

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



Nº 69 • Maio de 2008

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 ...



TUBERCULOSE

PANORAMA DOLOROSO NO ESTADO DO RIO

Amianto: novas (velhas) mentiras

DENGUE: O ALTO PREÇO DA OMISSÃO | VERSÃO PRELIMINAR DO RELATÓRIO FINAL DA 13ª

Mais vigor nos recados!

Marinilda Carvalho

O Ministério da Saúde bem que se esforça, mas suas campanhas parecem menos vigorosas do que deveriam. Dois pequenos exemplos: as “Dicas de combate” no *hotsite* da dengue (www.combatadengue.com.br/junteseaocombate.php) e o guia para médicos no portal (www.saude.gov.br).

Os quadrinhos das dicas são esclarecedores, menos o primeiro: incentiva o cidadão a encher de areia o pratinho de



COMBATER A DENGUE É UM DEVER MEU, SEU E DE TODOS.



Procure logo um serviço de saúde em caso dos seguintes sintomas: febre com dor de cabeça e dor no corpo.

www.saude.gov.br
DISQUE SAÚDE 1303

Sekretarias Estadual e Municipal de Saúde



Ministério da Saúde



água das plantas. Pois discorda disso o biólogo Anthony Érico Guimarães, do Instituto Oswaldo Cruz. Graduado em Biologia, especializado em entomologia e dengue/febre hemorrágica, com mestrado, doutorado e pós, o homem sabe das coisas. E afirma: em áreas de risco como o Rio de Janeiro não adianta botar areia no pratinho. Tem é que eliminar as plantas das casas. É o mínimo, fora calhas, caixas d’água e tudo o mais de que a população precisa cuidar, sim, por si mesma.

No outro exemplo, o ministério destacou o guia para médicos *Dengue – Decifra-me ou devoro-te*. Excelente idéia, já que não poucos médicos do Rio falharam no diagnóstico, em especial com crianças (aliás, Maulori Cabral, do Instituto de Microbiologia da UFRJ, deu à *Radis* a explicação desse fenômeno inadmissível em país tropical: Virologia é praticamente ausente no currículo de Medicina, e por isso “a maioria das mazelas de natureza infecciosa é considerada virose”; confira na edição nº 64).

A preocupação estética do guia — associada ao famoso enigma da Esfinge egípcia — compromete uma boa idéia. As informações estão em fundo preto e letra branca num espaço mínimo que exige rolagem freqüente de uma barrinha vertical. Complica a navegação. As dicas poderiam ser enxutas, dispostas com clareza própria para consulta rápida. Imaginem o médico inexperiente, coitado, rodeado de casos e em dúvida sobre sintomas, diante do computador em busca de esclarecimento...

Nessas horas, firmeza e precisão ajudam o público a entender melhor o recado da autoridade de saúde.

♦ Mais dengue nas páginas 10, 25, 26 e 35.

Solidariedade

O leitor de Pouso Alegre/MG pergunta se pode socializar nossas matérias com trabalhadores de saúde mental de outros municípios. Responderemos entusiasticamente que sim. Redes de interesse social e fios de solidariedade constituem os textos e a leitura desta revista.

Para combater preconceitos e conscientizar a população sobre detecção precoce e tratamento da tuberculose, há no bairro da Rocinha, Rio de Janeiro, o Grupo de Apoio a Ex-Pacientes, Pacientes e Amigos do Combate à Tuberculose. Com cerca de 111 mil casos novos e 6 mil mortes anuais no Brasil, a situação é agravada por más condições de vida. Para a especialista Margareth Dalcolmo, o sistema de saúde também tem sua responsabilidade: "Não existe paciente difícil de ser tratado, existe serviço ineficiente".

Na seção Pós-Tudo, reproduzimos artigo publicado no Boletim do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes). Inovações, ensina o pesquisador Carlos Morel ao falar do campo da saúde, aplicam-se a produtos, métodos, processos e estratégias. Importante é compartilhá-las, diz, seja pelas tecnologias de comunicação a distância ou pela interação pessoa a pessoa.

Em outra aula, Renato Janine Ribeiro, presidente da Capes — a agência tida como obstáculo à criatividade e à heterogeneidade na academia, por suas normas rígidas de avaliação —, surpreende ao exaltar a interdisciplinaridade e a abertura à novidade. Falando sobre um campo

de pesquisas em franco crescimento, a sanitarista Rita Barradas, também da Capes, afirma que o desafio é definir-se a área de aplicação da Saúde Coletiva, para facilitar aporte de financiamento, bolsas e publicações. Carlos Nobre, do Inpe, desenha quadro catastrófico das mudanças ambientais e afirma que as regiões mais pobres e menos responsáveis pela emissão de gases — como o Nordeste brasileiro — pagarão o mais alto preço pelo aquecimento global.

No debate sobre a dengue no Rio, o presidente do sindicato dos médicos, Jorge Darze afirma que a epidemia só aconteceu em função da omissão das três esferas do poder público, enquanto o prefeito César Maia pedia, na igreja do Bonfim, que o mosquito voasse para o oceano.

A comunidade GLBTT, proibida de doar sangue às vítimas da dengue, agora pode usar a seu favor o Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde, aqui antecipado: a grande maioria dos delegados aprovou a Proposta 40 do Eixo 1, pela revogação dessa medida discriminatória.

O frágil pulmão da ex-tecelã Ruth Nascimento — arrasado pela asbestose decorrente do amianto — já não lhe permite lutar pelo banimento total da fibra. Mas ela pode sempre contar com a incansável Fernanda Giannasi, da Rede Virtual-Cidadã e, agora com associações de juizes e procuradores.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

♦ Mais vigor nos recados! 2

Editorial

♦ Solidariedade 3

Cartum

3

Cartas

4



Súmula 7

Toques da Redação

10

13ª Conferência Nacional de Saúde

♦ Está (quase) pronto o relatório final 11

Debates na Fiocruz

♦ Questões capitais do nosso tempo 12

Tuberculose

♦ Ainda uma doença negligenciada 18
♦ Entrevista: Margareth Dalcolmo "Não existe mau paciente, só serviço ineficiente" 21

Amianto

♦ Indústria mente em busca de sobrevivida 24

Radis adverte

25



Dengue

♦ Baixo investimento mata 26

Febre amarela na mídia

♦ Lições de uma cobertura desastrosa 32

Serviço

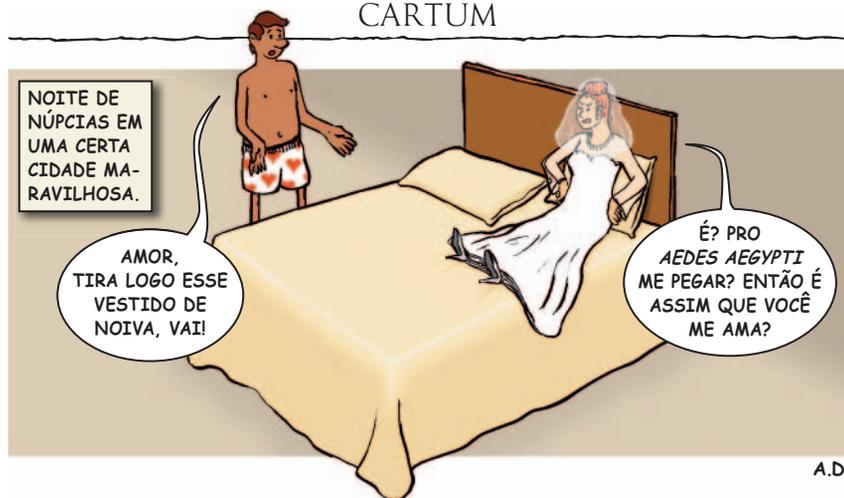
34



Pós-Tudo

♦ Saúde no Rio: as possibilidades da consolidação do SUS 35

CARTUM





CARTAS

TERAPIA COMUNITÁRIA



Que alegria! Recebi a *Radis* nº 67 e fiquei emocionada com a leitura da matéria "Terapia comunitária – Um oásis para resgate da auto-estima". Parabéns ao Dr. Adalberto de Paula Barreto e a sua equipe pela sensibilidade com a

dor humana. Acho que a medicina mais "humanizada" é o caminho. O doente não é um número de protocolo, não é simplesmente um prontuário textualizado... O doente, muitas vezes, não é doente – está doente!!! É antes de tudo um ser humano integral, individualizado, contextualizado com os recursos oferecidos pela natureza, com "dores emocionais" que, muitas vezes, vão construir dores físicas.

Gostaria de saber se a Fiocruz já oferece o curso a terapeutas comunitários. Em caso positivo, poderiam me passar, por e-mail, mais detalhes?

♦ Norma Lucia Ferreira de Moraes, professora, Rio de Janeiro

▣ *Prezada Norma, ver carta seguinte.*

Foi com prazer que vimos a matéria sobre a Terapia Comunitária na *Radis* e gostaríamos de parabenizá-los pela iniciativa e abordagem dada ao assunto. Aproveitamos a oportuni-

dade para informar que nossa equipe do Departamento de Endemias Samuel Pessoa, em parceria com o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da ENSP, tem trabalhado com essa metodologia desde meados de 2006, fazendo rodas de terapia comunitária com profissionais de saúde e educação, jovens e adultos moradores da região da Leopoldina – com apoio da Coordenação de Projetos Sociais da Fiocruz. Neste ano de 2008 estaremos constituindo um pólo formador na Fiocruz, como foi mencionado pelo professor Adalberto Barreto em sua entrevista, para formarmos novos terapeutas comunitários. Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

♦ Maria Beatriz Guimarães (beatriz.guima@ensp.fiocruz.br), Elaine Savi (elainesavi@ensp.fiocruz.br), Carla Moura (carlamoura@ensp.fiocruz.br), Eliane Cardoso (eliane@ensp.fiocruz.br); telefone para contato: (21) 2598-2686, Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro

EXPEDIENTE



Ministério
da Saúde



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 62.000 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

PROGRAMA RADIS
Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Katia Machado (subeditora), Adriano De Lavor, Bruno Dominguez e Karine Thames de Menezes (estágio supervisionado)

Arte Aristides Dutra (subeditor)

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Suzano Benigno

Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Renato Lucas e Cristiane de Matos Abrantes

Informática Osvaldo José Filho e Tiago Souza de Oliveira (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 (a seção *Radis* na Rede é semanal; *Últimas Notícias* atualiza matérias da edição impressa)

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.

Em primeiro lugar, a *Radis* tem sido de grande valia no meu trabalho no projeto Plantando o Futuro, que desenvolvo há 10 anos, coroado de sucesso, várias vezes premiado. Em segundo lugar, a matéria "Terapia Comunitária" é simplesmente inefável! Mostra uma verdade inconveniente à nação, refém dos laboratórios multinacionais. Parabéns, Dona Zilma, guerreira de todos os santos, Ossain [orixá das folhas] do Ceará, senhora do poder curativo das plantas brasileiras. Espero que seu exemplo de cidadania se multiplique Brasil afora, tal qual tiririca. Sobrevivo há 10 anos com hepatite C utilizando os recursos naturais das nossas florestas, cujos efeitos curativos e de qualidade de vida são milhares de vezes superiores ao mortífero interferon, que custa à nação brasileira 100 vezes mais que o grama do ouro.

Em terceiro lugar, o coordenador da área de Saúde Mental do Ministério da Saúde, com todo o respeito, está desinformado e equivocado. Em Ribeirão Preto (SP), a chamada ressocialização se transformou em manobra de expulsão. Óbito? Não, por aqui foi homicídio doloso, já denunciado pelo promotor de justiça criminal,

em trâmite no fórum local. São vários os “óbitos” misteriosos ocorridos intramuros no Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto. É imperioso que esse caso seja tratado com credibilidade e responsabilidade. As organizações internacionais e o governo brasileiro precisam tomar conhecimento do caso de Ribeirão Preto.

♦ Aloizio Ribeiro Olaia, Ribeirão Preto, SP

DE “INSUPERÁVEL” A “ABSURDA”



Escrevo para dizer que a *Radis* de janeiro/08 está insuperável – conteúdos da 13ª CNS na íntegra! Ao ler tudinho, via exatamente as cenas que necessariamente deveriam acontecer, mas me fez lembrar um velho título escrito na parede externa de uma faculdade de Medicina aqui em Petrópolis: “Se cobrir vira circo, se cercar é o hospício!” Enfim, não é o fim do caminho. Saudações!

♦ Maria Izabel Vianna Lauer, Programa Nacional de Amamentação/Centro de Saúde/Apoio, Petrópolis, RJ

Foi com grande alegria que recebi a *Radis* – edição da Conferência Nacional de Saúde. Embora não tenha podido estar presente neste encontro da democracia, a leitura da revista fez com que me sentisse em Brasília. As sensações foram, com certeza, próximas de quem estava presente. Passei da ansiedade à dúvida, da raiva à alegria, da esperança à decepção. Nas conferências, nem tudo é como imaginamos ou queremos, pois em nosso país-continente as diferentes comunidades têm interesses tão distintos que é difícil agradar a todo mundo. Já a *Radis* é diferente. Com certeza agradou a todo mundo. Sucesso!

♦ Altamiro Vilhena, Redenção, PA

Agradeço à *Radis* pela excepcional cobertura da 13ª CNS, pois nos dá a chance de ter acesso à essência deste encontro tão importante. Porém, não

posso deixar de registrar a minha triste surpresa com a fala do Sr. ministro da Saúde: “A conferência é consultiva, não deliberativa” (*Radis* 65), uma evidente tentativa de diminuir a importância de um evento que é ícone da democracia nacional, provavelmente devido ao malogro das propostas governamentais, como as fundações estatais. Isso é uma decepção para os mais de 1 milhão e 300 mil participantes desde as pré-conferências. O interessante foi a contradição que se estabeleceu com a fala do presidente Lula: “Hoje temos a convicção de que vocês podem orientar o governo federal e as políticas públicas de saúde” e “o voto contra ou a favor é parte da democracia brasileira”.

♦ Alan Machado Pereira, enfermeiro formado pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA

Absurda a reportagem de capa da Edição de janeiro: vocês estão defendendo o aborto? Não há nenhuma contra-argumentação, apenas a opinião de uma “dita feminista” que não conhece realmente o valor da vida. Ela alega que “o aborto é uma questão de saúde pública, de justiça social e de direitos humanos”. Acaso o ser humano que está sendo gerado não tem direitos? Direito a viver? Usar um periódico de um órgão público para fazer propaganda abortista é uma dupla ofensa ao princípio de finalidade pública da Administração, porque se trata:

1) de favorecer uma única corrente da opinião pública nacional, que nem sequer é majoritária ou estatisticamente relevante;

2) de fazer propaganda de uma medida que nem ao menos poderia vir a debate, pois a legalização do aborto ofende cláusula pétrea da Constituição Federal.

♦ Márcia Maria da Silva, artista plástica, Santa Maria, DF

▣ *Prezada Márcia, embora a Radis não seja porta-voz do Ministério da Saúde, é pautada por princípios e diretrizes do SUS, pelas bandeiras da Reforma Sanitária e pelas evidências epidemiológicas. Na edição nº 66, de fevereiro, o aborto é tratado do ponto de vista da epidemiologia e da saúde pública com profundidade. No mais, a criminalização do aborto nada tem a ver com as cláusulas pétreas (“Princípios fundamentais”) da Constituição Federal. Está em artigos (do 123 ao 127) do Código Penal, arcaico de quase 60 anos.*

REPRESENTATIVIDADE NOS CONSELHOS

Como fiel leitora da revista, não posso me abster deste debate proposto por Flavio Goulart na edição de janeiro (*Pós-Tudo, Radis* 65). O que me espanta é que, veio o Carnaval, março chegou e nenhuma das 48 entidades eleitas para o pleno do Conselho Nacional de Saúde se pronunciou neste nobre espaço de discussão do movimento sanitário brasileiro.

A sociedade escreveu há 20 anos em sua Carta Magna que todo poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente. A auto-regulação e o discurso autonomista apontados por Goulart são produtos de uma geração que consolidou a democracia no país após a ditadura militar e são legitimados por resoluções de um Conselho que existe há 70 anos, diferentemente da maioria dos conselhos de políticas sociais citados pelo autor.

O que mais me chamou atenção nos rumos que este *Pós-Tudo* toma é a personalização da discussão do papel do conselho de saúde na figura de seu presidente eleito (que é citado nominalmente várias vezes) e sua classificação como “ator externo”. O nascimento do Sistema Único de Saúde modificou definitivamente a configuração da instância colegiada consultiva para o Ministério da Saúde em 1990. Lei federal vincula os repasses financeiros à existência destes órgãos coletivos nos estados e municípios, que, prioritariamente, deveriam ser espaços de representação dos usuários, estes com metade dos assentos dos conselhos.

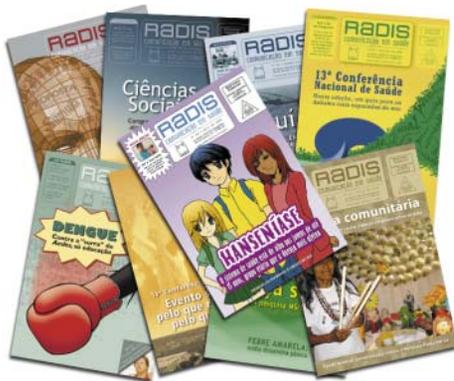
Para além da visão sectarista que o autor propõe, é preciso rever a questão da representatividade nos conselhos, fazer o controle do controle social, assim como acompanhamos atentos os mandatos do Poder Executivo e Legislativo eleitos. Isto ainda é uma aprendizagem em nossa jovem democracia. O mandato de um conselheiro não é de Maria, nem de João, mas de um coletivo. Aperfeiçoar os processos de escolha dos conselheiros, que devem ser amplamente divulgados, e o acompanhamento constante das instituições que eles representam, podem ser caminhos para diminuir a distância entre o idealizado e o real.

Outra discussão também não pode ser ignorada ou adiada: é impossível fiscalizar sem autonomia orçamentária. Para a sobrevivência deste SUS universal e equânime que preconizamos, é preciso muito espírito

solidário, trabalho multidisciplinar e humildade na constante revisão de atos e decisões.

♦ Angélica B. Silva, jornalista e integrante da Comissão Intersectorial de Comunicação e Informação em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, Rio de Janeiro

NO UNIVERSO DO SUS



Gostaria primeiro de parabenizar a todos os responsáveis pela elaboração da *Radis*; sou assinante e recebo-a religiosamente em minha residência. Sou enfermeira, coordenadora do Programa DST/AIDS/TB/HANS e coordenadora do PACS/PSF em meu município, e as edições me mantêm atualizada e muito bem-informada. Na edição nº 66 veio uma nota sobre o Dia Mundial da Tuberculose. Gostaria de pedir matéria sobre a doença e se possível telefones de contato da assessoria, pois venho notando um aumento significativo de casos e uma certa dificuldade em obter informações que aumentem meu conhecimento.

♦ Máguila Furtado de Souza, enfermeira-doutora, Porciúncula, RJ

Sou enfermeira da Vigilância Epidemiológica e também conselheira de saúde. Gostaria de agradecer muito por ser privilegiada em receber essa revista. Confesso que paguei caro na assinatura de uma revista científica, mas não chega nem aos pés do que a *Radis* me oferece de conhecimento e atualização profissional. Toda edição tem algo a ver com meu trabalho. Quando a outra revista chega eu nem dou muita bola, mas quando a *Radis* chega... abro na mesma hora e já leio a seção de cartas, os *Toques da Redação* e, é claro, o cartum. Depois me delicio com as reportagens.

Acabei de receber a edição nº 66 e, como fui direto às cartas, descobri que não recebi a nº 65, cuja capa é sobre dengue. Revisei todas as minhas revistas. Tenho recebido certinho,

todo mês, desde a nº 56, em abril de 2007, e justamente a da dengue eu não recebi. Gostaria de implorar que me mandem essa edição. No verão passado sofremos muito com a epidemia: nós, na Vigilância Epidemiológica, trabalhamos muito. E este assunto é muito importante no nosso cotidiano.

Graças a esforços coletivos, este ano está bem mais tranquilo: das notificações, nenhum caso positivo até o momento. Nossa, vou ficar demasiadamente feliz e orgulhosa se vocês atenderem ao meu pedido e se minha cartinha sair na seção de que mais gosto...

♦ Ingrid Elisandra Bumbieris Travaim, Nova Andradina, MS

☑ *Prezadas Máguila e Ingrid, pedidos atendidos!*

Gostaria de agradecer pelas riquíssimas revistas que recebo, pois estas capilarizam para a população o universo da saúde pública. Elas me proporcionaram perceber a importância das diretrizes do SUS e me responsabilizar desde já na academia – estudante de Enfermagem do 4º período da UFPB – pela luta do “real promover saúde”. Gostaria de sugerir o tema “Educação Popular como estratégia de prevenção e promoção da saúde”.

♦ Rayanne Santos Alves, João Pessoa

Estou muito feliz pelos exemplares que venho recebendo da *Radis*. Sinto-me bem-informada sobre esse universo que é a saúde pública, principalmente por ser residente multiprofissional e defensora do SUS, pois a informação é essencial.

♦ Grazianne Medeiros, odontóloga, São Luís do Maranhão

Venho agradecer a todos da equipe pelo trabalho que nos oferecem gratuitamente. Sou acadêmico de Enfermagem na Universidade Estadual de Londrina (UEL), e com a *Radis* fico atualizado nos problemas que nós, da área da saúde, enfrentamos em nosso dia-a-dia. Um grande abraço.

♦ Mário H. Almeida, Londrina, PR

RADIS É DE GRAÇA!

Gostaria de saber a respeito da assinatura gratuita. Como é isso? Eu vou me cadastrar e receber edições da revista de graça, em meu endereço, como os assinantes que

pagam? E não terei nenhuma despesa? Obrigada pela atenção.

♦ Monalysa Lorena Werner, Ouro Preto, MG

☑ *Cara Monalysa, a Radis é distribuída gratuitamente a seus assinantes pela Ensp/Fiocruz, integrando programa de comunicação em saúde que completou 25 anos em 2007.*

COLETÂNEA 20 ANOS

Sou estudante de graduação de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba e gostaria de saber se esta *Coletânea Radis 20 anos* só tem disponível na internet. Faço parte de um grupo de estudos Nupeps que examina práticas sociais – sou pesquisadora de serviço social e saúde. Então, devido a dificuldades de acesso à internet, se esta coletânea fosse disponível de outra forma me ajudaria muito.

♦ Juliana Viegas, Remígio, PB

☑ *Prezada Juliana, envio providenciado.*

RADIS EM DOBRO

Sou assinante da *Radis* e adoro todas as matérias. Estou recebendo a revista em duplicidade; sendo assim, gostaria de solicitar o cancelamento da assinatura. Acredito que existam pessoas ainda na fila de espera para receber seu exemplar.

♦ Michele Leal, enfermeira, Rio de Janeiro

☑ *Cara Michele, o próximo da fila agradece a generosidade!*

RADIS SOCIALIZADA

Coordeno a saúde mental na Gerência Regional de Saúde de Pouso Alegre. Gostaria de saber se posso enviar aos municípios sob nossa jurisdição algumas matérias de nosso interesse, como a da saúde mental, a da terapia comunitária etc.

♦ Helena Abreu Paiva, Pouso Alegre, MG

☑ *Prezada Helena, é um orgulho para o RADIS ter suas matérias socializadas.* ☑

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

VITÓRIA NO SENADO

O Plenário do Senado aprovou por 58 votos a 1 em 9/4 o PLS 121/07, do senador Tião Viana (PT-AC), que regulamenta a Emenda Constitucional 29, segundo o qual a União deve repassar à Saúde 10% de sua receita corrente bruta. Quase o mesmo teor do PLP 1/03, do ex-deputado Roberto Gouveia, com significativa diferença: o repasse seria escalonado — 8,5% em 2008, 9% em 2009, 9,5% em 2010 e 10% somente em 2011. À semelhança de Gouveia, Tião Viana é médico, como também o relator da matéria, senador Augusto Botelho (PT-RR). Se a Câmara dos Deputados também aprovar o projeto, a Saúde teria R\$ 11 bilhões a mais já em 2008, segundo o sanitarista Gilson Carvalho. Dinheiro bem-vindo: o Ministério do Planejamento confirmou em 7/4 corte no Orçamento de R\$ 19,4 bilhões. É o maior contingenciamento do governo Lula. O corte, que garante o cumprimento da meta de superávit primário (receitas menos despesas do governo) equivalente a 3,8% do PIB, geralmente afeta mais a área social.

A notícia da aprovação repercutiu na abertura do 24º Congresso do Conasems, na noite de 9 de abril, e foi muito festejada pelos participantes da cerimônia. “Isso nos deixa muito esperançosos, mas vai voltar à Câmara”, ressaltou o presidente do conselho, Helvécio Miranda Magalhães Júnior, secretário de Saúde de Belo Horizonte. “Vamos ligar para cada deputado: precisamos pressionar para que esse projeto seja aprovado”.

QUEDA DOS CASOS DE MALÁRIA

O Ministério da Saúde anunciou que dados sobre a malária no Brasil apontam queda de 24,7% no número de casos nos últimos dois anos. Em 2007 foram notificados 457.659 casos de malária, contra 607.827 em 2005 — ou seja, 150.168 pessoas doentes a menos. As internações caíram em 46,3%, de 12.542 em 2005 para 6.736 em 2007. Os óbitos foram 59 em 2007 contra 122 em 2005. Na Amazônia Legal, que concentra 99,9% dos registros de malária, a redução foi de 54,4%: 52 mortes em 2007 contra 114 em 2005.

Para o ministro José Gomes Temporão, isso é resultado da integração da vigilância epidemiológica com a atenção básica, o meio ambiente e outros setores nas três esferas de governo. Estados que mais reduziram os casos de malária: Acre (-45,4%) e Maranhão (-30,5%). Roraima reduziu os casos em 26,2%; Pará, 25,3%; Amapá, 25,1%; Tocantins, 24%; Rondônia, 19,5%. Houve aumento do número de casos no Amazonas (6%) e em Mato Grosso (1,5%).

Entre os principais fatores que contribuíram para a redução de óbitos está a expansão em 172% da rede de laboratórios para diagnóstico de malária, de 1.182 em 1999 para 3.217 em 2007. “Os agentes comunitários de saúde colheram no ano passado quase meio milhão de lâminas para exames”, disse o secretário de Vigilância em Saúde do ministério, Gerson Penna, que destacou o caráter intersetorial no enfrentamento da doença.

EM 2 ANOS, 489 SURTOS

O Brasil registrou nos últimos dois anos 489 surtos e emergências em saúde pública, segundo dados inéditos do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde, desde doenças transmitidas por insetos, como dengue, febre amarela e mal de Chagas, até enfermidades provocadas por alimentos contaminados, como beribéri, informou *O Estado de S. Paulo* (6/4).

A unidade, criada em 2006, funciona 24 horas em sala do Ministério da Saúde em Brasília, e monitora todas as situações inusitadas, inclusive as que fogem aos padrões de comportamento das doenças de notificação compulsória ou males dos quais não se sabe a origem. Atualmente, por exemplo, o Cievs acompanha a epidemia de dengue no Rio em razão de seu alto grau de letalidade.

Segundo o secretário-adjunto de Vigilância em Saúde, Fabiano Pimenta, os mais de 400 eventos coletados pelo centro são resultado de uma melhora na detecção. Em 2006 o Cievs acompanhou 189 surtos e emergências. Em 2007 foram 300 casos investigados. “Este esforço é positivo porque o país não pode ficar vulnerável a ponto de não identificar os casos”, diz Jarbas Barbosa, gerente da Área de Vigilân-

cia em Saúde e Gestão de Doenças da Opas/OMS. Ele considera o Brasil um dos mais preparados para detectar surtos no continente.

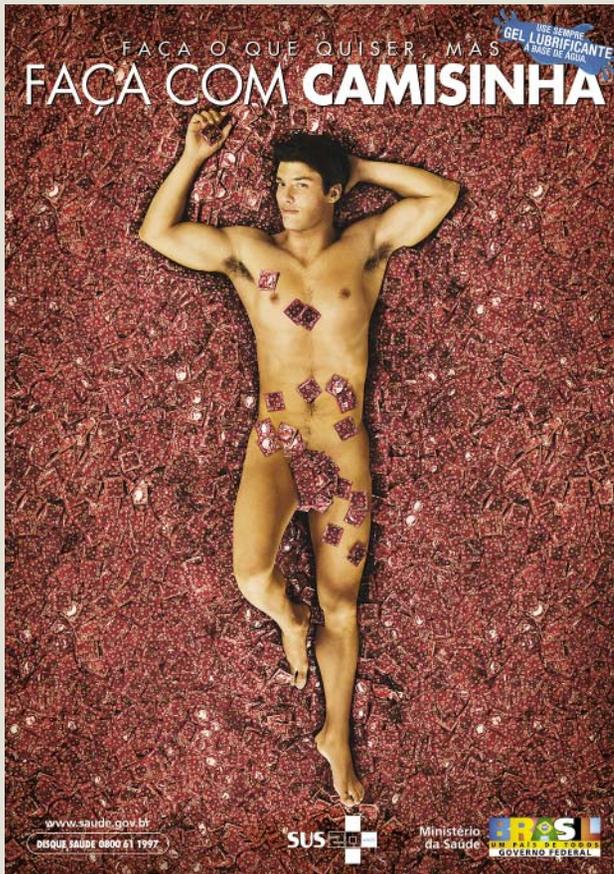
As doenças transmissíveis, que eram a principal causa de morte nas capitais brasileiras na década de 30, hoje estão atrás de problemas cardiovasculares e câncer, mas ainda respondem por 8,4% das mortes (251.200) entre 2002 e 2004. “Quando vieram as vacinas, os antibióticos, acreditava-se que essas doenças desapareceriam”, diz Barbosa. “É utopia. Quem garante que não há um novo vírus ‘aprendendo’ a se transferir dos animais para os homens?” Ele defende a preocupação com a detecção precoce. “É a demora que torna os casos mais difíceis”.

OS CANDIDATOS E A SAÚDE PÚBLICA NOS EUA

A *Gazeta Mercantil* (7/4) reproduziu artigo do economista Paul Krugman, publicado no *New York Times* de 4/7, sobre os programas de saúde pública dos pré-candidatos à presidência dos Estados Unidos, assunto que domina a campanha para a eleição de novembro. A mulher do democrata John Edwards, que desistiu da disputa, botou lenha na fogueira ao afirmar em março que pelo projeto do republicano John McCain ficaria sem cobertura das seguradoras de saúde — e o próprio candidato também (Elizabeth Edwards tem câncer incurável nos ossos e McCain recuperou-se de um tumor). “Já estava na hora de alguém dizer isso e, em geral, salientar que a visão de McCain em matéria de assistência médica se baseia em economia vodu”, diz o texto, “de que a mágica do mercado” pode oferecer assistência médica barata a todos.

É que o projeto de McCain não impede que as seguradoras neguem cobertura aos que, como ela e McCain, têm problemas de saúde pré-existentes. A assessoria de McCain reagiu com menosprezo: Elizabeth não compreenderia a “natureza abrangente da estratégia” do senador, que permitiria explorar “o poder da concorrência para proporcionar uma cobertura maior aos americanos”.

A idéia de que essa estratégia reduz os custos de modo a tornar o seguro-saúde acessível aos americanos com histórico de doenças graves é pura fantasia, afirma o economista. “Ao contrário, os custos baixos são mantidos exclusivamente com a cobertura de



PREVENÇÃO COMEÇA CEDO

Preocupado com o jovem homossexual, o Ministério da Saúde lançou a campanha “Faça o que quiser, mas faça com camisinha” (para baixar

material: www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS7FA9F211PTBRIE.htm). Em outra vertente da prevenção, escolas públicas de 350 municípios – entre os quais estão as 109 cidades mais populosas – receberão guia com informações sobre proteção. O *Folhe-*

do estudante reúne 11 perguntas sobre a vida sexual dos jovens. Um destaque: quem responde que já teve relação sexual sem preservativo será orientado a procurar o sistema de saúde, para avaliação da necessidade do exame de HIV, informou *O Globo* (30/3). “É fundamental que os jovens passem por esse processo de conscientização”, disse ao jornal a secretária de Educação Básica do Ministério da Educação, Maria do Pilar. “É a escola é o melhor lugar para isso. Sem hipocrisia, falando a língua deles.”

HIV BANALIZADO

O Globo (30/3/08) publicou a reportagem “Aids: sem medo da morte, jovens se descuidam”, apontando o crescimento do número de casos entre homossexuais de 13 a 24 anos. O jornal cita o exemplo de T., estudante de 21 anos que para se “enturmar” aceitou transar sem preservativo. Um ano atrás, T. descobriu que tem aids. Segundo o Ministério da Saúde, que lançou em março a campanha de conscientização citada na nota anterior, o percentual de jovens gays contaminados pelo HIV cresceu de 26% em 1996 para 41% dos 32 mil novos casos registrados em 2006.

O jornal pesquisou sites gays na internet: a procura por sexo sem camisinha é grande. Um dos entrevistados, perguntado se não tinha medo de ser contaminado, respondeu: “Hoje em dia tem o coquetel de graça. Ninguém morre de aids no Brasil, não”. A verdade é outra, afirma o texto. O número

gente saudável”. Os EUA têm o sistema mais privatizado do mundo, com a maior concorrência de mercado – e também os custos mais altos da assistência médica. Mas “o projeto de McCain, na realidade uma série de pontos no site de sua campanha, baseia-se na fé cega de que a concorrência entre as seguradoras privadas resolverá os problemas”.

Num desses pontos, o senador incentiva os veteranos de guerra a trocarem seu plano de saúde, o Veterans Health Administration, um dos poucos casos de sucesso na luta contra o alto custo da assistência, por operadoras privadas. “McCain quer privatizar e, na realidade, desmantelar a VA”. Elizabeth Edwards disse preferir o programa da democrata Hillary Clinton, que se parece com o antigo plano de cobertura universal de seu marido.

MAIS TRANSFERÊNCIA DE RENDA

IBGE divulgou em março levantamento suplementar da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2006 sobre Acesso a Transferências de Renda de Programas Sociais. A proporção de domicílios beneficiados por algum programa social de transferência de renda aumentou de 15,6% para 18,3% entre 2004 e 2006. O Bolsa-Família é o que alcança a maior parcela das moradias no país: 8,1 milhões de lares (14,9% do total). O Benefício de Prestação Continuada (BPC), para idosos e pessoas com deficiência, contempla 2,2%, e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), 0,5% dos domicílios. A maioria

dos lares que recebem os recursos fica nas regiões Nordeste e Norte, principalmente Roraima, Maranhão e Piauí. Os menores percentuais foram observados no Sul/Sudeste, com destaque para São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina.

A pesquisa mostrou também que cerca de 14 milhões de brasileiros com até 17 anos estavam fora de escola ou creche no país. Desse total, 82,4% correspondiam a crianças de até 6 anos; 4,6% estavam na faixa de 7 a 14 anos, e 13%, de 15 a 17 anos. O número de crianças de até 3 anos que freqüentavam creche cresceu de 13,4% no levantamento anterior para 15,5%. O Sudeste foi a região com o maior percentual de crianças em creche (19,2%); a Região Norte, o menor: 8,0%.

de mortes está estabilizado em torno de 11 mil anuais desde 1998. Mas a aids permanece uma das maiores causas de morte por doença no Brasil. Em 2006, o índice foi de 17,5 óbitos para cada 100 mil habitantes. São 474 mil casos notificados desde 1980, mas a estimativa de contaminados chega a 600 mil. “Nas festas e baladas, todo mundo diz que a aids é uma doença controlável como o diabetes ou qualquer outra”, relata T. ao jornal. “Mentira! (...) Aqueles mesmos amigos que diziam que não tinha perigo transar sem camisinha agora me olham atravessado”.

O infectologista David Uip, ouvido pelo jornal, diz acreditar que o fenômeno é fruto da banalização da epidemia. “Esse pessoal não viu a geração anterior, que morreu”, afirma. “Além disso, tem a informação sobre a terapêutica, que é realmente muito eficaz, segura a vida, as pessoas estão vivendo mais, melhor e com mais dignidade”. Para Uip, “este binômio da banalização mais a competência do esquema está fazendo com que essas pessoas sejam contaminadas”.

Uip não doura a pílula: esse aumento é fruto da “falta de cuidado” mesmo. “Não estão usando camisinha, mas isso não é só entre homens que fazem sexo com homens: estou vendo muitas moças contaminadas também, jovens, muitas mulheres”, atesta. “A proteção deixou de ser uma coisa do dia-a-dia, é uma coisa mundial”.

O uso de anti-retrovirais não é brincadeira, sustenta o infectologista, que descreve os efeitos de seu uso contínuo: o indivíduo fica emagrecido, com acúmulo de gordura na barriga

e na corcova, resistência à insulina, aumento de colesterol. Ele tem mais propensão à diabetes, a infartos e acidentes vasculares cerebrais, doenças osteoarticulares. “Ter essa doença implica perdas físicas, emocionais, de qualidade de vida e, portanto, ela não pode ser banalizada”.

Uip não soube apontar um caminho. “Estou desanimado, porque ao longo dos anos aprendi que não dá para mudar o comportamento das pessoas”, diz ele na entrevista ao *Globo*. “A população homossexual aceitou bem a prevenção no primeiro momento, talvez tenha sido a que mais aderiu, mas, neste momento está baixando a guarda”. Tão desanimado que complementa: “Isso pode chocar, mas a verdade é que só vou começar a acreditar na prevenção quando tiver uma vacina. E a vacina está distante”. Na opinião dele, os esforços precisam ser renovados na conscientização sobre a importância da proteção. “Temos que falar forte, sem preconceito, sem estigma, mas falar”.

PERIGO NEGLIGENCIADO

Estudo da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo com idosos portadores do vírus HIV atendidos no Instituto de Infectologia Emílio Ribas concluiu que 75% das mulheres, todas com mais de 60 anos, foram infectadas pelos maridos em relações sexuais, informa a Agência Fapesp (3/4), a partir de levantamento com 94 pacientes atendidos no Ambulatório de Aids do Idoso do instituto. “Além do impacto

hormonal que faz com que a libido das mulheres seja alterada, outro aspecto importante é a noção de estabilidade conjugal, que nem sempre significa felicidade conjugal”.

Entre 1991 e 2007, 2.916 pessoas com mais de 60 anos contraíram o HIV. Desse total, 950 são mulheres e 1.966 são homens, de acordo com dados do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. “É muito comum ter casais em que o marido é HIV positivo e a esposa não. Ao investigarmos as causas desses casos específicos, descobrimos que a maior parte desses casais não tem relação sexual há mais de dez anos. Então, além da justificativa hormonal, temos também um componente social e cultural para explicá-los”, destacou.

Os medicamentos para a disfunção erétil têm encorajado a população idosa a ter mais relações sexuais, muitas vezes desprotegidas. “Como essas drogas são relativamente recentes, uma vez que apareceram no mercado há cerca de sete anos, é bem provável que tenhamos uma maior representatividade futura da contaminação pelo vírus da aids nessa faixa etária”, disse. “As estatísticas tendem a piorar nos próximos anos e esse é um grupo que merece ser melhor estudado”.

A maioria dos pacientes pesquisados foi contaminada aos 50 anos, com confirmação depois de 10 anos. “Os idosos recebem menos informações e acham que não precisam usar preservativo, devido a uma falsa sensação de estarem imunes a uma doença que contaminaria apenas os mais jovens”, disse o infectologista.

ROMÊNIA PROÍBE MILHO DA MONSANTO

O governo romeno anunciou oficialmente que proibirá o milho geneticamente modificado MON 810, da transnacional Monsanto — a mesma aprovada em 2007 para plantio comercial no Brasil pela Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio). A decisão romena é importante, já que o milho é o único cultivo comercial de transgênicos permitido na Europa. A Romênia é o principal produtor de milho da União Européia em total de hectares plantados (3 milhões anuais). Do milho MON 810 foram plantados 300 hectares, apenas 0,01% do total de produção de milho da Romênia.

Assim, o maior produtor de milho da Europa se tornará livre de transgê-

nicos, seguindo os passos de França, Hungria, Itália, Áustria, Grécia, Suíça e Polônia, com base em estudos segundo os quais a toxina do MON 810 provoca danos a minhocas, borboletas e aranhas. Provas de sua segurança para a saúde são inconclusivas. Estudo de Gilles-Eric Séralini, da Universidade de Caen, encontrou sinais de toxicidade em órgãos internos de animais alimentados com milho transgênico. O comissário da União Européia para o Meio Ambiente, Stavros Dimas, usou estudos similares para bloquear o cultivo de outras duas variedades de milho transgênico na União Européia, que mostram que a toxina Bt do milho transgênico tem efeitos negativos nos ecossistemas aquáticos.

“Enquanto a Europa proíbe o milho MON 810, o Brasil está pronto para abrir suas terras a essa variedade

transgênica suspeita de causar tantos problemas”, disse à Agência de Notícias do Paraná Gabriela Vuolo, do Greenpeace Brasil. “Esse milho foi aprovado pela CTNBio e autorizado pelo Conselho Nacional de Biossegurança, que reúne 11 ministros”, lembrou. “Deram às costas ao meio ambiente e à saúde dos brasileiros, privilegiando o agronegócio e uma tecnologia que não consegue comprovar sua segurança”.

O Registro de Contaminação Transgênica 2007, do Greenpeace e Gene Watch UK, já constatou 216 casos de contaminação genética em 57 países desde 1996. 

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



toques da redação

SANGUE SUSPEITO — Inocêncio Foca testemunhou, perplexo e injuriado, um anacronismo da burocracia médica. Solidário com as vítimas da dengue no Rio, um cidadão decidiu doar sangue, e se dirigiu ao Centro de Transfusão Sangüínea, em Duque de Caxias. Lá foi informado pela médica de plantão: não poderia doar por ser homossexual, já que os “homens que fazem sexo com homens” teriam maior chance de se contaminar com doenças sexualmente transmissíveis. “Mas isso não é um contra-senso?”, interferiu nosso repórter, lembrando que o Ministério da Saúde não apóia mais suas ações preventivas na política de “grupos de risco”. Doutora Patrícia respondeu que não: “A janela imunológica para aids é de três meses e, para hepatite, de seis meses”. Foca ficou intrigado: “Mas não acontece o mesmo entre os homossexuais?”. A médica justificou: “Argumentando assim, ninguém seria doador. Isso está provado cientificamente”. Foca raciocinou: “Deve ser por isso que boa parte da população ainda considera a aids uma doença dos gays e, por isso, não usa camisinha!” (ver nota da *Súmula*).

Na redação, Foca foi assuntar e achou: a Resolução (RDC) 153/04 da Anvisa, amparada pelo Supremo, proíbe que “homens que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses com outros homens” sejam doadores, mesmo que tenham feito sexo com camisinha. A “janela imunológica”

seria o período em que a pessoa se expôs a fator de risco e foi infectada pelo vírus, mas o organismo ainda não produziu anticorpos suficientes para a detecção. A comunidade de homossexuais protesta em vão, embora tenha o respaldo da 13ª Conferência, que recomendou a revogação da RDC ao aprovar a proposta 40 do Eixo 1 em seis das 10 plenárias. “A resolução é inconstitucional”, avalia a conselheira nacional Carmen Lúcia Luiz, da Liga Brasileira de Lésbicas.

No fim das contas, Foca ficou cabreiro com os testes de HIV. Afinal, além de se poder mentir ao doar sangue, cresce enormemente o número de mulheres contaminadas pelos maridos heterossexuais que, infieis e movidos a viagra, não fazem sexo seguro (ver outra nota da *Súmula*)...

QUESTÃO DE CULTURA — Hospitais lotados, os postos de saúde do Rio ficaram às moscas nos dias 5 e 6 de abril, o primeiro fim de semana depois que a Justiça obrigou a Prefeitura a manter funcionando as unidades básicas. Velho de guerra, Fontes Fidedignas sacou logo: não é só o sistema de saúde carioca que é focado no modelo hospitalocêntrico. O usuário carioca também. Até que se mude essa cultura muita crise na saúde há de rolar.

ATENÇÃO PRIMÁRIA PLANEJADA — Começou em fevereiro o processo

de implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PD/APS) de Minas, com oficinas em nove macrorregiões, abrangendo 484 municípios e envolvendo 24 mil técnicos municipais de saúde. O PD/APS é um plano estratégico para implantação do projeto Saúde em Casa, de fortalecimento da Atenção Primária, que prevê a reorganização do sistema de saúde e a construção de redes integradas de atenção. Depois as pessoas se espantam com os bons resultados dos mineiros...

E TOME CO2! — O mundo chegou a 1 bilhão de veículos em março, contou a Organização Mundial da Indústria Automobilística. Em 2007 foram vendidos 73 milhões de carros — 30 milhões deles nos países emergentes. (O Eco, www.oeco.com.br).

NOVIDADES NA OUVIDORIA — Em abril, a Ouvidoria da Fiocruz completou 3 anos, período em que recebeu 2.277 manifestações e alcançou três objetivos: a mudança para a nova sede (perto da agência dos Correios, no campus de Manguinhos), o atendimento *in loco* nas unidades assistenciais e a atribuição de Ouvidoria interna, passando a denominar-se Ouvidoria Geral da Fiocruz. 

♦ Ouvidoria Fiocruz
Telefax (21) 3885-1762
Formulário www.fiocruz.br/ouvidoria

EFEITO “ORLOFF” — Chamou atenção, na abertura do ano letivo da Ensp, o grande painel com fotos de alunos de hoje, (ainda) desconhecidos, e do passado, como o ministro Temporão, gestores atuais e antigos da Fiocruz (Paulo Gadelha, Antônio Ivo, Paulo Buss, Ary Miranda, Jorge Bermudez, Maria do Carmo Leal). “Eu sou você amanhã”, profetizou um calouro.

“Nós também já fomos alunos da Ensp”.



Está (quase) pronto o relatório final

Ainda não há prefácio, apresentação ou anexos. Mas já está montado o esqueleto — as 998 propostas e as 132 moções aprovadas — do Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde, que deve ser divulgado neste mês ou no próximo. O documento reúne por enquanto, além das moções, as 318 propostas (210 originárias das etapas anteriores da conferência e 108 inéditas) do Eixo 1 — “Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século 21: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento”; as 485 (286 originais e 199 inéditas) do Eixo 2, “Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde”; e as 195 (93 originais, 102 inéditas) do Eixo 3, “A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde”.

A comissão de relatoria da 13ª, composta por 11 conselheiros, terminou seu trabalho em 13 de dezembro. O plenário do Conselho Nacional de Saúde, no entanto, reteve o texto até 30 de janeiro para um pente-fino. O resultado é esta versão preliminar que a *Radis* antecipa. Um dos três coordenadores da relatoria, Armando Raggio, conselheiro pelo Conass, isenta a comissão de culpa pelo atraso: “Como produto para editoração, o relatório chegou cedíssimo, mas os conselheiros são as autoridades máximas para dizer quando está pronto”, observa. “Quiseram analisar, discutir, e apenas sete itens foram mudados”. O texto foi enviado em 18 de março à editora do Ministério da Saúde para correção de português e outras adequações.

“O sistema de informática ajudou muito”, informa outro coordenador, Ronald Ferreira dos Santos, conselheiro pela Federação Nacional dos Farmacêuticos. Segundo ele, permitiu que 4.600 pessoas fizessem uso da palavra na conferência e ajudou a aglutinar informações — apenas as propostas inéditas trouxeram alguma dificuldade metodológica. “Mas demos conta: sem o sistema do DataSUS, nem relatório teríamos”.



Plenária final da 13ª CNS: 998 propostas e 132 moções aprovadas

Agora, falta apenas a publicação, com o texto de apresentação do presidente do CNS, Francisco Batista Jr., e imagens a cargo da comissão de comunicação. “Foi pactuado com o plenário que a médio prazo a comissão de relatoria vai fazer uma análise crítica e apresentar um documento mais denso, com resumo das falas nas mesas”, anuncia Ronald.

Entre as propostas aprovadas no Eixo 1, que tratou da situação de saúde dos brasileiros e seus determinantes (desigualdades sociais, raciais, regionais, de gênero, de orientação sexual), destacam-se: a de nº 4, que pede proibição da propaganda de bebidas alcoólicas, horários e locais para venda e elevação da carga tributária desses produtos; a de nº 12, que reivindica a troca do larvicida usado no combate à dengue por produto natural; a nº 24 prega ações intersetoriais na implementação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Trauma e Violência; a 31 requer ações intersetoriais de educação em direitos humanos e respeito à diversidade; a de nº 36 recomenda atendimento aos casos de aborto previstos por lei ou de abortamento em curso, garantindo atenção psicológica e social integral à mulher.

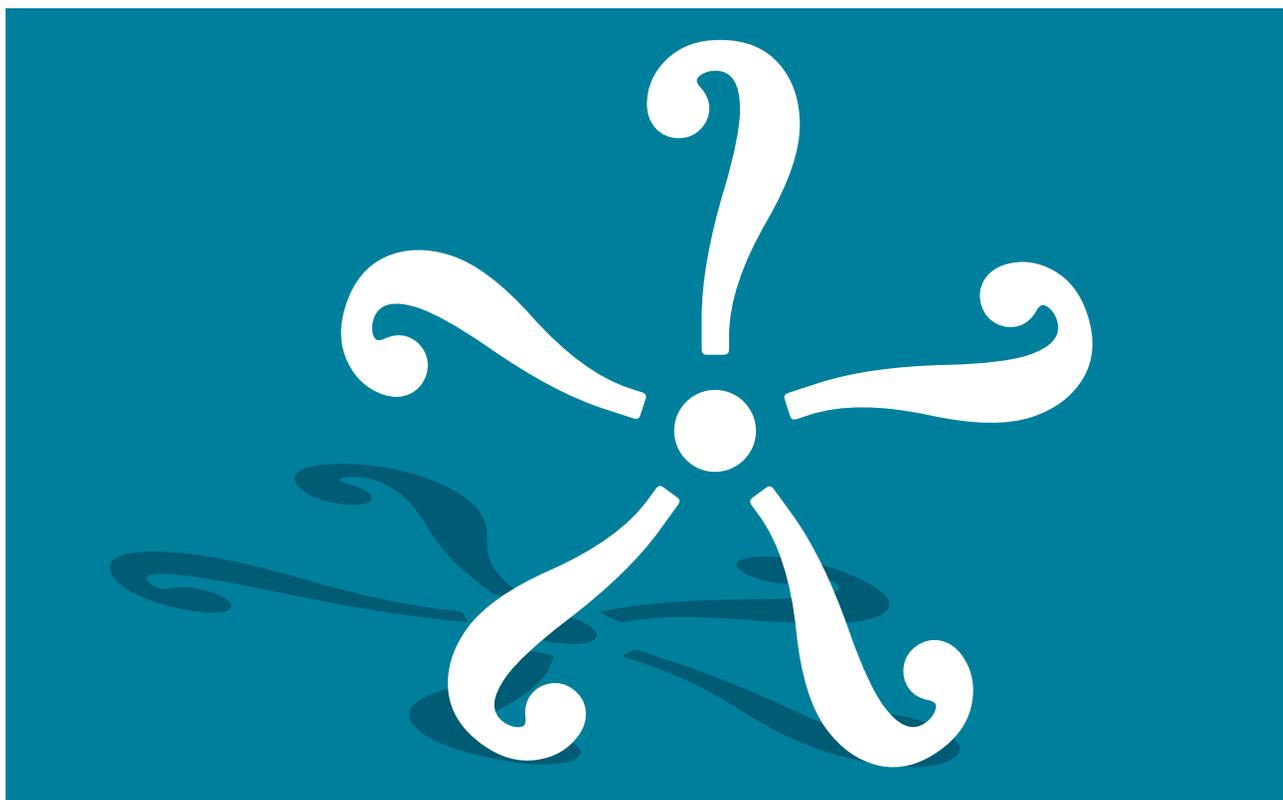
A proposta de nº 39 do Eixo 1 reivindica que se assegure a gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis acesso equânime, respeitoso e de qualidade aos cuidados e serviços

de saúde, inclusive na abordagem da soropositividade ao HIV e às doenças sexualmente transmissíveis; a de nº 40 solicita a revogação da portaria, por violar os artigos nº 1, 2 e 5 da Constituição, que proíbe a doação de sangue da população GLBTT (ver nota na pág. 10). A 169 pede a garantia de um Estado laico, para que as questões de saúde e políticas públicas não sejam guiadas por normas religiosas, e a de nº 200, a proibição do cultivo de sementes transgênicas.

No Eixo 2, sobre o direito à saúde, os destaques são a proposta 14, pela aprovação do projeto que garante à Saúde 10% das receitas brutas da União (desfigurado na Câmara, reabilitado no Senado), e a rejeição (propostas 51 e 54) do modelo de gerenciamento por fundação estatal de direito privado, organizações sociais (OS) e Organizações Sociais de Interesse Público (Ocips).

No Eixo 3, “A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde”, sobre controle social, entre os destaques estão a proposta inédita nº 3, para a criação de mecanismos de punição de gestores que descumprem a Resolução CNS 333/03, que trata do funcionamento dos conselhos de saúde, e a garantia (proposta inédita nº 7) de que para participar das conferências nacionais o delegado tenha sido eleito nas etapas municipais e estadual, e não indicado por segmentos ou gestores. (B.D. e M.C.)

Questões capitais do nosso tempo



A abertura do ano letivo nas unidades da Fundação Oswaldo Cruz sempre reúne personalidades eminentes, cujas palestras agregam conhecimento à área da saúde pública e ensinam pautas valiosas para a *Radis*. Em 5 de março, coube ao biólogo Carlos Morel abrir curso do

Icict com o debate *Capacidade de inovação tecnológica em países em desenvolvimento*, enquanto na Ensp, no mesmo dia, a epidemiologista Rita Barradas desenvolvia o tema *O campo da Saúde Coletiva: panorama e perspectivas*.

A cientista política Sonia Fleury, por sua vez, falou em 14/3 na EPSJV de *Democracia e subjetividade: desafios*

da Reforma Sanitária. No dia 20, o climatologista Carlos Afonso Nobre, do Inpe, proferiu a palestra *Mudanças climáticas globais: por que devemos nos preocupar* no INCQS. Em 20/3, o filósofo Renato Janine Ribeiro discorreu sobre *A interdisciplinaridade no ensino de pós-graduação* em evento conjunto Icict/IOC. A seguir, um sumário das conferências.



Inovação em saúde: essencial ao desenvolvimento

Diretor do Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, o biólogo Carlos Morel ministrou, em 5 de março, a aula inaugural do curso de Especialização e Informação Científica e Tecnológica em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), na qual tratou das modalidades de aprendizado e inovação em saúde nos países em desenvolvimento.

Além de explicar como essas nações conseguem evoluir nesta área, Morel sugeriu possíveis cenários em direção a um “Sistema Global de Informação em Saúde”. Em primeiro lugar, disse, há diversas modalidades de inovação em saúde: as relacionadas a produtos (vacinas, medicamentos, kits para diagnóstico), as que inovam nos métodos (novas maneiras de sistematizar um medicamento) e as que propõem novas políticas ou estratégias de saúde. Por exemplo, na erradicação da varíola, a vacina liofilizada (novo produto), ministrada com agulha bifurcada (novo método) pela mobilização da comunidade em campanhas de vacinação (nova política) promovidas em círculos, e não “em massa” (nova estratégia).

Entre as modalidades de aprendizado e de inovação, o ex-presidente da Fiocruz destacou os modos “Ciência, tecnologia e inovação” (Science, Technology and Innovation, STI) e “Fazendo, usando e interagindo” (Doing, Using and Interacting, DUI). O modo STI é global, baseado nas tecnologias de informação e de comunicação, responsáveis pela codificação e a difusão do conhecimento científico e tecnológico – que tem seu uso e sua produção compartilhados. O modo DUI é local, valoriza a “comunicação informal” de pessoa a pessoa e “a experiência prática” como mobilizadoras de conhecimento para a resolução de

problemas e para o aprendizado. “É o que está na cabeça das pessoas, é o pulo do gato”, disse. Daí a importância de se participar de congressos, visitar laboratórios, trocar experiências.

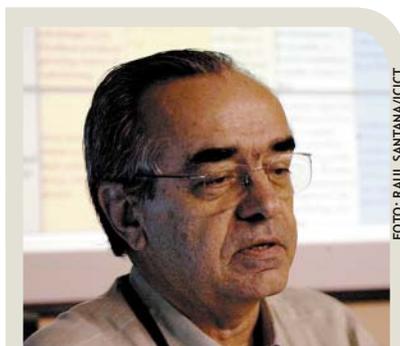


FOTO: RAUL SANTANA/ICICT

“ Ou a gente começa a inovar a gente mesmo, para ficar realmente independente, ou não vamos sair da mesmice

CARLOS MOREL

O modo STI responde, prioritariamente, às perguntas “saber o que acontece” e “saber por que acontece” – próprias da pesquisa básica –, enquanto a modalidade DUI valoriza o “saber como” e “conhecer quem sabe”. Neste contexto, as organizações se dividem entre as que dominam uma modalidade, como as “universidades típicas”, que validam o conhecimento e não o produzem, e as outras, que dominam os dois modos. Morel citou a Fiocruz como exemplo de instituição que usa bem as duas modalidades de inovação, já que tem duas fábricas: “Para se fabricar um

produto, não basta ler *papers*, tem que saber fazê-lo”. O processo inclui visitas, amostragens e transferência de tecnologia, essenciais na aprendizagem do “pulo do gato”.

Seis fatores determinam que um país seja “inovador” na área de saúde: capacidade de fabricar e difundir a novidade – “para uma invenção se transformar em inovação tem que chegar ao usuário”; há que se ter um mercado doméstico, com presença governamental nos sistemas e nos serviços de saúde; o país deve ter participação nos mercados de exportação. Em quarto lugar, Morel destacou a necessidade de apoio dos setores público e privado às áreas de pesquisa e desenvolvimento; o quinto, a capacidade de adequação dos sistemas à questão da propriedade intelectual; por último, o país deve ter um bom sistema de regulação, que garanta a qualidade de seus produtos.

Morel observou que os países progridem em inovação à medida que avançam na melhoria destes seis determinantes. Na proteção das patentes, quanto mais pobre mais o país protege e respeita a patente alheia – não por opção, mas pelo risco de “queda de um primeiro-ministro, de derrubada de um governo ou do assassinato de uma pessoa”, disse. “É um jogo pesado”, como se vê no filme *O jardineiro fiel*, de Fernando Meirelles. Recentemente, lembrou, o governo brasileiro emitiu licença compulsória, “instrumento legal que está nos tratados internacionais”, para a fabricação do antiretroviral Efavirenz. As companhias farmacêuticas se referem ao episódio como “quebra de patente”, como se o procedimento não previsse pagamento de *royalties*.

Quando o país chega ao patamar de “desenvolvido”, ensinou Morel, passa a proteger todas as patentes, para que as suas também sejam respeitadas. O livro *Chutando a escada* (Editora Unesp), do professor de Economia Ha-Joon Chang, de Cambridge, ilustra bem, segundo Morel, a história de países como Itália e Japão, que nunca respeitaram patentes: ao chegarem



a um nível competitivo de inovação, passaram a respeitar e a exigir respeito — “colocaram a escada, subiram ao topo e depois a tiraram, para que ninguém mais subisse”.

O DESAFIO DE SÍSIFO

Morel indicou também o livro *Conhecimento e inovação para o desenvolvimento — O desafio de Sísifo para o século 21*, do engenheiro peruano Francisco Sagasti. Ele associou a história do personagem da mitologia grega — condenado pelos deuses a empurrar uma pedra morro acima pelo resto da vida — ao desafio de se fazer ciência, tecnologia e inovação nos países em desenvolvimento.

É que nos países avançados, explicou Morel, ciência, tecnologia e produção — “praticamente não se sabe onde começa um e termina outro” — estão em constante intercâmbio profissional: empresas, universidades e laboratórios trabalham em colaboração. Já nas nações em desenvolvimento, esses setores atuam em separado: “é raríssima” uma parceria como a da Coppe/UFRJ e a Petrobras em tecnologia de perfuração em águas profundas.

DISTÂNCIA CATASTRÓFICA

Para Morel, uma aproximação “demasiada” pode ser prejudicial se a indústria começar a “comandar” a universidade. Mas “a separação total é péssima para o país”, já que se formam profissionais somente para serem professores da própria instituição. “Uma catástrofe para os países em desenvolvimento”. No Brasil, “para cada 10 mil *papers* são 100 patentes, ou seja, o Brasil investiu muito mais na capacidade das universidades e muito menos na política industrial”, com reflexo direto na área de saúde: um déficit financeiro de US\$ 4 bilhões a US\$ 5 bilhões por ano em importação de produtos, como anti-retrovirais, que o país não tem capacidade de produzir.

Morel considera as redes sociais uma arma contra este “desafio de Sísifo”, já que possibilitam conexões

entre setores que atuam separados. Sua pesquisa atual, por exemplo, analisa as redes de co-autoria científica de artigos na área de doenças negligenciadas (dengue, hanseníase, malária, tuberculose, leishmaniose e doença de Chagas), na qual o Brasil tem posição privilegiada por reunir várias instituições “em posição-chave” e estar conectado mundialmente, o que possibilita um “aprendizado ativo”.

Ele reafirmou seu interesse atual por essas doenças, com as quais lida desde os tempos de pesquisador e nos cinco anos em que dirigiu o programa de doenças tropicais da OMS. Nesse período, Morel viajou pelos países mais pobres do mundo, onde eram desenvolvidos os projetos, e pelos países mais ricos, financiadores das iniciativas. “Eu me sentia uma espécie de Robin Hood mundial”, brincou. Num laboratório de malária que visitou em Uganda o instrumento mais sofisticado era uma centrífuga manual: “Como pensar em inovação num ambiente desses?”.

Morel apresentou o trabalho do pesquisador Eduardo Viotti, do Centro de Desenvolvimento Sustentável da UnB, que comparou a realidade de aprendizagem em inovação de Brasil e Coréia do Sul, por exemplo, na indústria automobilística: “A Ford, nos últimos dois anos, lucrou no Brasil e perdeu no resto do mundo”, graças a pequeno ajuste no desenho do jipe EcoSport. “Essa inovação foi espetacular, mas pergunte se alguém aprendeu a fazer o motor do carro?”. E sustentou: “O país que quer saber fazer” tem que quebrar a cabeça para aprender. No início, todos os carros fabricados na Coréia tinham motor importado. “Ninguém dava o segredo, mas eles começaram a fazer”: os protótipos explodiam todos. “Hoje, a indústria coreana é madura” porque praticou o que Viotti chama de “aprendizado ativo”. A consequência do “aprendizado passivo” brasileiro: em 1975, o PIB *per capita* do Brasil era de US\$ 5.500, enquanto o da Coréia era de US\$ 3.722. Em 2004, o país asiático

chegou a US\$ 18.840, enquanto o Brasil, a US\$ 7.531.

Em *paper* de 2005 — “Health innovation in developing countries to address diseases of the poor” (“Inovações em saúde nos países em desenvolvimento voltadas para as doenças da pobreza”) — para a revista eletrônica *Innovation Strategy Today* (www.bio-developments.org/innovation/index.htm), Morel relatou os resultados do debate sobre inovação, que durou três dias, de 20 pesquisadores internacionais na cidade italiana de Bellagio.

AGENDA “COLONIALISTA”

Co-organizador do encontro, Morel criticou sua agenda “colonialista”, que previa temáticas do tipo “Como o Norte pode ajudar o Sul” e se vangloriava de investimentos de US\$ 200 milhões no combate às doenças do Terceiro Mundo. O professor deixou claro que o Ministério da Saúde brasileiro investia US\$ 1 bilhão na mesma área. “Vêem o mundo através desta lente”, a da dicotomia entre “eles, ricos, e a África, pobre”, censurou Morel. Os pesquisadores decidiram, então, estudar as inovações nos países em situação intermediária.

O grupo de estudos montou um índice baseado na quantidade de patentes *per capita* na área de saúde registradas nos Estados Unidos. O diagnóstico demonstrou que, entre os 25 primeiros países com maior índice, nove não eram avançados (China, Índia, Brasil, África do Sul, Tailândia, Argentina, Malásia, México e Indonésia). “Isso quer dizer alguma coisa”. A partir da publicação do estudo, estes nove países começaram a ser classificados como “inovadores em desenvolvimento” — em inglês, IDCs —, inclusive pelo Banco Mundial, em relação aos “brics” — acrônimo criado pelo banco para designar emergentes como Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul. O mais importante, defendeu Morel, é perceber que, entre Norte e Sul, há algo no meio. “Não há só ricos e pobres”.

“Ou a gente começa a inovar a gente mesmo, para ficar realmente



independente, ou não vamos sair da mesmice”. Morel apresentou exemplos: a rede dos produtores de vacinas dos países em desenvolvimento (2000), a Iniciativa Sul-Sul para pesquisas em doenças tropicais (2001), o Fórum de Diálogo Índia-Brasil-África do Sul (2003), a Rede Tecnológica em HIV/aids (2004) e a Rede OMS das agências reguladoras de vacinas dos países em desenvolvimento (2004). (A.D.L.)

Saúde coletiva: a busca do amadurecimento

Com a conferência *O campo da Saúde Coletiva: panorama e perspectivas*, a epidemiologista Rita Barradas, doutora em Medicina Preventiva, abriu em 5 de março o ano letivo de 2008 da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Ao auditório lotado, a diretora de Saúde Coletiva da Capes/MEC falou do crescimento da Saúde Coletiva entre 1993 e 2006 e dos desafios a serem enfrentados nos próximos anos.

De acordo com Rita, também professora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, a área divide-se em dois campos: o dos saberes, com a formação de pesquisadores e profissionais, e o das práticas, que envolve políticas de saúde e educação científica. Segundo a palestrante, a Saúde Coletiva cresceu consideravelmente nos últimos anos em comparação às demais áreas do conhecimento, mas os cursos estão ainda concentrados na Região Sudeste — mais de 50%. “Tivemos bom crescimento na Região Nordeste, mas a Região Norte não tem nenhum curso e a Centro-Oeste, apenas um”, apontou.

Nesse contexto, destaca-se o mestrado profissional. Segundo dados da Capes, dos atuais 226 cursos desse tipo, 41 são em Ciências da Saúde e 13 em Saúde Coletiva. Vinte e nove alunos novos ingressavam no mestrado

profissional no ano 2000 e 31 foram titulados. Em 2006, 77 novos alunos, 61 formados. Rita disse apostar no crescimento ainda maior de todos os cursos: “A Saúde Coletiva é relativamente nova, os cursos estão se constituindo”. Prova disso é que a área tem apenas um curso com 7 (nota máxima dada pela Capes, que pontua os cursos de pós-graduação de 3 a 7). “Esse curso está em Pelotas, na Região Sul”, informou. Entre eles, o maior está na Fiocruz, 184 docentes, e o menor, na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), no Rio Grande do Sul, com 9. A área é predominantemente feminina, entre 45 e 49 anos.



“A Região Norte não tem nenhum curso e a Centro-Oeste, apenas um”

RITA BARRADAS

Para Rita, o desafio é definir-se a área de aplicação da Saúde Coletiva. “Isso facilitará aporte de financiamento, bolsas e publicações”, salientou. Para um melhor desempenho, faz-se necessário ainda acabar com a disputa de campo que se formou na área, entre os padrões gerados pela biomedicina e os coletivos, fortalecer o mestrado

profissional, garantindo que não seja mero curso de especialização. “Na Saúde Coletiva, é quase uma bobagem separar o mestrado profissional do acadêmico”, avaliou. “Nas outras áreas não é assim”. (K.M.)

Reforma sanitária: à espera de milagres

Coube à cientista política Sonia Fleury abrir o ano letivo da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), em 14 de março, com a conferência *Democracia e subjetividade: desafios da Reforma Sanitária*. O evento, no superlotado auditório Joaquim Alberto Cardoso Melo, também comemorou os 20 anos do curso técnico de nível médio em Saúde da EPSJV.

Sonia logo esclareceu que não falaria sobre democracia e subjetividade com base em sua experiência acadêmica ou profissional: compartilharia sua experiência de vida. Desde 2006, quando foi eleita presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, a professora da Fundação Getúlio Vargas tem se dedicado à análise dessa temática, inspirada na história do próprio Cebes.

Em 1976, a instituição surgiu para fomentar pesquisas que apontassem a determinância social no processo saúde/doença e para defender o direito de todos à saúde. Na época, anterior à democratização do país, afirmar que as crianças pobres adoeciam mais do que as ricas era altamente revolucionário, lembrou. “E o princípio da justiça pode ser perturbador ainda nos dias atuais”.

De lá para cá, avaliou a cientista política, houve uma série de avanços, como a criação do SUS, em 1990, e, em 2007, a nomeação do sanitarista José Gomes Temporão para o Ministério da Saúde. Mas, segundo Sonia, a chegada de defensores da Reforma Sanitária ao poder não gerou inclusão. “Ao vermos as dificuldades de acesso, com desrespeito e discriminação contra o usuário,



nos damos conta de que ainda estamos no meio do caminho”.

A professora, que participa de estudo sobre discriminação no SUS, contou que tem ouvido várias vítimas justificarem os abusos repetindo o chavão “serviço público é assim mesmo”. “Não é”, discordou, “e precisamos de pessoas engajadas para provar que muitas vezes é melhor recorrer ao SUS do que a um plano privado de quinta categoria”. Sonia concluiu que a Reforma Sanitária conquistou o governo, mas não a sociedade.



FOTO: ESPJ.V

“Se o sentido da política é a liberdade, temos o direito de esperar milagres”

SONIA FLEURY

Para ela, falta garantir a centralidade do cidadão no sistema — e não a do gestor ou a do profissional — para que se realize plenamente a democracia —, o respeito às diferenças e a construção de igualdades na esfera política. “Como a esfera política brasileira é desse tamanhinho e ninguém quer abri-la, precisamos urgentemente de novos sujeitos”.

Sonia exibiu trechos de um vídeo que está produzindo sobre cidadãos

que conseguiram mudar a realidade dos locais onde vivem. Um deles é Misael Avelino, que desde criança conviveu com a desigualdade social — cresceu entre a periferia de Belo Horizonte, região em que morava, e a Zona Sul da cidade, por conta do trabalho de sua mãe, empregada doméstica. “Via que as mesmas pessoas que me tratavam bem lá em baixo, aqui em cima me davam tapa na cara”, conta ele na fita. Sua indignação fez com que, aos 16 anos, passasse a colecionar uma revista que trazia peças de um transmissor de rádio em fascículos. Misael, então, montou uma pequena emissora para defender os interesses da comunidade: a Rádio Favela.

Gilvânia Silva, do sertão de Pernambuco, transformou em militância sua inquietação com o fato de sua cidade só oferecer educação até a quarta série. Saiu da comunidade, formou-se professora e voltou para ensinar. Nesse processo, investigou a história do povoado, descobriu que a área era habitada por quilombolas e acabou fundando a comunidade Conceição das Crioulas.

Sonia afirmou que o que a interessa atualmente é a mudança de realidades, os “milagres” de que falava a pensadora alemã Hannah Arendt (1906-1975): “Se o sentido da política é a liberdade, isso significa que nesse espaço — e em nenhum outro — temos de fato o direito de esperar milagres”. (B.D.)

A lógica cruel das mudanças climáticas

“Os efeitos das mudanças climáticas são dirigidos e injustos: os países menos poluidores — pobres — pagarão mais caro”. A observação é do climatologista Carlos Afonso Nobre, do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe), na aula inaugural, em 20/3, da Pós-Graduação em Vigilância Sanitária do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde. Na

palestra “Mudanças climáticas globais: por que devemos nos preocupar”, Nobre apresentou o pior dos cenários para o futuro do planeta, em função do aquecimento global ter atingido, segundo ele, um patamar tão grave que, em certos casos, não há ação capaz de inverter o quadro.



FOTO: SANDRA PEREIRA/CECOVISA-ENSP

“Não se pode separar o desenvolvimento da ética e da justiça”

CARLOS AFONSO NOBRE

“Nosso planeta nunca passou por uma questão ambiental como essa. Com a situação em que se apresenta o aquecimento global, eu só consigo enxergar mudanças catastróficas no futuro”, disse Nobre, que criticou algumas correntes — com aliceres principalmente na geologia — que apontam causas naturais para o aumento da temperatura terrestre. “Ação humana é a responsável”, afirmou. “Os combustíveis fósseis e outros processos em nível industrial levam à acumulação na atmosfera de gases propícios ao efeito-estufa, como o dióxido de carbono (CO₂), o metano e os CFCs. Estamos sendo bombardeados por uma acumulação térmica vinda do espaço”.



Nobre disse que várias pesquisas prevêem uma subida superior a 3°C durante este século, quando deveria chegar ao nível máximo de 1,8°C. Segundo ele, o impacto será desastroso. Em alguns campos a situação já é irreversível. “Com o aquecimento dos oceanos, já condenamos 90% dos corais ao desaparecimento”.

As observações sobre o aquecimento global são antigas, mas ficaram por muito tempo presas à academia, afirmou. Só a partir da década de 1980 o tema meio ambiente começou a ser discutido amplamente. Um dos resultados foi a Rio-92. “Mesmo assim, de lá para cá, não houve grandes mudanças”.

Pela lógica cruel e desumana das mudanças, as nações mais pobres pagarão caro pelos erros dos mais ricos e pela grande emissão de gases poluentes dos países em desenvolvimento. “Nos últimos 200 anos, o continente africano poluiu muito menos do que o Brasil, por exemplo”, disse. Metade das nações mais miseráveis do mundo sofrerá os principais danos: ironicamente, as pessoas mais vulneráveis vivem em pontos do planeta que pouco contribuíram para a emissão de dióxido de carbono.

As secas atacam mais as regiões semi-áridas, África e partes da Ásia e da América Latina. “O Nordeste brasileiro será extremamente castigado”, previu. Enchentes e supertempestades aumentarão ainda mais a desigualdade entre países ricos e pobres. “Países ricos se adaptarão ao novo mundo: a Holanda, por exemplo, já cria soluções de engenharia para a chegada das inundações, e as cidades podem ser construídas em cima da água”, disse. “Em vez de carros, as pessoas terão barcos. Mas, e a África?”

“Não consigo enxergar uma melhora para o planeta”, resumiu o climatologista sua visão do futuro. Mas cada um pode reduzir sua capacidade de poluir, propôs. “É preciso, sobretudo, barrar a onda de consumo”. Para Nobre, o desafio das mudanças ambientais globais é científico, polí-

tico e filosófico. E a participação dos países ricos é fundamental. “Não se pode separar o desenvolvimento da ética e da justiça”. (Sandra Pereira, Cecovisa/Ensp/Fiocruz)

Interdisciplinaridade, o vírus bem-vindo

O Museu da Vida, no campus de Mangueiras da Fiocruz, ficou lotado em 28 de março para a aula magna “A interdisciplinaridade no ensino de pós-graduação”, proferida pelo filósofo Renato Janine Ribeiro, diretor de Avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC). Professor de Ética da USP, Janine abriu o ano letivo, em conjunto, dos cursos de pós-graduação do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde e do Instituto Oswaldo Cruz.

Para Janine, embora a maioria dos cursos de pós-graduação se concentre nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Paraná e Distrito Federal, em toda parte cresce “a contaminação pelo vírus da interdisciplinaridade”. Segundo ele, há cursos mais interdisciplinares, como na saúde coletiva. “Se deixarmos a Medicina ficar só em pesquisa, o médico não saberá lidar com o paciente”.

Segundo o professor, o caráter interdisciplinar dos cursos de pós-graduação se manifesta sobretudo na composição de seu corpo docente, com pesquisadores e professores de várias áreas, mas também na natureza mesma de seu *corpus* temático: “É o caso da área de desenvolvimento de novos materiais, que tem suscitado muitas aplicações, por exemplo, em odontologia”.

A interdisciplinaridade, segundo Renato Janine, é bem-vinda no cenário da produção acadêmica, já que boa parte das fronteiras entre natureza e ciência é herança do século 18. As metas da ciência variam conforme os

“momentos de dinamismo e estagnação” de cada área, afirmou, e não podem mais estar restritas à “simples expansão do que já existe”. A interdisciplinaridade, defendeu, colabora para promover “saltos qualitativos que reconfiguram as áreas de conhecimento” e propõe “muitas outras possibilidades que podem definir novos campos científicos”.



FOTO: RAUL SANTANA/ICICT

Se deixarmos a Medicina ficar só em pesquisa, o médico não saberá lidar com o paciente

RENATO JANINE

O conferencista afirmou sua preocupação em refinar instrumentos próprios para a avaliação do mestrado profissional. Se a missão do mestrado acadêmico é formar quadros que garantam a continuidade da pesquisa, disse, “o mestrado profissional é um produto terminal”. À platéia, que lhe fez perguntas sobre a avaliação de cursos e projetos interdisciplinares da Capes, Janine deu a receita: “O ideal é buscar a convergência entre qualidade e abertura à novidade”. (Luiza Silva e Fábíola Leoni, Icict/Fiocruz)



TUBERCULOSE



Ainda uma doença negligenciada

“Tratando-se de uma enfermidade que nos assola com a teimosia inexorável de uma endemia que não tem paradeiro, nós nos achamos na mesma lamentável contingência dos nossos antepassados, lutando tanto ou mais do que eles por um lado com a indiferença pública, por outro com a ineficácia ou mesmo ausência dos meios aconselhados para preveni-la ou debelá-la”.

Adriano De Lavor

O trecho em destaque está no discurso do médico Júlio de Moura proferido no 2º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia — em 1889. Recuperado pela pesquisadora Dilene Raimundo do Nascimento em *As pestes do século XX — Tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*, revela que a preocupação com a doença, infelizmente, não é recente. Mais de 100 anos depois, mesmo com tratamento de comprovada eficácia, a tuberculose é reconhecida como emergência global pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1993, por ser a maior causa de morte de adultos por doença infecciosa.

Ela integra o rol das “doenças negligenciadas”, ainda que um terço da população mundial — cerca de 2 bilhões de pessoas — esteja infectado pelo bacilo de Koch, seu agente causador, o que representa 100 milhões de casos

registrados por ano em todo o planeta. A OMS alerta: 8 milhões desenvolverão a doença (cerca de 22 mil por dia) e 2 milhões morrerão a cada ano (350 mil, associados à contaminação pelo HIV, vírus causador da aids).

A cada 15 segundos, uma pessoa morre vítima da doença, garantiu Dráurio Barreira, coordenador do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, do Ministério da Saúde (PNCT/MS), em sua exposição no seminário “Tuberculose e comunicadores”, que reuniu no fim de fevereiro jornalistas de todo o país no Hotel Pergamon, em São Paulo. A iniciativa visava sensibilizar os profissionais da imprensa, que dão grande visibilidade à aids e à dengue, para o problema da tuberculose, relacionada diretamente às precárias condições de vida da população num país responsável por 35% do total de casos nas Américas. “A tuberculose é uma doença social, de má qualidade de vida”, alertou Dráurio aos jornalistas, lembrando que não é possível esperar-se a solução do problema da pobreza para resolver o problema da tuberculose”.



Em sua apresentação, ele informou que o Brasil ocupa a 16ª posição na lista dos 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo, o único das Américas a figurar neste ranking, liderado por Índia, China, Indonésia, África do Sul e Nigéria. Não sem a discordância do Ministério da Saúde, que considera equivocada o critério do número de casos aplicado pela OMS (*Radis* 48): o país estaria pagando o preço de ter a segunda maior população do continente. Se o critério fosse incidência, o Brasil estaria na 97ª posição, argumentam os gestores.

De qualquer modo, estima-se uma prevalência de 50 milhões de infectados no país, cerca de 111 mil casos novos e 6 mil óbitos anuais, com ênfase em 315 dos 5.564 municípios brasileiros, que concentram 70% dos casos. Segundo Dráurio, no Brasil a tuberculose é a 9ª causa de internações causadas por doenças infecciosas (DI), a 7ª em gastos com internações no SUS e a 4ª causadora de mortes (entre as DI). O Rio de Janeiro é o estado que concentra o maior número de casos, com média de 12 mil por ano e incidência de 85 doentes para cada 100 mil habitantes — mais que o dobro da média nacional, que é de 40,8 casos por 100 mil. Os números explicam por que a doença é prioridade do governo brasileiro desde 2003.

NOVOS COMPLICADORES

Acrescente-se a isso a chegada, nos últimos anos, de novos complicadores: a tuberculose na infância, de difícil

deteção — em 2000, a OMS estimava a incidência no grupo de 0 a 14 anos, no mundo, em 1 milhão de casos, ou 10% do total; a forma multirresistente da doença, que já atinge 500 mil pessoas anualmente — segundo a OMS divulgou em fevereiro, 90 mil pacientes foram pesquisados em 81 países, e em 45 deles, como Armênia e Estônia, foi detectada variante virtualmente intratável da tuberculose; ou ainda a dupla complexidade da associação tuberculose e infecção pelo HIV.

Diante de tantos desafios, pelo menos nas intenções a “indiferença pública” percebida no século 19 não é mais a realidade no Brasil de 2008. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), criado há 30 anos, busca detectar 70% dos casos estimados e curá-los em 85%, como resposta à Meta do Milênio nº 6, da ONU, de redução em 50% do número de novos casos até 2015. Atualmente, o ministério calcula ter alcançado 70% de detecção, enquanto a cura estaria em 77%. O governo criou força-tarefa de consultores para estados e municípios no esforço de reduzir à metade o número de óbitos até 2010 e antecipar o cumprimento da meta.

A prática, porém, é diferente, num país de orçamentos sempre insuficientes para a área da saúde. Em 2004, o governo federal empenhou no controle da tuberculose R\$ 35,1 milhões dos R\$ 40,3 previstos na lei orçamentária, assim mesmo em conjunto com ações contra a hanseníase. Antes, em 2003,

dos R\$ 34,3 milhões previstos em lei apenas para a tuberculose, empenhou R\$ 30,2 milhões. E pode ter sido menos. Em artigo publicado na edição suplementar de setembro de 2007 da *Revista de Saúde Pública* da USP (www.fsp.usp.br/rsp), dedicada à doença, Joseney Santos, ex-coordenador do PNCT/MS, afirma que entre 2004 e 2007 o governo destinou R\$ 120 milhões às ações do programa. Em fevereiro deste ano, comunicado do Fórum ONGsTB-RJ denunciava o prejuízo causado à saúde pela extinção da CPMF: “Depois não compreendemos por que a tuberculose — uma doença que tem cura — mata 5 mil brasileiros todos os anos”.

Na solenidade do Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose (24/3), o ministro José Gomes Temporão defendeu a conscientização da população como um dos meios para a redução dos índices da doença no Brasil, reforçando que “a falta de saneamento e habitação é condição insalubre de vida que só piora a situação e agrava a doença”. Ele garantiu que as obras previstas pelo PAC da Saúde contribuirão para a melhoria de vida da população e diminuirão a incidência de doenças como a tuberculose nas comunidades beneficiadas.

Causou impacto a revelação de que ele sentiu, “na própria pele, como paciente”, o estigma e o preconceito que a doença carrega. Temporão contou que teve tuberculose na adolescência e por isso sabe exatamente quais são as dificuldades

O que é a tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa, de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que ataca o pulmão e outros órgãos. Tosse seca ou com catarro por mais de três semanas, emagrecimento, dor no peito, falta de ar, falta de apetite, febre baixa ao fim do dia, suores noturnos devem ser investigados, sob pena de a doença deixar seqüelas e, sem tratamento, continuar a ser transmitida. A interrupção da transmissão só se dá entre 15 e 30 dias depois de iniciado o tratamento. Até lá, um indivíduo com tuberculose pode infectar entre 10 e 15 pessoas por ano.

A tuberculose é transmitida pelas vias respiratórias. O contágio se dá pelas gotículas de escarro eliminadas pelo enfermo quando tosse ou espirra — e até mesmo pela poeira gerada pelo catarro expelido. A tosse

prolongada por mais de três semanas, mesmo sem febre, é o primeiro indício da infecção. O teste de baciloscopia de escarro é o exame adequado para confirmar ou descartar a doença.

O tratamento, à base de antibióticos gratuitamente distribuídos nos postos de saúde, é 100% eficaz. O abandono, porém, é o maior problema: a cura leva seis meses, e muitas vezes o paciente, sem os devidos cuidados e esclarecimento, acaba desistindo antes do tempo.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose adota a estratégia do tratamento supervisionado, um dos cinco elementos que compõem a estratégia Dots (Directly Observed Treatment Strategy), a terapia de observação direta preconizada pela OMS: vontade política, garantia da baciloscopia, aquisição e distribuição

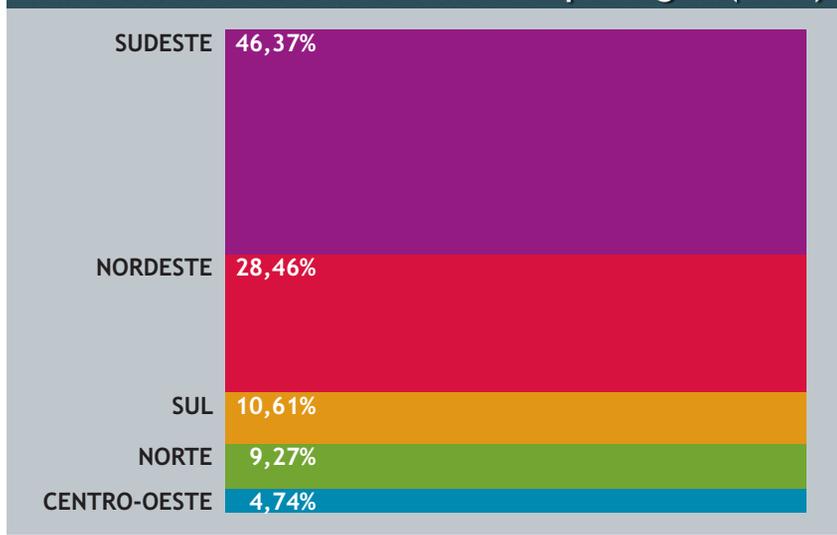
regular de medicamentos, tratamento diretamente observado, regular sistema de informação. E reconhece a importância da horizontalização do combate, ou seja, sua efetivação em todos os serviços de saúde do SUS. Persegue, por isso, a integração do controle da doença com atenção básica, especialmente pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia Saúde da Família.

Mais informações

- ♦ *Glossário de Doenças* — CCS/ Fiocruz www.fiocruz.br/ccs/
- ♦ *Revista de Saúde Pública* www.fsp.usp.br/rsp/
- ♦ *Relatório OMS 2008* www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html
- ♦ *Fundo Global Tuberculose Brasil* www.fundoglobaltb.org.br



Percentual de casos de tuberculose por região (2006)



Fonte: Sinan (31/12/2007) • Obs.: dados parciais

que enfrentam os pacientes durante o tratamento. "Se diante de 800 pessoas ele admite que teve tuberculose, a coisa é diferente", disse Rita Smith, coordenadora do Grupo de Apoio a Ex-Pacientes, Pacientes e Amigos do Combate à Tuberculose (Gaexpa), uma das entidades organizadoras do evento na favela carioca da Rocinha, que concentra altos índices da doença (ver entrevista na página ao lado). A ativista pediu a Temporão mais investimento em pesquisa, auxílio logístico a pacientes em tratamento, incentivo a ex-pacientes para que se unam à causa, ampliação da estratégia Dots e maior integração entre Estado e comunidade para que se vença o desafio do controle da doença. Para ela, "falta vontade política" e humanização no tratamento: "O paciente é visto apenas como um pulmão".

O Fundo Global, ONG que financia ações de combate à aids, à tuberculose e à malária em vários países, destinou ao Brasil US\$ 27 milhões, a serem aplicados até 2012 no projeto Fundo Global Tuberculose-Brasil. A iniciativa reúne 28 instituições comprometidas com o enfrentamento da doença em 57 municípios, nas regiões metropolitanas de Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Fortaleza, São Luís, Manaus e Belém, além da Baixada Santista. A entidade,

que promoveu o seminário em São Paulo, lançou no evento da Rocinha a campanha "Brasil livre da tuberculose" (www.fundoglobaltb.org.br) e, entre outras ações, vai capacitar quase 3 mil profissionais em convênio com o programa de Educação a Distância da Ensp/Fiocruz.

"MANCHA NO PULMÃO"

A doença é temida, segundo a historiadora e sanitária Angela de Araujo Pôrto, "por ser a expressão de algo que é socialmente digno de censura, bem como por representar o estágio último de miséria humana". Em artigo na mesma *Revista de Saúde Pública* — "Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito" —, a pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz explica que a ideia do "doente com uma mancha no pulmão" persiste no imaginário social, o que traz entraves ao controle da doença, seja por dificultar a inserção social do paciente — e sua adesão ao tratamento —, seja por contribuir "na descrença da possibilidade de cura".

De fato, não é à toa que o movimento social de combate à doença tem como meta prioritária a disseminação de informações. Em informe distribuído à imprensa, o psicólogo Carlos Basília, secretário-executivo do Fórum da Parceria Brasileira Contra a Tuberculose e integrante do Fórum ONGsTB-RJ, reforça: já que as pessoas não conhecem os sintomas iniciais da tuberculose, só procuram os serviços de saúde depois que estes se agravam.

Ainda na RSP, Ézio Távora dos Santos Filho e Zaira Machado dos Santos Gomes, representantes da coordenação brasileira do Fundo Global, dizem acreditar que a política de enfrentamento do governo federal tem sido mais "consistente e coerente" em relação à tuberculose, já que inclui a sociedade civil em suas ações. No artigo "Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil", os dois ativistas escrevem que "a ausência de monitoramento das políticas públicas em TB por parte da sociedade civil favorecia

a morosidade, a falta de transparência e a ineficiência das ações e políticas governamentais, em sua plenitude", e destacam como positivas as atividades de capacitação das organizações sociais que lutam contra a doença.

No entanto, os pesquisadores alertam: "Não se deve esperar que a resposta comunitária no controle da TB seja gerada espontaneamente", em função da "situação de carência financeira da maioria afetada pelo problema, sua baixa escolaridade e do reduzido poder de articulação, quando não dentro de organizações de defesa dos direitos".

Há luz no fim do túnel? O número de casos novos *per capita* parece estar caindo globalmente desde 2003, informou o Relatório 2008 da OMS sobre tuberculose: em todas as regiões, salvo a Europa, as taxas estão relativamente estáveis. Se esta tendência se mantiver, previu o relatório, a Meta do Milênio nº 6 será alcançada antes do prazo. Já segundo os objetivos da Estratégia Stop TB da OMS, prosseguia o documento, quatro continentes trilham o caminho de redução da prevalência e da mortalidade. As exceções: África e Europa, devido ao alto crescimento desses índices nos anos 1990.

Os recursos disponíveis para controle da tuberculose subiram de US\$ 1 bilhão em 2002 para US\$ 3,3 bilhões em 2008 nos 90 países que detêm 91% dos casos, festejou a OMS, embora ressaltando que o melhor seria dispor de US\$ 1 bilhão a mais. O pior: esses mesmos países informaram perda orçamentária, em seus programas de combate à doença, de US\$ 385 milhões para este ano. Dos 22 países do ranking da tuberculose, somente cinco não reportaram perda de recursos.



Tuberculose em pauta

NA RADIS

- ♦ "Saúde pública e comunicação", nº 68, abr/2000
- ♦ "A cura está nas políticas públicas", nº 48, ago/2006
- ♦ "Combate à tuberculose, enfim, vira prioridade", nº 21, mai/2004
- ♦ "De 'doença romântica' a mal social", nº 12, ago/2003

NA COLETÂNEA RADIS 20 ANOS Na Dados

- ♦ "Tuberculose", nº 18, mai/1996

Na Tema

- ♦ "Tuberculose", nº 3, ago/1983

ENTREVISTA

Margareth Dalcolmo

“Não existe mau paciente, só serviço ineficiente”

Adriano De Lavor e Karine Thames de Menezes*

O Brasil registra cerca de 85 mil novos casos de tuberculose por ano, e o Estado do Rio tem as piores estatísticas: são 16 mil novos casos anuais, que chegam a 20 mil se somados os não-curados do ano anterior. De 30% a 33% das mortes por tuberculose – a maior taxa de mortalidade do país – ocorrem na emergência dos hospitais terciários, o que revela a baixa eficácia da rede básica no diagnóstico e no tratamento da doença.

No bairro de Curicica, Zona Oeste do Rio de Janeiro, fica o Centro de Referência Hélio Fraga, transferido em abril à Fiocruz. Sua experiência de mais de 20 anos em pneumologia sanitária permitiu que, a partir de 1995, desenvolvesse protocolo clínico para validação de um tratamento das formas multirresistentes da tuberculose (TBMR) – quando o paciente não responde a remédios como rifampicina e isoniazida. O objetivo: dar resposta aos chamados casos crônicos da doença.

Seu Ambulatório de Tuberculose, que completou 10 anos em 2007, opera com equipes multidisciplinares no atendimento dos casos mais graves, enviados pela rede do SUS: já chegam a quatro mil os brasileiros atendidos. Além disso, presta consultoria em micobacterioses, pesquisa clínica e operacional, forma cursos humanos e promove vigilância epidemiológica dos casos de TBMR, incluindo gerenciamento e provisão dos medicamentos padronizados para todo o país.

Para a pneumologista Margareth Dalcolmo, fundadora e coordenadora técnica do ambulatório, a

mudança para a Fiocruz favorecerá o desenvolvimento de trabalhos de referência, a participação em ensaios clínicos internacionais com novos fármacos, uma aproximação maior do serviço com a produção acadêmica – tudo para que o Brasil reaja mais velozmente às principais questões do programa de controle da tuberculose. “Considero inadmissível que ainda morram cerca de seis mil brasileiros por ano de tuberculose”, diz Margareth, que nesta entrevista à *Radis* faz balanço do estágio da doença no país, analisa os desafios para seu controle e enumera algumas recomendações úteis para os profissionais que lidam com pacientes de tuberculose.

“ Há cursos médicos que em seis anos dão duas horas de tuberculose ”

“Não existe paciente difícil de ser tratado, como um fenômeno social isolado, existe serviço ineficiente”, afirma. Mas o desafio é grande, a começar pelo ensino da tuberculose, que é precário. “Há cursos médicos que em seis anos dão duas horas de tuberculose”. Profissionais do SUS e de universidades já fazem estágio no



A.D.

centro, que se prepara para treinar, neste ano, grupos da organização Médicos Sem Fronteiras de partida para regiões de conflito.

Por que há tantos casos de tuberculose no Rio de Janeiro?

É uma tendência histórica secular. O Rio foi o porto de entrada da tuberculose no Brasil com os primeiros jesuítas, no século 16, transmitida a uma população indefesa por razões provavelmente étnicas e imunológicas. Além disso, o Rio tem geografia muito particular, com riqueza e pobreza muito próximas numa faixa mínima de terra entre a montanha e o mar, onde sempre houve favela, uma população escrava maior, fora fatores recentes como imigração, exclusão social e deterioração da rede de serviços de saúde pública.

A tendência continua alta?

Isso atravessou os séculos, chegou aos nossos dias e se agravou nas



últimas décadas pela ineficiência do sistema de saúde, contrariando o ideário do SUS. O Rio é um exemplo clássico de negligência na administração dos serviços de saúde, embora, paradoxalmente, tenha concentrado o maior número de hospitais federais, por ter sido capital do país.

Como está o atendimento no Rio em nossos dias?

Temos um paradoxo. Um SUS fantástico, o maior serviço de saúde pública do mundo, que dá cobertura virtualmente a 80% da população, responsável pela maior parte dos atendimentos nas doenças endêmicas ou de notificação compulsória — o caso da tuberculose. Ao mesmo tempo, as coisas são administradas de maneira ineficiente. Com a descentralização a partir da Lei 8.080/90, o que se viu no Rio foi uma desordem muito grande: temos disponibilidade de serviço nas redes terciária, secundária e primária, mas isso não funciona de maneira adequada. De 30% a 33% das mortes por tuberculose — a maior taxa do Brasil — ocorrem em hospitais de emergência. Isso quer dizer que as unidades previamente demandadas não foram capazes de detectar ou de acompanhar com a desejável resolubilidade os casos descobertos. É inadmissível que isso ocorra, mas é verdade: há vários trabalhos e teses que demonstram essa tendência.

E quanto à tuberculose multirresistente, já se tornou preocupação de saúde pública?

Sempre monitoramos a doença. Desde o advento da chamada “quimioterapia para a tuberculose”, no Pós-Guerra, o Brasil já participava de protocolos de teste de novos fármacos, justamente por reconhecer a importância epidemiológica da doença, e por haver uma inteligência, com pesquisadores qualificados. O Hospital Rafael de Paula Souza, que é a nossa retaguarda — hoje da rede municipal —, foi palco de vários testes. Em 1980, com a adoção do regime de tratamento de curta duração, o Brasil passou a monitorar de maneira mais sistemática as taxas de resistência aos fármacos. Como instituímos o regime de alta eficácia e sempre utilizamos a associação, na mesma cápsula, dos dois fármacos que são os carros-chefe do tratamento, rifampicina e isoniazida, de certa forma controlamos a propagação de uma resistência aos medicamentos.



Então, nossas taxas não são tão altas assim...

O Brasil nunca teve uma taxa de resistência considerada grave. Há exceções, hoje reconhecidas, em populações de pacientes albergados, presos ou em ambiente hospitalar. Na Argentina, nossa vizinha, a situação de multirresistência é catastrófica. Pesquisadores de Buenos Aires publicaram em 2000 a existência de uma cepa (cepa M, ou Muniz) que é resistente a praticamente todos os fármacos de primeira e segunda linhas. Isso é fruto de quê? Pode-se dizer que isso é fruto de má administração do tratamento, portanto um fenômeno iatrogênico.

“ O desafio é fazer o paciente começar o tratamento, ser acompanhado e ir até o fim do tratamento ”

E o nosso caso?

Temos baixa ou média gravidade, de acordo com a OMS, o que se estima seja ratificado no segundo inquérito nacional de resistência, atualmente em desenvolvimento no país. Uma explicação é que os dois fármacos principais são fornecidos na mesma cápsula: se o paciente não toma um, não toma ambos, evitando com isso a resistência. E, como o tratamento sempre foi governamental no Brasil, não há o problema da medicina privada, como ocorre em muitos países de alta incidência de tuberculose. Um médico pode cuidar privadamente de um caso no Brasil, mas o doente, após ter seu caso notificado, vai à unidade de saúde buscar seu remédio. Não compra na farmácia, mesmo que possa fazê-lo. Nos outros países, o médico prescreve o que quiser, pelo tempo que quiser, e o doente compra o medicamento na farmácia, sem que se tenha controle. Não há controle da

adesão ao tratamento, o que é um problema de maior complexidade no gerenciamento de um programa de tuberculose.

Então, o desafio maior do programa de controle da tuberculose é a adesão ao tratamento?

O desafio é fazer o paciente começar o tratamento, ser acompanhado adequadamente e ir até o fim de um tratamento que em geral dura seis meses. É acolher e acompanhar adequadamente o paciente, e sempre que possível supervisionar a tomada dos medicamentos, assegurar a adesão até o fim do tratamento que, se dura seis meses na tuberculose sensível, pode durar até 24 meses na multirresistente. Como o tratamento é extremamente eficaz, isso traz outro paradoxo: o doente melhora muito rápido. Se ele não for muito bem acompanhado, abandona. A multirresistência que verificamos no Brasil, até agora, é decorrente de maus tratamentos anteriores, e não de taxas de resistência primária, graves ou alarmantes, como se observa em outros países, como as antigas repúblicas soviéticas, Israel, Coreia do Sul, Irã, entre outros, onde as taxas de resistência primária estão acima de 10%.

Há um perfil socioeconômico do paciente?

Quanto menos informado, menor a possibilidade de adesão ao tratamento. Quanto mais informado, maior a probabilidade de entendimento do processo saúde-doença, portanto, maior compreensão de que o tratamento é longo, porém de alta eficácia.

Qual o paciente mais difícil de tratar?

Tenho uma particular avaliação do problema: acho que não existe só o mau paciente; existe o serviço ineficiente. A tuberculose é uma doença altamente relacionada a outras co-morbidades, como o uso de droga, que gera o mais complexo grupo a ser tratado: a desinserção social o impede de aderir ao tratamento. Ele toma outras drogas, tem dificuldades em comparecer. Mas há uma situação curiosa: se é o caso de uma tuberculose sensível, o tratamento dura seis meses; se é um caso multirresistente, o regime dura entre 18 e 24 meses. Como manter este doente aderido ao tratamento, tomando injeção durante um ano, se ele não for

muito bem cuidado e tratado? Em primeiro lugar, não adianta ter só médico e laboratório disponíveis. É preciso uma equipe multidisciplinar, permanentemente qualificada e estimulada, que acolha esse paciente como pessoa e lhe assegure confiança. Aí entra também o papel institucional na provisão de incentivos aos pacientes, como transporte e suplementação alimentar.

O abandono então é uma das principais causas da tuberculose multirresistente?

Sem dúvida nenhuma, embora a irregularidade no uso das medicações seja mais grave do que o abandono. Um doente que abandona no segundo mês dificilmente ficará resistente, porque usou os fármacos de maneira adequada — até que se prove o contrário. Porém, dois meses é um período muito curto, que não é capaz de negativá-lo bacteriologicamente, portanto, não será capaz de curá-lo. Mas esse doente é menos grave do que aquele que toma o remédio dois dias e pára quatro. A irregularidade nessa relação entre patógeno e fármaco é que faz com que se desenvolva a resistência.

Existe uma relação entre o processo de favelização nas principais capitais do país e a tuberculose multirresistente?

Não acho que guarde uma relação diferente da tuberculose de um modo geral, até porque, para nós, ela é um microuniverso. No Rio de Janeiro há 16 mil casos novos de tuberculose por ano, dos quais aproximadamente 250 se tornam multirresistente. A questão é que a maioria desses pacientes vêm de comunidades muito pobres. Na Rocinha, por exemplo, vivem 80 mil pessoas [a *Light* calcula 120 mil, e a associação de moradores, 200 mil]. A taxa de incidência média de tuberculose no Brasil é de 47 por 100 mil; no Rio, é de 96 por 100 mil; na Rocinha, é acima de 300 por 100 mil. Seria reducionista, porém, relacionar os dois fenômenos. A questão maior está na exclusão social e na falta de acesso aos serviços.

O que causa tanta contaminação nesse ambiente?

São doentes virgens de tratamento, provavelmente um ou dois contaminados na própria casa, ou no mesmo beco, estando a janela do vizinho quase ao alcance da mão. Estudos de epidemiologia molecular revelaram a presença do

mesmo clone da micobactéria em vários pacientes. A questão demográfica se reflete nessa exposição quase compulsória. A transmissão está propiciada pelas condições de habitação, o grau de intimidade do contato — quanto mais íntimo, maior o risco — e as condições pessoais. Se ele é soropositivo para o HIV, tem risco cerca de 10 vezes maior de adoecer; se é diabético insulino-dependente, é considerado de alto risco; se é usuário de medicamentos — corticóides, quimioterapia para o câncer —, também; se é usuário de drogas, está no maior risco de todos, conforme estudos já demonstraram, quer pela impossibilidade de aderir ao tratamento racionalmente, quer pela deterioração imunológica gerada pelo uso das drogas.

“ A questão maior da tuberculose está na exclusão social e na falta de acesso aos serviços ”

Diz-se que os laboratórios farmacêuticos não investem em remédios contra a tuberculose por considerá-la doença de pobre. Isso é verdade?

Durante muito tempo isso foi verdade, não é mais. Nunca houve um momento na história da doença, nas últimas seis décadas — considerando-se que a estreptomicina foi o primeiro medicamento, descoberto em 1945 —, em que houvesse sete fármacos diferentes em investigação para a tuberculose, inclusive com a participação da grande indústria. A tuberculose foi declarada emergência mundial pela OMS em 1993. Isso foi ratificado em 2005. Uma doença que mata quase três milhões por ano no mundo e faz vítimas entre 20 e 30 anos não pode ser negligenciada. Hoje há uma instituição supranacional — a Aliança Global para o Desen-

volvimento de Fármacos contra a Tuberculose — que monitora ensaios clínicos, pré-clínicos em modelo animal e humano, para testagem de fármacos.

Como deve agir o profissional de saúde que trabalha no controle da tuberculose?

Em primeiro lugar, é preciso que o profissional trabalhe com estímulo, condições e ambiente adequados e que reconheça quem é seu paciente. Saber de onde vem, conhecer o núcleo familiar, o ambiente onde se contaminou, se há outros casos na família, que muitas vezes está excluída da seguridade social. Isso é localizá-lo socialmente. É importante saber que direitos tem, orientá-lo, acolhê-lo, fazer com que seja avaliado em consulta que inclua serviço social. Não acreditamos em tratamento de tuberculose restrito ao trabalho médico. É freqüente em determinados postos de saúde encontrar uma fila de pacientes debaixo de sol ou chuva, com um médico que, para cumprir critérios de produtividade, é obrigado a atender 30 doentes num turno. Assim, não há doente que se trate seis meses. Então, acolhimento, humanização, eficiência, farmácia adequada, laboratório eficiente, tudo isso dá confiança e faz com que o paciente adira não apenas ao tratamento, mas ao próprio cuidado que recebe. O nosso ambulatório é um bom exemplo: tratamos de tuberculose multirresistente ou de casos muito complexos e temos taxa de abandono muito menor do que a dos casos sensíveis no Rio de Janeiro.

O centro já tem algum caso da nova tuberculose, a XDR?

Pela definição da OMS de XDR-TB — tuberculose extensivamente multirresistente, não só à rifamicina e à isoniazida, mas aos fármacos de primeira e segunda linhas e mais um derivado quinolona e aminoglicosídeo —, uma revisão retrospectiva do nosso banco de dados detectou seis casos. Imaginamos que haja outros no Brasil, porque para ter certeza seria necessário que todos fossem testados de maneira uniforme. Isso ainda não é feito, e esperamos que seja a partir da próxima revisão de normas para a tuberculose. 

* Estágio supervisionado



AMIANTO

Indústria mente em busca de sobrevivida

Bruno Dominguez

A luta pela proibição do amianto no Brasil ganhou força em abril, quando a Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho (Anamatra) e a Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho (ANPT) protocolaram ação direta de inconstitucionalidade no Supremo Tribunal Federal (STF) contra a Lei 9.055/95, que proíbe o amianto tipo anfíbio, mas libera o tipo crisotila. A intenção é banir por completo a “fibra que mata” (*Radis* 29), usada principalmente na fabricação de telhas, caixas d’água, forros, pisos, divisórias.

A presidenta da regional do Rio de Janeiro da Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (Abrea), Ruth Nascimento, nem sequer pôde acompanhar esse progresso. Ela trabalhou como fiadeira de uma indústria têxtil durante 12 anos, o suficiente para desenvolver asbestose (cicatrização do tecido pulmonar), uma das graves doenças provocadas pelo material. Com a saúde cada vez mais debilitada, ouviu do médico a recomendação para que se afaste da longa e cansativa luta contra o uso da fibra que a envenenou e a tantos outros brasileiros.

Dados do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Ensp/Fiocruz) indicam

que 2.414 pessoas morreram no país por mesotelioma (tumor maligno da pleura, camada de revestimento do pulmão) de 1980 a 2003. Ainda assim, estima-se que um milhão de trabalhadores continuam expostos aos riscos do material.

Quase 50 países proibiram o amianto – toda a União Européia, Argentina, Uruguai, Chile, entre outros. Quarto maior produtor mundial do crisotila (250 mil toneladas por ano), o Brasil resiste. Alguns estados e municípios sancionaram leis próprias proibindo todas as variedades da fibra, mas a maioria delas foi ou está sendo contestada na Justiça. “A indústria do amianto ajuizou oito ações, uma arguição e uma reclamação no STF para impedir o banimento ou a restrição”, informa a engenheira Fernanda Giannasi, auditora fiscal do Ministério do Trabalho e coordenadora da Rede Virtual-Cidadã pelo Banimento do Amianto para a América Latina.

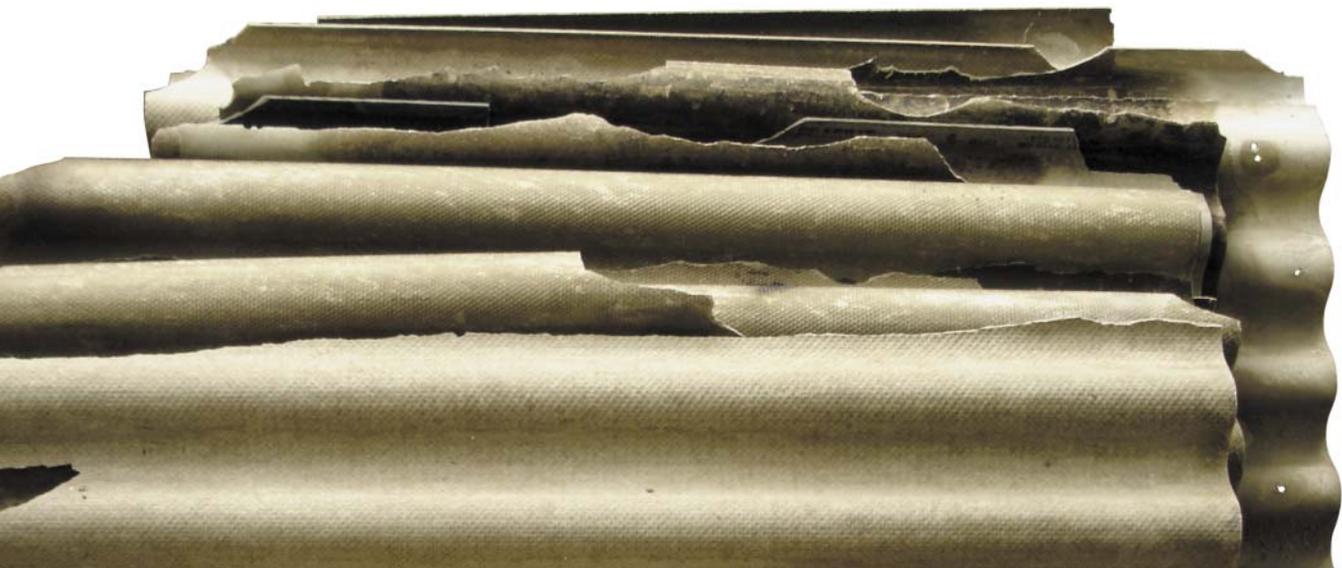
“Não creio que nenhuma outra matéria tenha tido essa avalanche de ações”, diz ela, que se dedica à causa anti-amianto desde 1985. Fernanda é a maior referência na área no Brasil: fundou a Rede Virtual em 1994 e a Abrea em 95, recebeu prêmios internacionais e foi comparada pela revista *Época* à advogada americana Erin Brockovich, que teve a vida contada em filme (2000) com Julia Roberts, por ter enfrentado na Justiça uma

empresa que contaminou a água de uma cidade da Califórnia.

A indústria do amianto já mostrou suas armas para a briga. O Instituto Brasileiro do Crisotila (IBC) pagou pela publicação de informe publicitário de 30 cm x 20 cm no jornal *O Globo* em 4 de abril, um dia após a divulgação do pedido de banimento. Dividido em sete tópicos, o texto atualizou velhas mentiras. afirmou, por exemplo, que o material “não causa mal à saúde”, contrariando a Resolução 58.22/2005, da Assembléia Mundial da Saúde, principal órgão controlador da Organização Mundial da Saúde.

A OMS concluiu que a exposição ao amianto provoca várias doenças: câncer de pulmão, mesotelioma, asbestose, câncer de laringe e placas, engrossamentos e derrames pleurais. De acordo com a organização, o amianto é um dos mais importantes cancerígenos relacionados ao trabalho, responsável por cerca da metade das mortes por câncer profissional: todos os anos, no mínimo 90 mil pessoas, enquanto 125 milhões estão expostas ao amianto em seu local de trabalho.

O IBC alega que a fibra é utilizada de forma responsável por seus associados, seguindo as regras do Acordo Nacional para Uso Controlado do Amianto Crisotila. Mas a OMS é taxativa ao pedir o abandono de todas as variedades. “Não há nível seguro”, rebate a assistente social Vanda D’Acri,



pesquisadora do Cesteh. “A indústria do amianto faz futurologia, nós fazemos epidemiologia”, ironiza Fernanda, para quem a eficiência das medidas de segurança adotadas pela indústria depois dos anos 1980 só poderão ser avaliadas a partir de 2010.

A engenheira contesta outra (des) informação do anúncio, que garante não haver “registro de trabalhador, admitido após a década de 1980, que tenha contraído doenças relacionadas ao amianto no Brasil”. Ela cita pelo menos dois trabalhadores de uma fábrica de mísseis em Jacareí (SP) admitidos depois de 1980 que desenvolveram mesotelioma, o câncer mais agressivo atribuído ao amianto. O número de casos ainda é pequeno porque as doenças decorrentes da exposição ao material levam em média 25 anos para se manifestar. Por isso, mesmo que o Brasil proíba o amianto hoje, o número de mortes só começaria a diminuir em algumas décadas.

O instituto tenta se respaldar em “pesquisas científicas mundiais que indicam a viabilidade do uso do amianto crisotila como matéria-prima”, citando no anúncio estudo coordenado pela USP, em parceria com a Unifesp e a Unicamp. Mas esconde que o projeto — *Exposição ambiental ao asbesto: avaliação do risco e efeitos na saúde* — é financiado pela própria indústria do amianto (www.asbestoambiental.com.br), maior interessada em seus resultados. “Além do comprometimento ético, a metodologia dessa e de outras pesquisas do instituto foi questionada por especialistas brasileiros e estrangeiros”, critica Fernanda. Para ela, esse é um exemplo de *junkie science*: “Ciência de lixo, sem função social, que defende apenas o interesse do financiador e cada dia inventa uma teoria nova para justificar o injustificável”.

A coordenadora da Rede Virtual também denuncia que dois dos principais pesquisadores do projeto, os médicos Mário Terra Filho (USP) e Ericson Bagatin (Unicamp), prestam serviços à indústria: integram junta médica que examina expostos e ex-expostos e analisa o valor da indenização para acordos extrajudiciais — que variam de R\$ 5 mil a R\$ 25 mil. “Existe uma relação promíscua entre setores da academia e a indústria assassina do amianto”, opina.

Outro mito da indústria é a suposta inexistência de substitutos para o amianto crisotila. O próprio texto se contradiz, ao afirmar que as fibras sintéticas, uma das opções atuais, teriam custos elevados e pouca quantidade de matéria-prima disponível. Várias empresas, entre elas a francesa Brasilit — que após o banimento do produto



O anúncio publicado no jornal *O Globo* em 4/4/2008, página 15

na França rompeu parceria com a Eternit na produção de artigos com amianto e agora é defensora do banimento no Brasil —, desenvolveram tecnologia para substituir a fibra. O mercado oferece caixas d’água de plástico, metal, fibra de vidro, concreto; telhas de cerâmica, plástico, argamassa e até fibra vegetal. “Há opções para todos os gostos e bolsos”, ressalta Fernanda.

Assim como a indústria, a Comissão Nacional dos Trabalhadores do Amianto, “declaradamente seu braço sindical”, posicionou-se contra o banimento sob a alegação de que geraria 170 mil desempregados. A engenheira contesta o dado: a cadeia produtiva do amianto emprega apenas 3 mil, afirma. “Essa conta é manipulada, inclui os transportadores, que muitas vezes carregam amianto e panetone no mesmo caminhão”. Segundo ela, o principal sindicato foi criado pelas próprias empresas em 1985, na tentativa de controlar o preço dos produtos ao salário dos trabalhadores. Fernanda ainda informa que uma fábrica de artigos feitos com amianto em Capivari (SP) parou de usar a fibra sem demitir em massa.

“O lobby da indústria do amianto pode ser comparado ao do tabaco: tem tentáculos nos sindicatos, na academia e

uma bancada da crisotila no Congresso”, diz a engenheira, que conta ter sido hostilizada e pressionada por lobistas e sindicalistas em várias ocasiões. Ela se mostra otimista em relação ao julgamento da ação proposta pela Anamatra e pela ANPT, aliadas da associação de expostos, embora ministros do STF já tenham votado contra a proibição total em outras ocasiões. Na ação movida contra a lei de São Paulo, por exemplo, o Supremo entendeu que o estado invadiu a competência da União ao legislar sobre o assunto. “Vários juristas consideram um avanço a Constituição permitir que estados e municípios legislem sobre matérias de saúde, meio ambiente e direitos do consumidor e que o STF passou por cima do federalismo”, reclama.

Segundo Fernanda, a posição dos ministros começou a se alterar no ano passado, quando Eros Grau declarou seu apoio ao banimento e foi acompanhado por Gilmar Mendes, Cezar Peluso e Ayres Britto. Mas ela prevê um duro embate: a Eternit, dona da única mina de amianto do Brasil (localizada em Minaçu, em Goiás), contratou como advogado o ex-presidente do STF Maurício Corrêa, relator da primeira ação de inconstitucionalidade contra o estado de São Paulo. “Na melhor das hipóteses, o julgamento final pode demorar três anos, mas creio que vamos ganhar”, confia. Fernanda sugere que o STF junte as ações de inconstitucionalidade relativas ao tema e julgue-as de uma vez, em tempo recorde.

Fernanda acredita que a circunstância seja mais favorável porque o movimento está mais organizado, a opinião pública apóia a causa e o relator, Ayres Britto, mostrou que privilegia o interesse público, em vez do de grupos. Fernanda diz saber que o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, é sensível à causa, e espera que ele declare publicamente sua posição. “Temos hoje uma articulação social de peso para enfrentar uma questão que vem sendo empurrada com a barriga, tanto pelo governo federal como pelo Judiciário”.



DENGUE

Baixo investimento mata

Em meio a interminável disputa entre os governos municipal, estadual e federal, a população do Rio de Janeiro enfrenta desde janeiro grave epidemia de dengue. Somente nos quatro primeiros meses de 2008, foram notificados 93.498 casos da doença – 16.573 em janeiro, 22.355 em fevereiro, 46.780 em março e 7.790 em abril (até o dia 16). O estado concentra 36% dos doentes e 73% das mortes pela dengue este ano no país. Em todo o Brasil, a incidência diminuiu 27% nos três primeiros meses de 2008 em relação ao mesmo período de 2007 – 120.570 contra 250 mil.

Além do número de casos, a epidemia no Rio preocupa porque está matando cinco vezes mais do que a anterior, em 2002 (ver tabela na pág. 31). A capital registrou o maior número de mortes: 52 das 87 confirmadas no estado – outras 91 continuavam sob investigação até 16 de abril. Filas intermináveis nas unidades de saúde, erros de diagnóstico, entre outros problemas, levaram o Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (SinMed) a apresentar notícia-crime aos Ministérios Públicos estadual e federal, em março, visando responsabilizar os governos municipal, estadual e federal pela epidemia.

“A epidemia só aconteceu em função da omissão do poder público”, critica o presidente do sindicato, o médico Jorge Darze. Na opinião dele, todas as esferas falharam em suas funções. O município, por não organizar ações de combate aos focos do mosquito e por não preparar a rede pública para atender os infectados. O estado, por não adotar procedimentos para responsabilizar a prefeitura e por fechar o Instituto São Sebastião (ver box na pág. 30), “único centro de referência em doenças infecto-contagiosas no estado”. E a União, por não investigar se as verbas repassadas estavam sendo empregadas de maneira conveniente – “o ministério deu um cheque em branco a gestores omissos e deixou de zelar pela boa aplicação do dinheiro público”.

Segundo levantamento da *Folha de S. Paulo*, o governo estadual reduziu em 48,6% a previsão de gastos na prevenção da doença para este ano: de R\$ 39,5 milhões (valores atualizados) em 2007 para R\$ 20,3 milhões em 2008. A prefeitura nem sequer planejou ações diretas no Orçamento de 2007, apenas previu R\$ 37 milhões para ações indiretas. “Esses casos de dengue estão possibilitando desnudar o rei e expô-lo à execração pública”, entende Jorge

Darze, para quem a população identifica nas três esferas a responsabilidade pela epidemia. “Abrimos um tumor que estava sendo negado o tempo todo, agora está saindo pus para todo lado: era uma infecção grave”.

À ESPERA DE MILAGRE

Tanto o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, quanto o governador do estado, Sérgio Cabral, admitiram falhas. Arrogância, apenas na Prefeitura do Rio, que recomendou que a população usasse calças compridas, meias e tênis numa semana em que a sensação térmica era de 36 graus. No auge da crise, César Maia visitou a Igreja do Bonfim, em Salvador, para pedir que “o mosquito da dengue voasse em direção ao oceano”. O pároco da Igreja do Bonfim do Rio disse que Deus lá no céu ajuda, mas os fiéis aqui embaixo precisam agir.

Maia ainda insistiu em culpar o estado e a União pela epidemia. Sobre Temporão, chegou à ofensa em e-mail à Folha Online: “Ele continua fazendo política. Foi meu sub-secretário de Saúde em 2001, quando ocorreu o ressurgimento da dengue depois de anos. E foi demitido por incompetência e preguiça. Continua o mesmo falastrão de sempre”. Na verdade, o então secretário de Saúde, Sergio Arouca, foi demitido após protestar contra os poucos recursos para o combate à dengue. Temporão, seu braço direito e tocador dos projetos, saiu junto.

Até março, a Secretaria Municipal de Saúde nem sequer classificava a situação de epidemia: seriam apenas surtos localizados em alguns bairros (Cidade de Deus, Anil, Gardênia Azul, Camorim, Curicica, Jacaré, Saúde, Santo Cristo, Benfica e Bonsucesso). “A prefeitura trabalha com números frios e só admitiria epidemia se houvesse muitos casos em todos os bairros, o que é um absurdo”, avalia o entomologista Anthony Érico Guimarães, chefe do Laboratório de Díptera da Fiocruz. “Mais importante do que ser epidemia ou não é agir para estancar a dengue”.

O epidemiologista Roberto Medronho, um dos principais especialistas brasileiros em dengue, contestou a visão da secretaria e afirmou que o Rio enfrenta, sim, uma epidemia desde janeiro. Chefe do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFRJ, ele questiona o critério adotado pela prefeitura para negar o óbvio – incidência em janeiro de 470 casos por 100 mil habitantes, a média dos anos epidêmicos. De acordo com determinação da Organização

Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS), os períodos em que houve epidemia devem ser excluídos da conta.

Medronho analisou a incidência da doença nos últimos 10 anos na cidade (excluídos os epidêmicos), seguindo metodologia adotada internacionalmente. Segundo seus cálculos, o limite máximo esperado para janeiro de 2008 era de 23,3 casos de dengue por 100 mil habitantes. Qualquer valor superior a esse comprovaria a epidemia. O Rio registrou número seis vezes maior: 144,5 por 100 mil habitantes.

“Em 1º de abril, a incidência chegou a 585,3 casos por 100 mil habitantes, então nem usando o critério de antes a prefeitura poderia desmentir”, reforça o epidemiologista. Anthony alerta: a quantidade de casos deve ser até cinco vezes maior, porque há subnotificação.

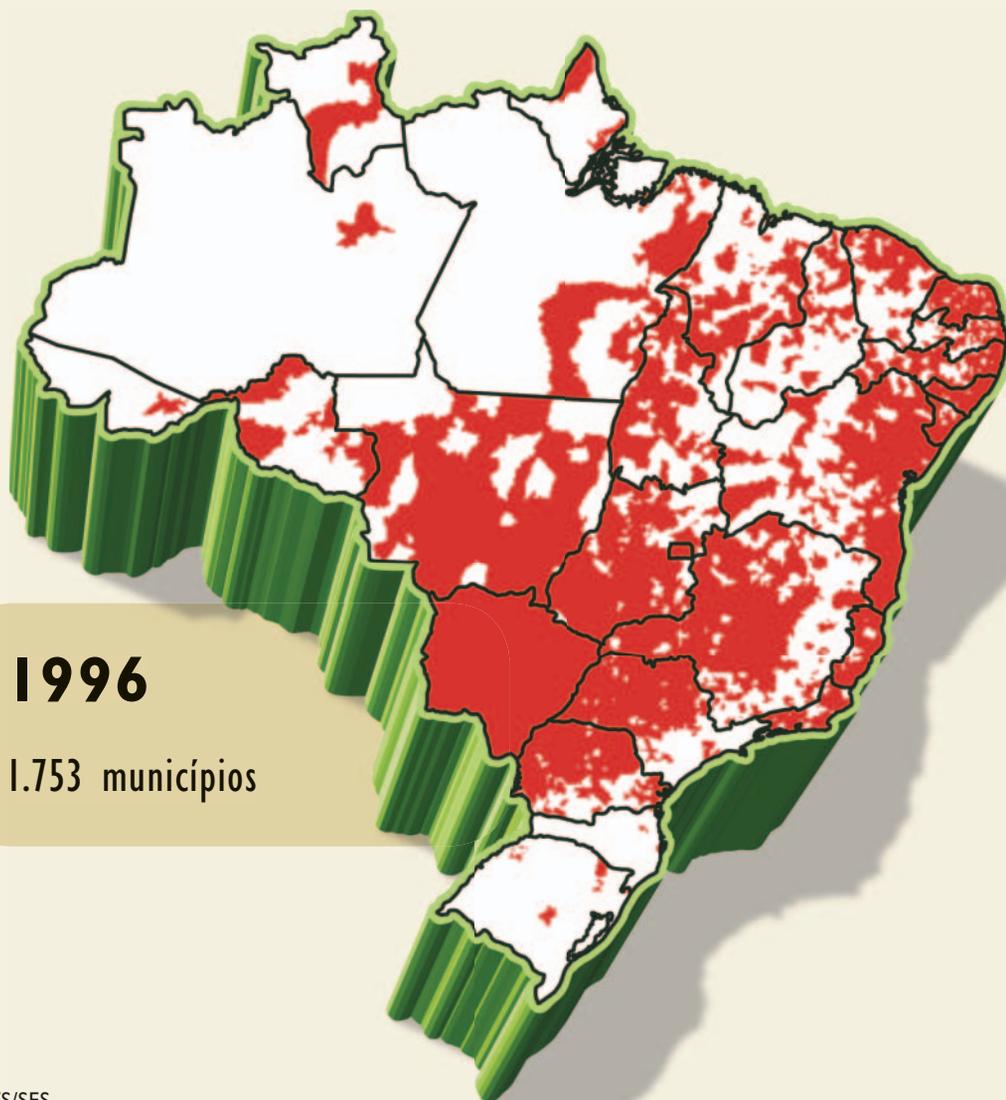
A demora em reconhecer a epidemia, lamenta Roberto Medronho, traz prejuízos à saúde da população: “Esse diagnóstico tem que ser oportuno, para que se tomem imediatamente medidas de prevenção e controle da doença, evitando que se espalhe”. A politicagem não deve estar acima dos interesses da saúde pública, defende o epidemiologista, para quem o Ministério da Saúde repassou recursos suficientes para evitar a epidemia, mas disputas políticas – “principalmente por parte da gestão local” – fizeram com que a população sofresse. “Deveriam ter pensado que nosso principal inimigo não é o partido A ou B, mas o mosquito”, adverte.

ÀS PRESSAS

Uma força-tarefa só foi mobilizada em meados de março, às pressas. De início, botou 1.200 bombeiros na rua para combate aos focos de *Aedes aegypti* e ergueu três tendas de hidratação na Zona Oeste. O chamado “gabinete de crise”, criado pelo Ministério da Saúde antes da Semana Santa para tomar medidas de emergência no enfrentamento da epidemia, marcou a primeira reunião para depois do feriadão.

A doença não esperou. Entre a Sexta-Feira Santa e o Domingo de Páscoa morreram mais duas pessoas, inclusive um menino de 12 anos na Baixada Fluminense, que teve dois diagnósticos errados: primeiro, virose; depois, já hospitalizado, passando muito mal, vomitava sangue – que profissionais de saúde disseram ser “coca-cola”. Duas semanas antes, um menino de 8 anos, morador da Tijuca, bairro de classe média do Rio, recebera também o

Duplicação de municípios infectados por *Aedes aegypti*



Fonte: SVS/SES

diagnóstico de “virose” na clínica particular ProntoBaby. As mortes de crianças se sucediam.

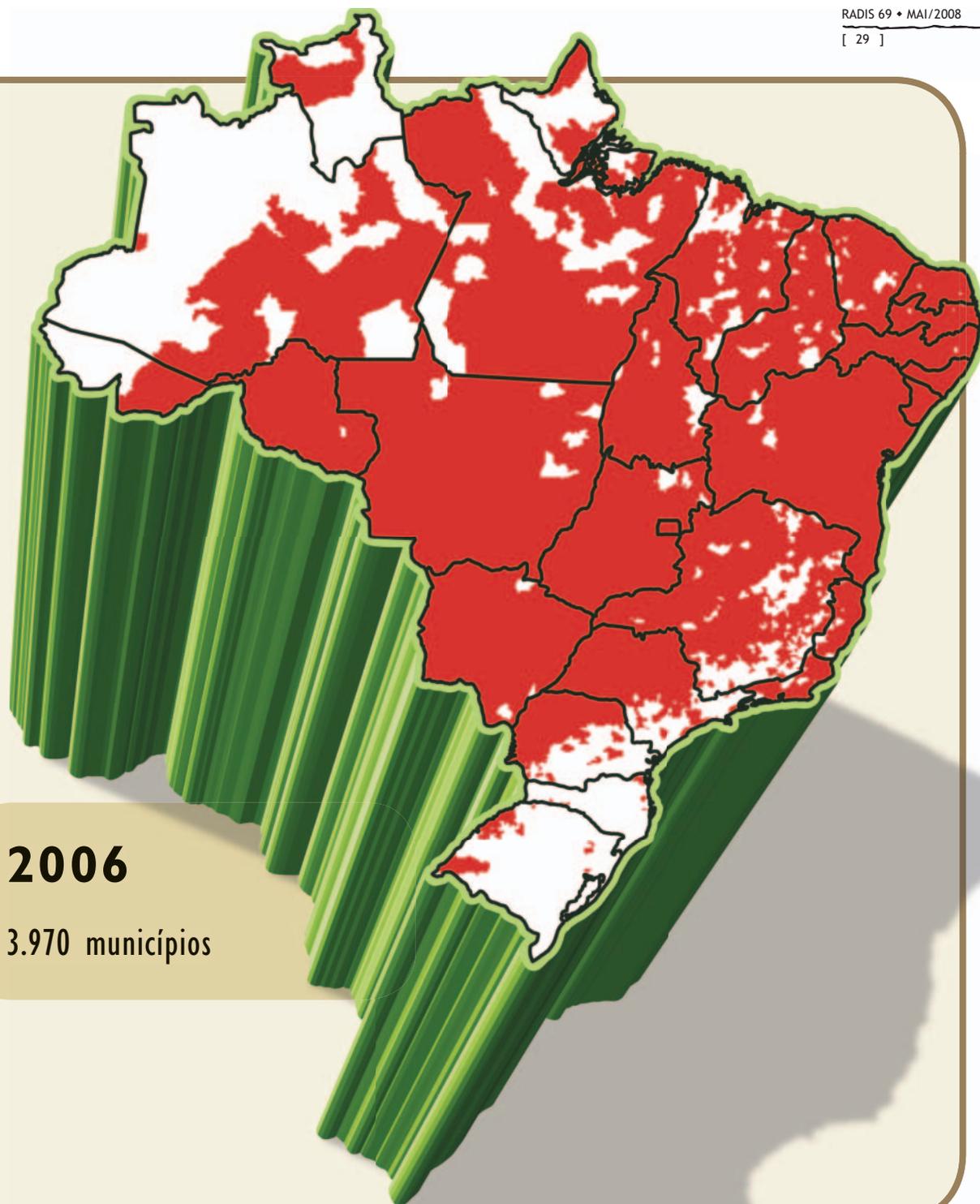
A *Radis* procurou especialistas para explicar como pediatras podem ser despreparados a ponto de diagnosticar “virose” num momento em que a dengue vinha, dolorosamente, vitimando em especial as crianças — fato noticiado à exaustão pela mídia. Até 16 de abril, menores de 15 anos respondiam por 49% das 5.331 internações; 38 dos 87 mortos tinham entre 0 e 15 anos. Segundo Anthony Érico, essa é uma consequência do tipo de

vírus que tem circulado no Rio de Janeiro, o 2, ausente no estado desde 1991. “É a primeira vez que os nascidos depois de 1992 entram em contato com esse vírus”, explica. Como esse grupo já entrou em contato com o tipo 3, o quadro epidemiológico tende a ser mais grave.

“Os pediatras não foram capacitados previamente para tratar a dengue na criança; esse foi um fato novo e pegou a todos de surpresa”, analisa Roberto Medronho. “Não deveria, mas pegou”. Ele também questiona o currículo das faculdades

de Medicina, que ensinam Virologia e Doenças Infecciosas “aquém do necessário para a formação de um bom médico”. Medronho tem discutido na UFRJ a relevância de uma reforma curricular não apenas para aumentar o tempo de ensino da dengue, mas para fazer com que um médico se forme tendo a capacidade de atender às reais necessidades da população.

Anthony também reconhece que há distorções, porque os médicos se acostumaram a diagnosticar quadro clínico como virose. De acordo com ele, o mais cauteloso num período de epide-



mia é tratar pacientes com os sintomas da dengue como se fosse dengue, para evitar erros médicos. “Muitas vezes o profissional prefere esperar pelo resultado do exame de plaquetas, mas não dá para esperar”, frisa.

Para a médica-infectologista Patrícia Brasil, do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, da Fiocruz, a criança, além de susceptível ao vírus circulante, pode apresentar alto risco de formas graves da doença devido a particularidades do amadurecimento do sistema imunológico e de diferenças importantes relativas à fisiopatogenia

do choque — principal causa de morte por febre hemorrágica da dengue.

Embora a hipótese de dengue seja fácil de ser estabelecida em função da exuberância do quadro, é necessário, segundo Patrícia, ter em mente que nem todo paciente com febre e mialgia está com dengue. “É fundamental a exclusão do diagnóstico diferencial”, afirma. “A maioria dos erros de diagnóstico ocorre porque história e exame físico, ainda que sumários, não foram realizados”. Um dos erros mais ilustrativos, exemplifica, é a confusão entre dengue hemorrágica

e meningococemia, na qual as lesões purpúricas e o choque ocorrem em menos de 24h-48h de evolução (o que nas formas graves da dengue ocorre somente a partir do terceiro dia de doença). “A história epidemiológica é fundamental para que o médico suspeite de doenças confundíveis com dengue, como febre amarela, malária, leptospirose e outras infecções bacterianas”, observa Patrícia.

Jorge Darze diz ser um equívoco afirmar que os médicos estão despreparados para diagnosticar e tratar corretamente os pacientes com a

doença. Ele reconhece que pode ter havido erros, mas acredita à omissão do poder público o agravamento de casos. "O que prejudica são as dificuldades estruturais para um atendimento adequado, basta ver as iniciativas tomadas pelo governo: hospitais de campanha, tendas de hidratação, resultados de exames em cinco minutos", opina. "Não havia nada disso antes de apresentarmos a notícia-crime".

O presidente do SinMed conta ter visto vários médicos de hospitais — públicos e particulares — liberando pacientes e pedindo que voltassem em 48 horas, em vez de interná-los. De acordo com Darze, a internação é fundamental porque 1% ou 2% dos casos de dengue evolui para o tipo hemorrágico. Se o doente não estiver monitorado, pode morrer em horas. "Num sistema em crise, qual médico pode internar e acompanhar diariamente o paciente para ter segurança do que está fazendo?"

SEMPRE A ATENÇÃO BÁSICA

Medronho reconhece que é difícil barrar uma epidemia de dengue, mas lamenta a inexistência de um plano de contingência pré-epidêmico. "Muitos dos óbitos poderiam ter sido evitados se a prefeitura tivesse investido na capacitação dos profissionais, em sistemas de referência, na atenção

básica — para que se diagnosticasse e encaminhasse corretamente os doentes", afirma. Para o epidemiologista, esse número de óbitos "não condiz com um país que implantou o SUS e com uma cidade que tem a maior rede pública instalada do Brasil e os principais centros públicos de pesquisa em dengue — Fiocruz, Uerj e UFRJ".

Especialistas concordam em que a precária rede de atenção básica e a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro — atualmente, o programa abrange 8% da população — contribuíram para agravar a epidemia. Doentes precisavam esperar até seis horas por atendimento. "Sem epidemia, já há filas nos hospitais para os casos do dia-a-dia, imagine quando se soma um volume absurdamente elevado de uma epidemia", diz Medronho.

O epidemiologista acredita a demora no atendimento, no diagnóstico e no início do tratamento ao sucateamento da rede pública de saúde, à má remuneração dos profissionais, à falta de estímulo para novas capacitações e à inexistência de um plano de contingência. "O resultado dessa somatória é o óbito", afirma.

O presidente do SinMed diz que a prefeitura foi irresponsável ao não investir numa estrutura eficaz para o

acompanhamento da saúde, como o PSF, "que tem percentual de cobertura medíocre no Rio". Por visitarem regularmente as mesmas famílias, os agentes de saúde e de endemia podem combater focos do *Aedes* dentro das casas. Medronho concorda, o programa contribui para o controle da dengue, mas, ressalva, do ponto de vista técnico, os agentes não são remédio para evitar a doença, já que grande parte dos focos do *Aedes* está em borcharias e cemitérios.

Vizinha ao Rio, Niterói dispõe do programa Médico de Família, que cobre 80% da população. Teve 2.169 casos de dengue notificados desde janeiro, mas nenhuma morte. A cada notificação, agentes sanitários visitam a casa do doente e procuram focos do mosquito num raio de 100 metros. Segundo Medronho, os agentes podem ter contribuído para um diagnóstico rápido e encaminhamento dos doentes a centros de referência.

TRATAMENTO

Não há remédio para a dengue, apenas os sintomas são tratados: antitérmicos para baixar a febre e analgésicos para aliviar as dores. Medicamentos que contêm ácido acetilsalicílico são contra-indicados, porque podem causar sangramento.

Referência perdida no Rio

Para Patrícia Brasil, do Ipec/Fiocruz, é incorreto dizer que a dengue hemorrágica não tem tratamento. "É verdade que não se tem uma droga específica contra o vírus ou contra os mecanismos fisiopatológicos que conduzem ao choque ou às grandes hemorragias", diz. "Porém pode ser aplicado outro recurso altamente eficaz, que é a classificação dos pacientes segundo os seus sintomas para decidir condutas, assim como o reconhecimento precoce dos sinais de alarme que anunciam a iminência do choque e permitem ao médico estar à frente das complicações".

Segundo a infectologista, a vigilância clínica intensiva dos pacientes hospitalizados permite identificar, quase sempre, os sinais de alerta para início do tratamento. Entretanto, tratamento individual não pode ser definido

integralmente nem ser aplicado adequadamente se não estiver inserido num conjunto de medidas de organização da assistência e de capacitação dos profissionais de saúde, com garantia de um mínimo de recursos. No Rio de Janeiro, afirma Patrícia, além de problemas na atenção primária à saúde existe insuficiência de leitos para as formas complicadas ou graves da dengue, "assim como de outras doenças endêmicas como as meningites, que matam mais do que a dengue".

Para a infectologista é, portanto, incompreensível o fechamento do Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião, centro de referência de doenças infecciosas, criado em 1889, com tradição no socorro às vítimas de todas as epidemias que assolaram o estado desde então (varíola, cólera, febre amarela, malária, gripe espanhola, dengue,

leptospirose, tétano, meningococemias, meningites). O instituto, além da *expertise* técnica e da capacidade de internação superior a 100 leitos, tinha a vocação natural de hospital-sentinelado de infecções por patógenos incomuns, emergentes, e reemergentes que lhe permitia atuar como Centro de Vigilância e Referência para internação de dengue e suas formas graves.

"A se confirmar o abandono do hospital pelo governo do estado", sustenta Patrícia, "estaremos diante de uma lamentável manifestação de descaso pela história sanitária do Rio de Janeiro, de flagrante falta de planejamento para o enfrentamento de epidemias (como a atual epidemia de dengue, com taxa de ataque superior a 300 casos/100 mil habitantes) e da perda de um dos maiores centros de treinamento em infectologia do país".

Distribuição de casos de dengue notificados Estado do Rio de Janeiro (1986-2008)

ANO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
1986	—	—	—	1.603	13.258	8.594	3.611	793	246	181	426	3.795	32.507
1987	14.074	16.422	15.217	8.182	3.696	1.129	351	58	22	21	74	109	59.355
1988	302	205	297	143	116	86	31	77	48	20	67	58	1.450
1989	123	99	93	213	160	88	48	19	13	23	83	182	1.144
1990	55	44	104	1.140	2.423	2.383	2.341	779	406	399	2.798	6.813	19.685
1991	34.636	20.036	14.783	9.903	3.565	1.290	403	217	249	191	242	376	85.891
1992	437	357	244	91	90	80	47	38	39	66	91	78	1.658
1993	62	50	300	43	18	8	9	17	24	20	34	38	623
1994	28	23	77	14	20	23	34	20	16	23	6	3	287
1995	586	7.817	16.442	7.743	2.235	124	85	65	21	20	53	49	35.240
1996	499	744	3.673	6.873	2.866	738	203	82	75	53	127	292	16.225
1997	308	370	289	158	100	75	43	37	47	28	67	782	2.304
1998	1.554	1.917	8.272	11.359	2.950	528	154	85	55	57	122	5.329	32.382
1999	667	835	1.770	2.437	1.459	319	137	113	96	83	63	1.104	9.083
2000	289	318	612	923	1.003	392	199	150	102	95	96	102	4.281
2001	3.055	7.435	11.086	19.287	20.596	8.530	3.386	1.303	657	931	926	3.023	80.215
2002	49.280	93.016	99.861	31.642	7.208	1.672	985	502	272	522	1.522	1.763	288.245
2003	1.797	2.390	1.755	1.000	545	263	140	100	104	159	415	574	9.242
2004	508	341	443	211	132	76	84	112	128	159	192	308	2.694
2005	358	256	218	167	126	157	115	191	146	189	267	390	2.580
2006	1.920	4.515	8.036	7.685	4.153	1.355	626	841	326	337	423	837	31.054
2007*	3.229	6.261	14.225	15.019	11.050	4.452	2.293	1.085	847	1.262	2.777	4.053	66.553
2008*	16.573	22.355	46.780	7.790	—	—	—	—	—	—	—	—	93.498

Fonte: SESDEC-RJ/SAS/SVS/CVE/GDT/GDTVZ * 2007 e 2008: Sinan-RJ (16/4/2008)

Os pacientes devem ser mantidos em repouso e sob hidratação oral e eventualmente, venosa.

O cenário e o clima do Rio favorecem a proliferação do mosquito, informa Anthony Érico. A falta de abastecimento de água nas favelas obriga os moradores dessas localidades a armazenarem água em caixas, baldes e outros recipientes — muitos permanecem destampados e tornam-se criadouros do *Aedes*. A falta de coleta de lixo piora a situação: garrafas PET e tampinhas ficam sob a chuva. A alta temperatura na região ainda acelera a transformação da larva em mosquito adulto — de 11, 12 dias para sete, oito.

Anthony propõe que as campanhas de prevenção à dengue sejam educativas, e não mais informativas. Pesquisa de opinião pública encomendada pelo Ministério da Saúde revela que 91% dos entrevistados se sentem informados sobre como se pega dengue e 96% recordam-se das campanhas. Ainda assim, muita gente deixa de tomar as providências necessárias. O pesquisador sugere que crianças e adolescentes aprendam desde a escola a combater o *Aedes* dentro de casa, já que este é um mosquito doméstico. “Precisamos parar com as medidas paliativas e

adotar medidas radicais”, defende. Por exemplo, não basta encher de areia os pratinhos sob as plantas: ele recomenda que as pessoas simplesmente deixem de ter plantas com pratinhos — o mosquito põe ovos em lugares próximos à água, e não diretamente na água.

Manter bromélia no jardim também requer cuidado especial: “Tem que cuidar dela como se fosse um cachorro”, brinca. Isso significa tirar a água empoçada ou trocá-la duas vezes por semana. Caixas d’água devem permanecer vedadas. “Enquanto não houver vacina para o vírus, devemos vacinar a casa”.

Medidas como essas devem virar hábito dos brasileiros, sustentam os especialistas: não é mais possível erradicar o *Aedes* (ver mapas nas páginas 28 e 29), como aconteceu no Rio dos anos 1950, e uma vacina contra a dengue só chegará ao mercado em pelo menos cinco anos. “Teremos que conviver com o mosquito, mas o que não podemos é conviver com uma epidemia a cada verão”, afirma Roberto Medronho. Para isso, diz, seria preciso mais: rediscutir as estratégias de combate ao vetor, incentivar a pesquisa da dengue e reforçar os núcleos de entomologia das secretarias de Saúde. “Se não, quantos óbitos a

sociedade ainda vai chorar por incúria do poder público?” (B.D.)

Mais informações

♦ Combate à dengue
www.combatadengue.com.br/



Dengue em pauta

NA RADIS

- ♦ “Brasil leva surra do *Aedes aegypti*”, nº 64, dez/2007
- ♦ “Cuidado, o verão chegou!”, nº 28, dez/2004
- ♦ “Município pernambucano inova no combate ao *Aedes aegypti*”, nº 4, nov/2002

NA COLETÂNEA RADIS 20 ANOS Na Súmula

- ♦ “A dengue”, nº 87, mar/2002
- ♦ “Dengue já atinge cinco estados”, nº 39, fev/1991
- ♦ “A dengue hemorrágica”, nº 38, jan/1991
- ♦ “A epidemia esperada”, nº 14, jun/1986

FEBRE AMARELA NA MÍDIA

Lições de uma cobertura desastrosa



FOTO: KATIA MACHADO

Glória, Carvalho, Venício e Samanta em Brasília: população em pânico, o principal efeito colateral na cobertura da febre amarela

Katia Machado

A discussão de temas que ganhem visibilidade na mídia e na academia foi a tônica do seminário “As relações da saúde pública com a imprensa: o caso da febre amarela”, promovido pela Fiocruz/Brasília em março no auditório da Organização Pan-Americana da Saúde. A escolha se justificou: entre dezembro de 2007 e fevereiro de 2008, a doença gerou manchetes escandalosas na TV e nos jornais. Até 14 de março, houve 65 notificações de casos suspeitos de febre amarela silvestre, 38 confirmados e 20 óbitos – todos originados em áreas rurais de Goiás, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Mato Grosso e Paraná, de risco conhecido para pessoas não-vacinadas (*Radis* 66). A população entrou em pânico e lotou os postos de saúde: em poucos

dias foram aplicadas 7,3 milhões de doses de vacina.

Na abertura do seminário, o epidemiologista José da Rocha Carvalho, vice-presidente da Fiocruz, presidente da Abrasco e mediador do debate, lembrou: “Biomanguinhos, unidade da Fiocruz principal responsável pela fabricação da vacina amarílica, precisou reduzir a produção da tríplice viral para atender à demanda da febre amarela”.

“A mídia influenciou esse pânico”, criticou a primeira palestrante da mesa, a epidemiologista Glória Teixeira, diretora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Ao apresentar a evolução da febre amarela ao longo dos anos, reiterou: nada houve de diferente em 2007 e 2008 em relação aos outros anos. “A febre amarela é uma doença sazonal, que aparece a cada cinco ou sete anos”, afirmou. “Houve casos em

2001 e 2002, portanto já era previsto em 2008”. Glória ressaltou que o governo já estava preparado e continuou seguindo as estratégias de vacinação. “Onde o vírus da febre amarela circula, há cobertura vacinal de 80%”, informou – deixando claro que não participa do governo. Mas se a doença ganhou as páginas dos jornais foi porque casos surgiram especialmente no Distrito Federal, capital do país.

O pânico causado pela mídia, segundo ela, acabou comprometendo o estoque de vacinas. “Devemos ter em vista que a vacina é um instrumento muito importante, da mesma forma que pode provocar vários efeitos colaterais”, disse. Para ilustrar o pânico citou o exemplo de uma mulher grávida de três meses que queria de qualquer forma ser vacinada. “A vacinadora tentou em vão explicar por que ela não poderia receber a dose, e foi preciso chamar a enfermeira, o médico

e, por fim, o psicólogo, que conseguiu movê-la da idéia”, contou.

A vacinação contra a febre amarela, cuja eficácia (resultado em estudos) está perto dos 100% e efetividade (resultado na prática) próxima dos 95%, segue regras internacionais de biossegurança. Há algumas contra-indicações, alertou: além de gestantes, não devem recebê-la crianças menores de 6 meses, mais suscetíveis a encefalites, portadores de imunodeficiência congênita ou adquirida e neoplasias malignas (linfomas, leucemias e aids), pacientes em tratamento com imunossuppressores (radioterapia, corticoterapia, quimioterapia antineoplásica). Informação que pouco se viu na imprensa, pois cabe à autoridade de saúde, salientou, aplicar a vacina em quem tem indicação, assim como deixar de aplicar em quem está contra-indicado.

Tomando como lição a repercussão que a doença ganhou na mídia, ela condenou o prejuízo da perda de um estoque de vacina por pânico e medo. O caminho é orientar corretamente e continuar vacinando quem precisa, assim como fazer a vigilância das mortes de macacos e dar prioridade às pessoas que fazem ecoturismo. “Para tanto, a comunicação poderá ajudar”.

“FALTOU INFORMAÇÃO”

Segunda palestrante, a jornalista Samanta Sallun, editora do caderno *Cidades do Correio Braziliense*, alegou que se a imprensa se direcionou tanto para o problema, gerando pânico, foi porque faltou informação preventiva no momento correto. “Se a doença é cíclica e eram previstos casos em 2008, por que a saúde pública não começou a informar devidamente em 2007?”, questionou. Ela salientou que o jornalismo que faz, como em tantos outros jornais, não é especializado. “Por isso, cabe à saúde, ou seja, ao setor especializado, falar dos perigos e probabilidades de febre amarela”. Ainda assim, não isentou a imprensa de responsabilidade: “Não podemos ser sensacionalistas”.

Samanta falou do início da cobertura no *Correio*. “Uma nota da Secretaria de Saúde do Distrito Federal pedia que quem achasse macaco morto avisasse”, contou. “Quisemos saber o porquê”. Dessa nota, surgiu o interesse pela primeira matéria. Samanta, porém, criticou a forma de comunicação. Em sua análise, não é com uma nota no site da secretaria que se mobilizaria a população. “As pessoas não entram diariamente no site da secretaria: elas pegam o jornal, assistem à TV ou escutam rádio”,

disse. Mais uma vez, observou, perdeu-se a oportunidade de falar da doença no momento certo, no lugar certo. Para a jornalista, em vez de criticar a imprensa como alarmista, o governo deveria se preocupar em “acabar com o monstro” (a doença).

Algumas chamadas do jornal foram apresentadas pela editora, ilustrando a cobertura: “Mais três mortes no DF”; “Mosquito transmissor é encontrado no DF”; e “Adultos costumam acreditar que vacina é só para crianças”. Apesar das críticas, ela acredita que o papel desempenhado pelo jornal foi o de informar, e “não de politizar a situação”.

Último palestrante, o jornalista Venício Lima, pesquisador sênior do Núcleo de Estudos sobre Mídia e Política da UnB e colaborador do *Observatório da Imprensa*, discordou. O pesquisador analisou as primeiras páginas do *Correio Braziliense* entre 17/12/07 e 15/2/08. Explicou que elegeu o jornal não porque no debate haveria uma representante do veículo, mas por morar em Brasília, ser assinante do jornal e considerá-lo importante para a capital federal. O período foi destacado porque em 17 de dezembro foi confirmado o primeiro óbito por febre amarela silvestre e, em 15 de fevereiro, a Secretaria de Vigilância em Saúde publicou boletim sobre casos de overdose da vacina. “A primeira manchete de capa do *Correio* foi no dia 29/12”, disse. “Nos 27 dias seguintes até 24 de janeiro foram 19 manchetes de capa, 15 delas em dias seguidos”. Além disso, houve mais sete chamadas de capa – somente no dia 3/1 a febre amarela não apareceu na primeira página do jornal.

Nessas manchetes e chamadas, Venício observou uma escalada crescente sobre a febre amarela, em oposição aos dados divulgados no site do Ministério da Saúde. “Indicavam um agravamento da doença, enquanto os boletins do ministério mostravam controle”, observou. Algumas manchetes chegavam a colocar sob suspeita a informação oficial e ignoravam documentos. Um exemplo: “Em 9 de janeiro, dia seguinte à entrevista coletiva do ministro da Saúde na qual garantia a ausência de risco de epidemia, ao lado da manchete principal – ‘Corrida aos postos esgota vacina no DF’ – outra chamada dizia que ‘Temporão descarta epidemia, mas governo dobra produção de doses’”.

Em 21/1, três dias depois de entrevista exclusiva do ministro ao *Correio*, na qual ele descartava mais uma vez a existência de surto ou epidemia de febre amarela, o cabeçalho de uma reportagem afirmava: “Especialistas são unânimes em afirmar que existem

sim motivos para muita preocupação em relação à febre amarela no país. Ainda não se pode falar em surto, mas o risco de urbanização não deve ser descartado”. O corpo da matéria dizia: “Especialistas em virologia e infectologia de três instituições renomadas do país são unânimes em afirmar que não se pode falar em surto de febre amarela, mas que há motivo sim para alarme e muita preocupação tanto da parte dos governos federal e estaduais quanto das populações de regiões endêmicas”.

“COMO NÃO DESCONFIAR?”

Depois que o crítico de mídia mostrou uma por uma todas as chamadas do jornal no período citado, Samanta falou do motivo pelo qual o jornal desconfiou muitas vezes das informações oficiais. “O ministério negou a existência de um documento produzido por eles mesmos que falava sobre a possibilidade de febre amarela”, disse. “Como não desconfiar?”. Para ela, o governo sabia de um problema que estava para acontecer meses antes, esperou acontecer e dificultou as informações. “Depois, a culpa é da imprensa”, reclamou. O documento a que a editora se referia, uma nota de inquérito de cobertura vacinal nas áreas urbanas das capitais de 26 estados e do Distrito federal, dizia que “a ocorrência de epidemia mostra a imprecisão dos dados que atestam alta cobertura vacinal”.

Grande parte da platéia discordou da jornalista. José Carvalheiro citou o manual de redação da *Folha de S. Paulo*, que define perfeitamente o que é epidemia mas em seguida faz uma ressalva: o serviço público prefere não divulgar a epidemia por risco de pânico. “Ou seja, ‘não acredite no especialista público’, é o que quer dizer a *Folha*”, resumiu.

Para mudar esse quadro e otimizar as relações entre imprensa e saúde, Venício recomendou, em primeiro lugar, a ampliação do debate com jornalistas e empresários de mídia sobre as tensões e os limites entre liberdade e responsabilidade de imprensa, “sobretudo quando se trata de saúde pública ou de questões de segurança nacional”, apontou. Em sua opinião, a incapacidade do Estado de contrapor o fluxo de informação predominante da imprensa privada pode gerar consequências extremamente graves. Outra saída, segundo o jornalista, é o apoio a um sistema alternativo de mídia. “Aliás, a Constituição de 88 fala na necessidade de complementaridade do sistema de comunicação pública, estatal e privado”, lembrou. “Só que no Brasil isso não aconteceu ainda”. 

SERVIÇO

EVENTO

8º CONGRESSO REGIONAL DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Com o tema Informação e Conhecimento Científico para a Inovação em Saúde, a 8ª edição do Crics será no Rio de Janeiro – sua sede pela segunda vez. O congresso abrange os campos de informação, gestão do conhecimento e pesquisa em evidências, comunicação científica, biblioteconomia, ciência da informação, metodologias e tecnologias de informação e suas aplicações na pesquisa em saúde, educação e sistemas de atenção à saúde. Nos dois dias que antecedem a abertura, em 14 e 15 de setembro, serão realizadas as reuniões da Biblioteca Virtual em Saúde e da Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO). O Crics 8, organizado pela Fiocruz e pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, da Opas/OMS, terá cursos, exposições e atividades culturais. As inscrições online estão abertas, assim como para envio de resumos para a sessão pôster.

Data 16 a 19 de setembro
Local Centro de Convenções RioCidade Nova, Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ
Mais informações
Tel. (21) 3865-3131 (Icict/Fiocruz)
Fax (21) 2270-2668 (Icict/Fiocruz)
E-mail (na web) www.crics8.org/php/contact.php?lang=pt
Site www.crics8.org

INTERNET

SAÚDE NAS FRONTEIRAS

A pesquisa *Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde de nas cidades de fronteira com países do Mercosul*, da Ensp/Fiocruz, lançou sua página na internet. No site, resul-

tados e produtos da pesquisa, organizada com apoio financeiro do CNPq e coordenada pela pesquisadora da Ensp Lígia Giovanella. O objetivo do projeto é analisar as condições de acesso e as demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças do Mercosul e discutir repercussões dos processos de integração regional sobre os sistemas dos países-membros. O trabalho tem participação de Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal de Santa Catarina, Conass, Conasems e da Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul.

Site www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras

PUBLICAÇÕES

AMAZÔNIA EM DESTAQUE

História, Ciências, Saúde: Manguinhos, volume 14, suplemento dezembro de 2007, da Casa de Oswaldo Cruz, tem como tema *Amazônia: saúde, meio ambiente e cultura*.

A proposta de se produzir esta edição temática surgiu no Seminário "Saúde, meio ambiente e cultura: 100 anos de Oswaldo Cruz na Amazônia", promovido em outubro de 2005. A publicação traz artigo de Júlio César Schweickardt e Nísia Trindade Lima sobre a relevância do estudo dos relatórios das expedições científicas de Carlos Chagas e Oswaldo Cruz (1910–1913), e da médica e doutora em Antropologia Luiza Garnelo sobre mitos e ritos alimentares de populações locais, entre outros textos. Destaca-se depoimento do médico e professor Marcus Barros sobre meio ambiente e doenças tropicais na Amazônia e seu



engajamento nas lutas em prol do desenvolvimento sustentável da região.

ORIGENS DO SUS

Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil – Atores, processos e trajetórias (Editora Fiocruz), de Telma Maria Gonçalves Menicucci, examina o

formato institucional híbrido da assistência à saúde no Brasil, em que coexistem um sistema público e um privado, com formas diferenciadas de acesso. O livro demonstra que tal arranjo híbrido não foi, como alguns autores indicam, simples resultado de reformas e demandas privatizantes da década de 90: resultou de mecanismos institucionais estabelecidos desde a década de 60.

FORMAÇÃO PARA O SUS

Democracia no ensino e nas instituições – A face pedagógica do SUS (Editora Fiocruz), de Tânia Celeste Matos Nunes, traz a trajetória histórico-conceitual da

formação de especialistas da saúde pública, recuperando documentos e trabalhos escritos entre 1970 e 1989. A autora recupera a reestruturação de secretarias de saúde, a carreira do médico-sanitarista, o movimento dos departamentos de medicina social e suas residências, as mudanças na Faculdade de Saúde Pública da USP, entre outras histórias.



ENDEREÇOS

Casa de Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4.365
Rio de Janeiro • CEP 21040-900
Tel. (21) 2209-4111 / 3865-2194
E-mails cardosoc@coc.fiocruz.br
isnar@coc.fiocruz.br
Sites www.scielo.br/hcsm
www.coc.fiocruz.br/hscience

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

PÓS-TUDO



Saúde no Rio: as possibilidades de consolidação do SUS

Luiz Antonio Neves *

A história da saúde pública brasileira demonstrou, em período não muito distante, o vigor e a lucidez do chamado Movimento da Reforma Sanitária, quando em 1986 realizou a mais importante e democrática Conferência Nacional de Saúde — a VIII —, marco definitivo na nossa história. A partir dela conseguimos inscrever na Constituição de 1988 a saúde como um direito de todos os brasileiros, direito não reconhecido até então, e definir o Sistema Único de Saúde como a forma de consecução deste direito, através de um sistema público, nacional, complementado pela iniciativa privada.

Sem maiores detalhes, o “Único” do SUS remete, pelo menos, a uma unidade de ação, dos diversos entes federados (União, estados, Distrito Federal e municípios), com responsabilidades atribuídas a cada um, de forma complementar e planejada, cujo objetivo comum é melhorar a saúde dos brasileiros e a sua qualidade de vida.

Esta unidade é um dos grandes desafios do SUS, no Brasil e no Estado do Rio em particular.

Malgrado o Rio de Janeiro apresentar enormes desafios em saúde, como a incidência alta de tuberculose, o risco de epidemia de dengue a cada verão, a maior taxa de envelhecimento populacional do Brasil etc., a unidade das ações de saúde se destaca com enorme importância. A herança de uma capital nacional legou importante e complexa rede de saúde, sobretudo hospitalar, situada na cidade do Rio, além de importantes universidades e centros de pesquisas, como a Fiocruz. O Rio possui a maior rede hospitalar do Brasil e deveria ser a referência inequívoca para as ações de média e alta complexidade em saúde para os pacientes de todo o estado e, em alguns casos, para o Brasil.

Entretanto, com muita frequência, assistimos ao noticiário relatando as difi-

culdades da população no acesso a quase todo tipo de serviço de saúde, lotando as emergências e provocando desatenção e baixa qualidade nos atendimentos, quando são feitos. É bem verdade também, que de outro lado, em diversos municípios, milhares de pessoas são assistidas adequadamente, por profissionais competentes, com ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção curativa e reabilitação, o que é o “dever de casa” do sistema.

Uma rede de saúde é composta de um conjunto de unidades básicas de saúde, que deve ser a porta de entrada do sistema, com alta capacidade de resolução dos problemas da população em consultas, exames e terapias, horário flexível para permitir o acesso das pessoas e ser capaz de responder por mais de 90% dos problemas de saúde. Uma atribuição típica dos municípios, capital ou interior.

Acrescente-se um conjunto de ambulatórios de especialidades, exames e terapias de maior complexidade e hospitais, que servirão de referência para a rede básica, podendo ser responsabilidade de municípios ou do estado, dependendo do porte e da região. A partir daí, deve-se ter estruturas mais complexas e de pesquisa, que continuarão sendo referência desde a rede básica para os casos não resolvidos, e serão atribuição dos estados ou da União.

O caso do Rio é único por sua herança, uma estrutura complexa e capaz, com profissionais de saúde dos mais gabaritados. Entretanto esta estrutura vem, ao longo dos anos, perdendo sua capacidade de atenção, seja por sucateamento de equipamentos e instalações, falta de recursos humanos adequados, falta de investimentos, gestão inadequada e integração praticamente inexistente.

É preciso que esta rede de fato trabalhe na lógica do SUS, tendo o cidadão como foco principal, respeite os seus princípios organizativos e o “comando único em cada esfera de go-

verno” como previsto na legislação. Isto significa dizer que cada município deve fazer a sua parte e respeitar as ações que estão para além dos seus limites, ainda que dentro do seu território, trabalhando em sintonia com o estado e a União. Estes, por sua vez, têm que dar o apoio necessário, técnico e financeiro, para que os municípios consigam cumprir suas responsabilidades. Tudo previsto nas regras do SUS!

Portanto, é necessário que a rede de saúde controlada pelo governo federal no Rio se integre e se submeta às regras do SUS, os hospitais universitários da mesma forma, que o estado passe aos municípios parte da rede de sua competência e organize estruturas regionais de referência eficazes, e os municípios (os que ainda não o fazem) assumam suas responsabilidades na atenção básica e no restante da rede de acordo com sua complexidade.

Quando falo das regras do SUS estou afirmando que existem regras e mecanismos suficientes, como a Comissão Intergestores Bipartite, fórum de pactuação entre municípios e estado (e União quando desejável) e o Conselho Estadual de Saúde, onde a população, trabalhadores da saúde e prestadores são representados, além dos gestores. Existem ainda diversos outros instrumentos de orientação política, planejamento e gestão.

Uma concertação política, com o interesse público e pela vida presidindo estas relações, transformará regras e mecanismos suficientes em eficientes. Menos mortes, mais vida; menos doentes, mais saúde. Todos devemos incentivar e apoiar as medidas que caminhem nesta direção. 

* Médico-sanitarista, professor de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Volta Redonda, secretário de Ciência e Tecnologia de Pirai-RJ e 3º vice-presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); texto publicado no Boletim nº 3 do Cebes

Existimos para OUVIR VOCÊ

Ouvidoria FIOCRUZ um canal de cidadania

A **OUIDORIA FIOCRUZ** é o seu canal de participação.

As suas reclamações, denúncias, sugestões e elogios, a respeito do atendimento e dos serviços prestados pela **FIOCRUZ**, serão priorizadas sempre como uma valiosa contribuição à melhoria do seu processo de gestão.

Atuando na promoção da cidadania e da gestão participativa, a Ouvidoria é um instrumento de transformação e aprimoramento institucional.

Procure a **OUIDORIA**:

quando sua **RECLAMAÇÃO** ou **DENÚNCIA** for apresentada em uma de nossas Unidades e não obtiver resposta satisfatória, e quando desejar apresentar **SUGESTÕES** para aperfeiçoamento e melhoria dos serviços ou **ELOGIOS** pelo atendimento recebido ou pelos serviços que lhe foram prestados.



PESSOALMENTE

De 2ª a 6ª, no Prédio da Ouvidoria
Agende pelo telefone 3885-1762



POR TELEFONE

3885-1762



POR CARTA

Av. Brasil, 4.365 – Manguinhos
21040-900 – Rio de Janeiro/RJ



PELA INTERNET

Portal FIOCRUZ – www.fiocruz.br/ouvidoria



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Ministério
da Saúde

