plateia.

Como avaliar isso? “Até o início do século 20, tínhamos um tempo natural de reflexão ética, mas a ciência nos roubou esse tempo de amadurecimento moral”, disse. “Se não resolvemos nem a questão do aborto, da eutanásia, quanto mais essas novas questões”. Então, a bioética ajuda nessas reflexões. “Às vezes nem dá a melhor resposta, dá uma resposta minimalista, mas pelo menos baseada em referências”. Volnei respondeu à repórter que as mulheres estavam usando uma eugenia ao contrário. Os nazistas queriam um “ser superior”, enquanto elas programaram um ser com deficiência. “Imagine se quisessem uma criança sem braço? Seria absurdo”.

Resumindo, a bioética de hoje é pluralista, e essas questões devem ser discutidas pela sociedade de maneira inter, multi e transdisciplinar. As disciplinas devem conversar umas com as outras – ciências sociais, biológicas e da saúde –, ser transdisciplinar, para dar um salto e gerar conhecimento novo que traga mais luzes a determinados conflitos. A Declaração da Unesco agrega um conhecimento complexo, vai além da soma de partes. “Não se pode trabalhar de forma cartesiana, olhando as coisas em linha: precisamos trabalhar em rede”.

A declaração acrescenta princípios como dignidade e direitos hu-




## 27 de novembro • Dia Nacional de Combate ao Câncer

manos: alguns pensadores de países ricos têm dito que “dignidade” é um conceito subjetivo, que deveria ser substituído por autonomia. “Mas quem é autônomo nos países pobres?” Foi uma briga para incluir a palavra dignidade, contou. Benefício e dano, ou beneficência e consequência, mais autonomia e responsabilidade individual. O sexto artigo trata do consentimento. O sétimo, do indivíduo sem capacidade de consentir, e o oitavo, do respeito à vulnerabilidade humana e à integridade individual. Depois, privacidade e confidencialidade, mais igualdade, justiça e equidade. O 11º: não-discriminação e não-estigmatização, o 12º: respeito à diversidade cultural e ao pluralismo; 13º: solidariedade – “um valor latino, que não queriam incluir”. Responsabilidade social em saúde, eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos, redução da pobreza e do analfabetismo, compartilhamento dos benefícios, proteção do ambiente e da biodiversidade – “que os EUA também rejeitavam”.

A declaração não tem caráter legal, mas é um documento com poder moral muito grande, homologado por unanimidade, afirmou. Um roteiro para construções legislativas futuras nos países da ONU. No Brasil, por exemplo, entre os vazios legislativos inexplicáveis, “é um absurdo a ausência criminosa de regulação na reprodução assistida”, disse. “Temos bebês de proveta com 22 anos e não há legislação: clínicas fazem o que querem, sem controle”. Normalmente, uma fecundação assistida tem de 8% a 12% de possibilidade de sucesso, observou. Se conseguir 50% de sucesso, “a mercadoria é mais rentável, a clínica vai ganhar mais”.

Volnei contou que começou na Inglaterra e na Austrália o primeiro estudo acompanhando pessoas nascidas de reprodução assistida. E surgem algumas inquietações, como o câncer de mama precoce. Um *aprendiz de feiticeiro*, que faz isso como rotina aqui, ao ser perguntado se seleciona a doadora de óvulos, respondeu, diante de 300 pessoas: “Mas é claro, minha filha, você acha que eu vou pegar o óvulo de um tribufu qualquer?” Exatamente nessas palavras, disse Volnei. “O mundo é bom porque tem feio, bonito, baixinho, alto, preto, branco, amarelo, homossexual, bissexual, trissexual... É o pluralismo”, resumiu.

São essas pesquisas “infantis, até”, que estão fragilizando a espécie humana, afirmou. E não há controle sobre isso: a única legislação é uma resolução do Conselho Federal de Medicina de 1991, para os médicos, que só podem implantar no útero da mulher no máximo quatro embriões. “Levamos 6 bilhões de anos para chegar até aqui, na espécie humana, a que melhor se desenvolveu; dominamos tudo, mas pela primeira vez na história estamos mexendo na intimidade da vida humana”, disse. “Esperamos que seja para melhor, para nos dar mais longevidade, e temos que avançar com precaução porque determinadas coisas não têm volta, mas a precaução não é um princípio de que as pessoas que defendem o desenvolvimento científico e tecnológico gostem muito”. 

### Mais informações

Íntegra da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: [www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/declaracao/declaracaojulho2006.pdf](http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/declaracao/declaracaojulho2006.pdf)



# Um estudo para salvar bebês da Aids

**E**studo internacional que abrange Brasil, Estados Unidos e, mais recentemente, Argentina e África do Sul busca descobrir, entre três coquetéis de medicamentos anti-retrovirais, o mais eficaz contra a transmissão vertical do HIV, ou seja, de mãe para filho. O Brasil participa com oito centros — dois no Estado do Rio, dois em São Paulo, um em Minas Gerais e três no Rio Grande do Sul.

Patrocinado pela Sessão de Aids em Crianças, Adolescentes e Mães do Instituto Nacional de Saúde e Desenvolvimento Humano da Criança (NICHD), em colaboração com o Instituto Nacional de Alergias e Doenças Infecciosas (NIAID), ambos da rede de Institutos Nacionais de Saúde (NIH) dos Estados Unidos, o estudo teve início em março de 2004 e é coordenado pela infectologista Valdiléa Gonçalves Veloso, diretora do Instituto de Pesquisas Clínicas Evandro Chagas (Ipec/Fiocruz). O nome comprido (“NICHD/HPTN 040 — Fase III do estudo clínico randômico sobre a segurança e a eficácia de três esquemas terapêuticos anti-retrovirais neonatais para a prevenção da transmissão do HIV-1 no parto”) não esconde a relevância da iniciativa.

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer em qualquer período: na gestação, no trabalho de parto, no próprio parto e também durante a amamentação. Sem qualquer intervenção, a transmissão ocorre em cerca de 30% dos casos. De acordo com a coordenadora, desde a publicação dos resultados do estudo PACTG 076, em 1994, sabe-se que a transmissão vertical pode ser reduzida com os anti-retrovirais, e estudos posteriores demonstraram que a transmissão pode cair até mesmo quando a administração das drogas é tardia, já no curso da gestação ou mesmo no parto, ou ainda administradas apenas ao recém-nascido, afirma. “Intervenções

não-medicamentosas como a cesariana eletiva e a substituição do aleitamento materno contribuem para a redução da transmissão”, informa a pesquisadora. O uso conjunto dessas intervenções pode reduzir a transmissão para menos de 2% dos casos.

O desenho original do estudo previa a participação apenas de Brasil e Estados Unidos, países em que a maior parte das mulheres tem diagnóstico de Aids no pré-natal — o que é o ideal. Mas para que seja atingida a previsão de cerca de 1.700 crianças nascidas de mulheres infectadas pelo HIV foram convidados a participar um centro em Joanesburgo, na África do Sul, e outro em Buenos Aires, na Argentina. Até outubro estavam cadastradas 600 crianças, a maior parte recrutada pelas equipes do Rio de Janeiro.

O diagnóstico oportuno, abrindo caminho para as intervenções necessárias — como os anti-retrovirais, a cesariana ou a substituição da amamentação —, ainda é um grande desafio para os países em desenvolvimento, observa Valdiléa. No Brasil, cerca de 30% das mulheres grávidas com HIV chegam ao trabalho de parto sem saberem que estão infectadas ou sem qualquer prevenção da transmissão, embora a rede pública ofereça diagnóstico e tratamento. “Isso acontece por uma combinação de barreiras enfrentadas pelas mulheres mais vulneráveis no acesso ao sistema de saúde, que ficam sem os cuidados do pré-natal ou recebem cuidados de baixa qualidade”, aponta a infectologista. Por exemplo, o médico não oferece o teste; ou, se oferece, o resultado demora tanto que o bebê nasce antes que a mãe inicie o tratamento, e a criança acaba por não se beneficiar dos recursos. “No Brasil, o pré-natal de baixa qualidade é um problema muito maior do que a falta do pré-natal”, avalia, “uma vez que a maior parte das brasileiras frequenta o pré-natal”.

De fato, segundo a Agência Fio-cruz de Notícias, dados do MonitorAids (<http://157.86.8.37/frames.htm>) apontam: em 2004, 96% das gestantes brasileiras tiveram ao menos uma consulta pré-natal; o teste de HIV foi pedido para 75% delas; o resultado não saiu antes do parto para 35%. Assim, o diagnóstico na hora do parto, com testes rápidos, é a única opção. Nesse momento, o uso de anti-retrovirais e a substituição da amamentação ainda podem impedir a transmissão, mas em nível bem inferior ao obtido no início da gestação. Para mulheres nessa situação, o Ministério da Saúde recomenda a administração de zidovudina (AZT) durante o parto, a substituição do aleitamento materno e a administração de AZT também ao recém-nato, informa a pesquisadora.

Quanto à melhor estratégia, ainda não há uma conclusão. “Nosso estudo vai avaliar que esquema de profilaxia com anti-retrovirais é mais eficaz na redução da transmissão no momento do parto: AZT sozinho (recomendado pelo Ministério da Saúde), AZT+nevirapina ou AZT+nevirapina+nelfinavir”, informa. Os laboratórios Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc. e GlaxoSmithKline Company doaram os medicamentos — zidovudina, lamivudina e nevirapina — como contribuição ao financiamento do estudo.

Todos os exames são feitos no Brasil, onde ficam armazenadas também todas as amostras biológicas. O Laboratório de Aids e Imunologia Molecular, do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), sob a responsabilidade de sua chefe, a bióloga Mariza Gonçalves Morgado, é o repositório de espécimes biológicos do estudo para os centros do Brasil. No Ipec/Fiocruz é feita a gerência dos dados do estudo provenientes dos centros.

Participam do estudo, no Brasil, o Hospital dos Servidores do Estado (Rio de Janeiro) e o Hospital Geral de Nova



Iguaçu (Baixada Fluminense); o Grupo Hospitalar Conceição – hospitais Conceição e Femina – e o Complexo Hospitalar da Irmandade Santa Casa da Misericórdia (Porto Alegre); a Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte); Universidade Federal de São Paulo e Universidade de Ribeirão Preto (São Paulo).

O médico José Henrique Pilotto, pesquisador do estudo no Hospital Geral de Nova Iguaçu, observou que o número de gestantes com o vírus HIV sem tratamento durante a gestação é 65% mais alto no Rio do que no restante do país. As cariocas não fazem pré-natal? “É possível que o maior recrutamento no Rio de Janeiro indique que um número significativo de mulheres continue com acesso limitado aos recursos de prevenção da transmissão vertical do HIV no sistema de saúde”, observa Valdiléa Gonçalves Veloso.

### NOTIFICAÇÃO É CRUCIAL PARA A VIGILÂNCIA

No texto de apresentação do *Boletim Epidemiológico Aids/DST 2005*, divulgado em dezembro passado, o então diretor do Programa Nacional de DST/Aids, Pedro Chequer, observava que as notificações sobre gestantes soropositivas para o HIV, de natureza compulsória desde o ano de 2000, vêm aumentando ao longo do período analisado, mas continuam aquém do número estimado nos estudos de prevalência nacional. Em 2004, segundo ele, das 12.644 gestantes soropositivas para o HIV estimadas, houve cerca de 52% notificações.


Para Pedro Chequer, a notificação de gestantes soropositivas ajuda não somente a identificar os fatores que contribuem para a transmissão vertical do HIV, mas também é instrumento importante de monitoramento das tendências do HIV na população de 15 a 49 anos de idade, representante da população sexualmente ativa do país (Íntegra da apresentação: [www.aids.gov.br/main.asp?View={C0A0AADB-861D-4F1D-B7EC-A15D14B530DB}](http://www.aids.gov.br/main.asp?View={C0A0AADB-861D-4F1D-B7EC-A15D14B530DB})).

A estimativa de 12.644 gestantes soropositivas para o HIV a que se referiu o ex-diretor do PNDST/Aids foi feita por um estudo de 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de todas as regiões do país. Segundo o estudo, 3 milhões de mulheres dão à luz no Brasil anualmente, e a taxa de prevalência de portadoras do HIV no momento do parto é de 0,42%, o que corresponde a 12.644 mil parturientes infectadas.

Para conhecer o mais precocemente possível o estado sorológico da gestante/parturiente/puerpe-

ra, o país tornou a notificação obrigatória pela Portaria nº 5 de 21/2/2006, publicada no Diário Oficial de 22/2/2006, Seção 1 página 34), conforme a Lei 6.259/75. Para que seja efetiva a vigilância epidemiológica, as unidades de saúde devem notificar mensalmente os casos de infecção de gestantes pelo HIV à instância municipal responsável, de onde as informações saem para as secretarias estaduais e, destas, para o Ministério da Saúde. Os fluxos

e os prazos de encaminhamento das informações devem coincidir com os das notificações de Aids.

Na tabela, o baixo número de notificações de gestantes soropositivas no Rio de Janeiro (88 entre janeiro e junho de 2005, contra 764 em São Paulo, 158 em Minas Gerais e 56 no Espírito Santo) possivelmente confirma a observação dos pesquisadores de que no Rio as mulheres vulneráveis têm acesso limitado aos serviços de prevenção do SUS. 

### Gestantes soropositivas (por ano de notificação)\*

Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
<b>Brasil</b>	<b>734</b>	<b>2.270</b>	<b>4.616</b>	<b>6.895</b>	<b>6.625</b>	<b>2.322</b>	<b>23.462</b>
<b>Norte</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>43</b>	<b>114</b>	<b>215</b>	<b>82</b>	<b>481</b>
Rondônia	0	0	3	7	10	4	24
Acre	8	6	9	2	5	8	38
Amazonas	0	0	0	6	79	16	101
Roraima	0	0	0	0	0	1	1
Pará	0	2	16	69	93	38	218
Amapá	1	0	1	17	1	3	23
Tocantins	0	10	14	13	27	12	76
<b>Nordeste</b>	<b>71</b>	<b>211</b>	<b>398</b>	<b>780</b>	<b>739</b>	<b>313</b>	<b>2.512</b>
Maranhão	5	11	39	61	54	3	173
Piauí	0	1	10	30	55	18	114
Ceará	0	66	60	113	147	59	445
Rio Grande do Norte	8	6	12	40	34	13	113
Paraíba	6	25	17	59	59	34	200
Pernambuco	43	82	164	236	185	91	801
Alagoas	2	7	13	30	35	10	97
Sergipe	2	0	10	28	8	28	76
Bahia	5	13	73	183	162	57	493
<b>Sudeste</b>	<b>392</b>	<b>1.175</b>	<b>2.002</b>	<b>3.416</b>	<b>3.448</b>	<b>1.066</b>	<b>11.499</b>
Minas Gerais	45	117	302	403	555	158	1.580
Espírito Santo	7	79	104	199	115	56	560
Rio de Janeiro	77	234	260	633	618	88	1.910
São Paulo	263	745	1.336	2.181	2.160	764	7.449
<b>Sul</b>	<b>144</b>	<b>661</b>	<b>1.862</b>	<b>2.173</b>	<b>1.905</b>	<b>748</b>	<b>7.493</b>
Paraná	9	71	104	357	357	155	1.053
Santa Catarina	97	323	464	467	401	136	1.888
Rio Grande do Sul	38	267	1.294	1.349	1.147	457	4.552
<b>Centro-Oeste</b>	<b>118</b>	<b>205</b>	<b>311</b>	<b>412</b>	<b>318</b>	<b>113</b>	<b>1.477</b>
Mato Grosso do Sul	46	21	46	95	68	20	296
Mato Grosso	16	29	44	59	93	42	283
Goiás	50	96	170	160	73	20	569
Distrito Federal	6	59	51	98	84	31	329

\* Casos notificados no Sinan até 30/6/2005

Fonte: MS/SVS/PN DST-Aids

## SERVIÇO

## LANÇAMENTOS

## PRÁTICAS EM SAÚDE PÚBLICA

**Atenção integrada às doenças prevalentes na infância – Implantação e avaliação no Brasil**, organizado por Antônio José Ledo Alves da Cunha, Yehuda Benguigui e Maria Anice Sabóia Fontenele e Silva, faz parte da coleção Criança, Mulher e Saúde da Editora Fiocruz. O livro apresenta uma série de textos de profissionais da área da saúde materno-infantil que oferecem um panorama da atenção integrada às doenças prevalentes na infância, estratégia reconhecida pelo Ministério da Saúde.



**Humanização dos cuidados em saúde – Conceito, dilemas e práticas**, organizado por Suely Ferreira Deslandes, é outro livro da coleção Criança, Mulher e Saúde da Editora Fiocruz. São artigos de vários especialistas que aprofundam a noção de humanização no campo da assistência à saúde, preocupação que tem norteadado iniciativas, discursos e até mesmo ações públicas como a Política Nacional de Humanização – o HumanizaSUS do Ministério da Saúde.



**Melhor prática em radiologia pediátrica, um manual para todos os serviços de radiologia**, de Jane Valmai Cook, Ângela Pettett, Kaye Shah, Susan Pablot, John Kyriou e Mike Fitzgerald, foi traduzido do original inglês *Guidelines on Best Practice in the X-Ray Imaging of Children*. O livro, publicado pela Editora Fiocruz, é fruto de cooperação técnico-científica entre instituições brasileiras e inglesas e



pretende contribuir para o aumento da qualidade nos procedimentos radiológicos infantis e, ao mesmo tempo, para a racionalização e a economia de recursos na área.

## ANTROPOLOGIA E SAÚDE

**Tabu do corpo e Tabu da morte**, ambos de José Carlos Rodrigues, fazem parte da coleção Antropologia e Saúde da Editora Fiocruz. Editado pela primeira vez em 1979, *Tabu do corpo*



foi a primeira publicação brasileira a analisar o corpo como sistema simbólico. O livro, reconhecido até hoje por seu valor acadêmico, apresenta uma análise de como certos princípios estruturais atribuem ao corpo humano um sentido particular e peculiar em diferentes sociedades. O segundo livro da coleção, *Tabu da morte*, publicado pela primeira vez em 1983, é um estudo antropológico da morte como um meio para aprofundar a compreensão da própria vida.

## VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer**, organizado por Marismar Horsth De Seta, Vera Lúcia Edais Pepe e Gisele O´Dwyer de Oliveira, publicado também pela Editora Fiocruz, articula saberes e prática entre academia e serviço. Trata tanto dos determinantes dos objetos de intervenção da vigilância sanitária quanto de seus métodos e instrumentos de intervenção em relação à política e gestão da saúde no Brasil.



## SOCIOLOGIA DA SAÚDE

**O aprendizado da sexualidade – reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**, organizado por Maria Luiza Heilborn, Estela M. L. Aquino, Michel Bozon e Daniela Riva Knauth, publicado pela Editora Fiocruz, explora os resultados de pesquisa sobre sexualidade e reprodução de mulheres e homens em plena juventude. O livro apresenta amplo repertório de situações que marcam a vida juvenil no Brasil.



## BIOÉTICA LATINO-AMERICANA

**Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano**, organizado por Volnei Garrafa, Miguel Kottow e Alaya Saada, apresenta os resultados de um simpósio promovido pela Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da Unesco. No livro, um grupo de bioeticistas analisa o estatuto epistemológico da bioética à luz do contexto sociocultural e político da região. Publicado pela Cátedra Unesco de Bioética, da Universidade de Brasília, e pela Global Editora/Gaia.



## ENDEREÇOS

## Editora Fiocruz

Av. Brasil, 4.036, sala 112  
Manguinhos  
Cep 21040-361 • Rio de Janeiro, RJ  
Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006  
E-mail [editora@fiocruz.br](mailto:editora@fiocruz.br)  
Site [www.fiocruz.br/editora](http://www.fiocruz.br/editora)

## Global Editora/Gaia

Rua Pirapitingui, 111, Liberdade  
CEP 01508-020  
São Paulo  
Tel. (11) 3277-7999  
Fax (11) 3277-8141  
E-mail [global@globaleditora.com.br](mailto:global@globaleditora.com.br)  
[gaia@editoragaia.com.br](mailto:gaia@editoragaia.com.br)

PÓS-TUDO

# O CAOS DA SAÚDE COMPLEMENTAR

Luis Nassif\*

Um dos setores mais mal resolvidos do país é o de saúde suplementar. É um caos administrado por uma porta, a Agência Nacional de Saúde [Agência Nacional de Saúde Suplementar] (ANS).

A cadeia produtiva do setor engloba planos de saúde, cooperativas médicas, hospitais, médicos, laboratórios clínicos e laboratórios farmacêuticos. O setor não se fala, não é solidário na administração de custos, não compartilha bancos de dados nem estatísticas, não valoriza a gestão.

O resultado é um caos. Os médicos prescrevem livremente, como se fôssemos um país europeu. Há uma lambança em pedidos de exame, sem avaliação adequada da relação custo/eficácia.

Sem estatísticas e sem metodologia, os planos se defendem da pior maneira. Na ponta do cliente pessoa física, se especializando em arrumar argumentos para não prestar o atendimento. Na ponta da pessoa jurídica,

abolindo qualquer análise atuarial. Simplesmente constituem uma carteira de empresas. Se a empresa for superavitária para o plano (o que ela paga é inferior ao que o plano gasta com seus funcionários) é mantida; se deficitária, é afastada sem nenhuma contemplação, como é a prática da Amil, a líder do setor.

Operadoras e seguradoras mais organizadas ao menos tentam manter pequenas empresas em grupo, administrando a carteira e não individualmente. Mas nenhuma investe em programas abrangentes de prevenção, por algumas razões, das quais a principal é o temor de, depois de investir, perder o cliente para concorrentes. A segunda razão é que não adianta uma empresa atuar em cima da sua clientela, mas o setor entender o universo de clientes como um todo único.

Se o setor fosse minimamente organizado, a questão da prevenção seria trabalhada por todos os planos de saúde atuando de maneira coordenada. Haveria investimento em uma infra-estrutura comum, deixando para a competição o que faz a diferença para o cliente final.

Na relação planos-hospitais, ou planos-laboratórios clínicos, haveria a compra antecipada de leitos

ou exames, pagando por capitação (pelo universo da população atendida) tornando quem atua na ponta (hospitais, médicos ou laboratórios) co-responsável pela administração de custos. E administrar custos não significa meramente reduzir exames, mas conseguir a melhor combinação custo-resolubilidade. O paciente que não é curado no primeiro atendimento, volta pior e mais caro.

O grande órgão articulador deveria ser a ANS. Caberia a ele providenciar a unificação dos bancos de dados, das estatísticas, criar *ratings* para premiar as boas operadoras e punir as más. Mas é um órgão apático, medroso, incapaz de fiscalizar e incapaz de bloquear as dezenas de operadoras aventureiras que entram e saem do mercado a todo momento.

Agora, como passo final dessa descoordenação, operadoras de planos de saúde começam de novo a verticalizar, a montar hospitais, laboratórios, na contramão da história e do bom senso.

A única saída, em determinado momento, será permitir a entrada de capital externo, que traga conhecimento para a montagem de parcerias e articulação dos diversos atores da cadeia produtiva.

\* Jornalista; publicado em 19/9/2006 na página Luis Nassif Online ([www.luisnassifonline.blog.uol.com.br/](http://www.luisnassifonline.blog.uol.com.br/))

# 3<sup>a</sup> Olimpíada Brasileira de Saúde e Meio Ambiente



Professores e alunos do Ensino  
Fundamental (5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> série) e Médio,  
venham participar!

Inscrições gratuitas.

Para mais informações:

[www.olimpiada.fiocruz.br](http://www.olimpiada.fiocruz.br)

## Telefones das Regionais:

Regional Norte (AC, AM, AP, PA, RO e RR) - Tel/fax: (92) 3621-2397/3621-2323

Regional Nordeste I (CE, MA, PB, PE, PI e RN) - Tel: (81) 2101-2500 ou 2101-2511

Regional Nordeste II (AL, BA e SE) - Tel: (71) 3176-2236

Regional Centro-Oeste (GO, MT, MS, TO e DF) - Tel:/Fax: (61) 3340-0340/ 3340-0724/ 3340-9826/3340-0467

Regional Sudeste (RJ e ES) - Tel: (21) 3865-9741

São Paulo - Tel: (11) 3218-2000 ramal: 2947

Regional Minas/Sul (MG, RS, PR e SC) - Tel: (31) 3349-7700 Fax: (31) 3295-3115

## Coordenação Nacional Fiocruz:

EPSJV - Avenida Brasil, 4365 Manguinhos, Rio de Janeiro-RJ, CEP 21.045-900

Tel: (21) 3865-9741

**Compartilhe com o Brasil o trabalho que você realiza na sua escola.**