

NESTA EDIÇÃO

DEBATES NA FIOCRUZ

- Duas visões sobre o impacto social da reforma tributária
- O papel essencial do conhecimento nesses tempos de expropriação de direitos

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



Nº 85 ♦ Setembro de 2009

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

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso Especial

9912233515/2009-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz

...CORREIOS...



CENTENÁRIO DA DESCOBERTA DA
DOENÇA DE CHAGAS (1909-2009)

É PRECISO CORAGEM

Simpósio internacional destaca fracasso dos governos e omissão da indústria no combate ao mal dos grotões





FOTO: BRUNO DOMINGUEZ

O comunicador

Em 1910, o Rio de Janeiro vivia clima de otimismo. A então capital da República realizava o sonho da civilização, com o alargamento e o embelezamento de avenidas. A descoberta da doença de Chagas por um cientista brasileiro um ano antes era festejada como parte desse momento único de progresso. Não à toa a Academia Nacional de Medicina escolheu a noite de inauguração da luz elétrica em seus salões, 26 de outubro, para que Carlos Chagas discursasse sobre seu feito. A luz servira para que se projetasse um filme de nove minutos de duração que o próprio Chagas rodou em Lassance (MG), numa mostra de sua face comunicadora.

Na tela, um outro Brasil: atrasado. Nuas, crianças com patologias graves andavam com dificuldade em terrenos descampados. Em seu discurso, o cientista reforçou que se estava diante de "terrível flagelo de vasta zona do país, aí inutilizando numerosa população para a atividade vital, criando gerações sucessivas de homens inferiores,

de indivíduos inúteis, fatalmente votados à condição mórbida crônica, a tal coeficiente de inferioridade que os torna elementos inaproveitáveis na evolução progressista da Pátria".

LEGIÃO NO AUDITÓRIO

Reportagem do jornal *O Paiz* contaria, cinco dias mais tarde, que "Todos os que assistiram, e era legião o auditório, à sessão da Academia Nacional de Medicina, no seu salão do Sílogeu Brasileiro, não puderam reprimir a maior expressão de tristeza, reconhecendo, pelas projeções luminosas e pela fita cinematográfica que ilustraram a demonstração científica do Dr. Chagas, que há, em uma vasta zona central do Brasil, um grande flagelo (...) Aquela procissão de desgraçados, que só o cinematógrafo podia nos deixar apreciar na sua vida atual; aquele bando de infelizes, que vivem sofrendo ou nascem morrendo, são as vítimas de uma endemia, cuja causa animada Carlos Chagas desvendou".

E não foi somente ao cinema que o cientista recorreu para provar que descobrira uma doença do Brasil e não uma doença do sertão. As estratégias de comunicação de Chagas foram reve-

ladas pela historiadora Simone Petraglia Kropf, pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz, em palestra que inaugurou a exposição Centenário da Descoberta da Doença de Chagas (2 a 30 de julho), organizada pela Biblioteca de Ciências Biomédicas (Icict/Fiocruz).

Em profunda pesquisa sobre o cientista, tema de seu mestrado e doutorado, Simone constatou a preocupação de Chagas de não só produzir conhecimento, como de convencer a população da importância das doenças rurais. "Para ele, a produção científica não se fazia apenas no laboratório, e sim com a circulação do conhecimento". Chagas produzia constantemente artigos para jornais, numa atividade "muito peculiar para a época", informou. (B.D.).

FONTE

♦ "Carlos Chagas e os debates e controvérsias sobre a doença do Brasil (1909-1923)", de Simone Petraglia Kropf, publicado em *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000500010&lng=es&nrm=1

Mal da desigualdade

Reportagens e artigos desta edição convergem para um ponto: cuidar da saúde é combater a desigualdade. Há 100 anos, Carlos Chagas advertia que o mal que pesquisava estava “intimamente associado à pobreza e às más condições de vida no interior do país”.

Em simpósio no Rio sobre “a mais negligenciada de todas as endemias” – embora seja a quarta causa de morte ligada a doenças infecciosas e parasitárias no Brasil –, pesquisadores reafirmam os preceitos de Chagas. “Acabar com a doença é buscar equidade entre os homens”, conclama João Carlos Pinto Dias, filho de Emmanuel Dias, um dos mais próximos discípulos do grande cientista.

Diretora do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), Tania Araújo-Jorge garante que há centenas de jovens e experientes pesquisadores herdeiros de Chagas (especialistas da ciência básica à informação, uma das preocupações do comunicador Chagas), dispostos a aprofundar os estudos necessários ao controle da infecção e aperfeiçoamento do tratamento. Falta prioridade e financiamento por parte dos governos e agências de fomento nacionais e internacionais e investimento das indústrias farmacêuticas, interessadas apenas no que dá lucro. “A clientela de Chagas não tem dinheiro para pagar o medicamento”, lembra.

A proteção das populações “com acesso equitativo a sistemas de saúde abrangentes e eficientes” é um direito humano e um dever dos Estados, conclui a Carta de Istambul, assinada por representantes de 142 países em encontro mundial liderado pelo ex-

presidente da Fiocruz Paulo Buss, que cobra ações contra “pobreza e exclusão social, agravadas pela crise estrutural do capitalismo em escala global”. A voz que vem da cidade turca símbolo do encontro entre Ocidente e Oriente não parece sensibilizar grupos de pressão no país mais rico do planeta. Mesmo habituados a um sistema público de educação, combatem ferozmente a tímida proposta do presidente Barack Obama de estruturar sistema que dispute mercado com os gigantes da medicina de mercado.

Em debate na Fiocruz, o cientista político Emir Sader diz que os efeitos das políticas neoliberais se resumem “numa imensa e cruel máquina de desapropriação de direitos em todos os planos da vida”. Noutro debate, sobre o projeto de reforma tributária apresentado pelo governo ao Congresso, a economista Denise Lobato Gentil alerta para o risco de desfinanciamento da Seguridade Social.

Entrevistado pela revista *Caros Amigos*, com versão resumida em nossa seção *Pós-Tudo*, o economista Márcio Pochmann, presidente do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), diz que o sistema tributário “tira renda dos pobres e dá aos ricos”, que o mercado de trabalho “reproduz a desigualdade” e que os ricos brasileiros vivem melhor que os da Europa e dos Estados Unidos. Sobre a situação ambiental e das populações no mundo, prevê que, “levado adiante esse modelo de produção e consumo, precisaríamos de três planetas”.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

- ♦ O comunicador 2

Editorial

- ♦ Mal da desigualdade 3

Cartum

- 3

Cartas

- 4

Súmula

- 5

Toques da Redação

- 7

Centenário da Descoberta da Doença de Chagas (1909-2009)

- ♦ Forte e bela ciência em defesa da vida 8
- ♦ Entrevista – Tania Araújo-Jorge: “A clientela de Chagas não tem dinheiro para pagar o medicamento” 14



Território Integrado de Atenção à Saúde

- ♦ Muito além da UPA 15



Debates na Ensp/Fiocruz

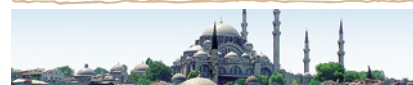
- ♦ A era da expropriação de direitos 16

Reforma tributária

- ♦ Impacto social, duas visões 18

Radis adverte

- 19



Declaração de Istambul sobre saúde pública global

- ♦ O primeiro dever dos governos 20

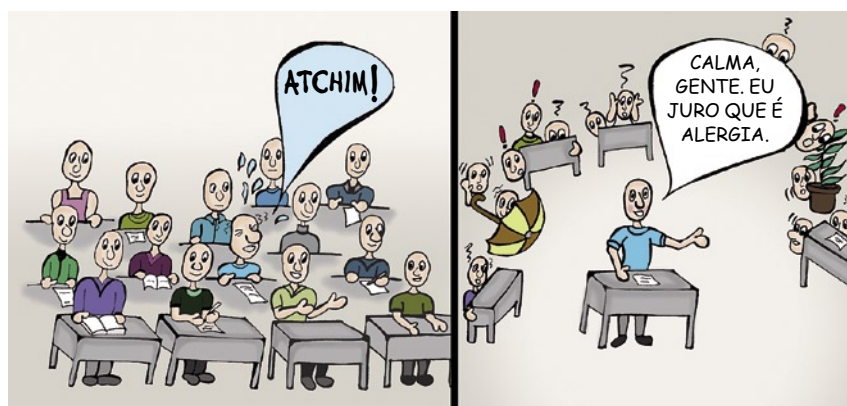
Serviço

- 22

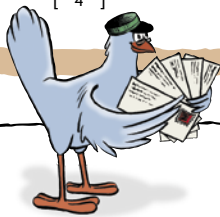
Pós-Tudo

- ♦ “O mercado do trabalho reproduz a desigualdade” 23

CARTUM



TEXTO A.D. - ARTER.P.



CARTAS

SAÚDE NO RIO: DRAMA SEM FIM



Li com atenção a reportagem sobre as UPAs e não resisti em enviar o e-mail abaixo que, num momento de desesperança, remeti a um programa de rádio. A mensagem trata de uma dificuldade determinante da eficácia dessas unidades: a retenção de pacientes em estado gravíssimo em ambiente de poucos recursos materiais e profissionais causada pela falta de vagas nos hospitais com aparato técnico para atendimento desses pacientes em estado gravíssimos. O desdobramento do e-mail abaixo foi

a morte de meu cunhado Sérgio Guimarães Fogaça. Ele deu entrada num domingo à tarde na UPA da pág. 12 da *Radis* (nº 83), a da Praça Saenz Peña, e morreu na madrugada de quarta-feira, com a família e amigos tentando desesperadamente uma vaga nos vários hospitais públicos do Rio, mas a resposta era imutavelmente igual: não há vaga. Segue a mensagem:

"De que adianta criar unidades de pronto atendimento (UPAs) se o sistema que se segue a esse atendimento de emergência continua carcomido? Veja a situação: Sergio Guimarães Fogaça, meu cunhado, morador no Maracanã, deu entrada no dia 17/5 (domingo), às 13h30, na UPA Saenz Peña. O médico que o atendeu constatou que sofrera infarto em casa. Meia hora depois, sofreu um infarto dentro da UPA. Na madrugada de domingo para segunda, o terceiro infarto.

Essa sequência poderia ser evitada se ele fosse imediatamente transferido para a unidade coronariana de um hospital, mas não há vagas nos dois hospitais públicos conveniados com a UPA, Aloísio de Casto e Laranjeiras, para receber Sérgio, conforme recomendou o médico que o atendeu, nem

em vários outros hospitais públicos aos quais recorremos.

Estou escrevendo às 11h35 de terça-feira, 19/5, e a família e meus amigos, incluindo os companheiros da Escola Politécnica da Fiocruz, onde trabalho, não conseguem vaga. É uma tragédia. Não o tratamento do médico, da assistente social, da enfermeira do improvisado CTI (se é que se pode chamar assim) da UPA. Todos ali são atenciosos com a família, comprometidos com o paciente, com a assistência solidária, humana, ultrapassando os limites do atendimento profissional.

O que choca muito mais do que ver meu cunhado com dois tubos na boca, no que se chama coma induzido, é o não repetido em uníssono em todos os hospitais públicos aos quais recorremos: os dois acima citados, o dos Servidores do Estado, o Geral de Bonsucesso, o do Fundão... Nesta hora, penso nos impostos e taxas que pagamos, nas falcatruas dos políticos, nas maracutaias que fazem nosso dinheiro escorrer pelo esgoto da corrupção. E pergunto: até quando vamos tolerar?

♦ Paulo Guanaes, jornalista, 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 66.000 exemplares
Assinatura grátis
(sujeita à ampliação do cadastro)

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

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Marinilda Carvalho (Milênio)
Reportagem Katia Machado (subedição/
Milênio), Adriano De Lavor, Bruno
Dominguez (Milênio) e Pedro Widmar
(estágio supervisionado)

Arte Aristides Dutra (subedição/
Milênio) e Rosângela Pizzolati
(estágio supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira,
Laís Tavares e Sandra Suzano
Benigno

Secretaria e Administração Onésimo
Gouvêa, Fábio Lucas e Cristiane
Abrantes e Jeniffer Mendes
(estágio supervisionado)

Informática Osvaldo José Filho

Endereço

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

Fale conosco (para assinatura, sugestões
e críticas)

Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119
E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (confira também
a coluna *Radis* na Rede e o *Exclusivo* para
web, de complementa a edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

USO DA INFORMAÇÃO — O conteúdo da revista
Radis pode ser livremente reproduzido, desde que
acompanhado dos créditos. Solicitamos aos veículos
que reproduzirem ou citarem nossas publicações que
enviem exemplar, referências ou URL.

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

Quero agradecer pela qualidade e riqueza de informações da *Radis*: recebi meu primeiro exemplar, o de nº 83, e fiquei extasiada com as matérias. Gostaria de saber se existe a possibilidade de me enviarem os exemplares anteriores, uma vez que não tenho acesso à internet diariamente. Sou estudante de Serviço Social (estágio num Pronto Atendimento) e bolsista do Nossa Bolsa, do governo do Espírito Santo.
♦ Estela Mary Martins, Serra, ES

☑ *Cara Estela, vamos providenciar as edições disponíveis.*

Parabéns pela *Radis*, em especial à Fundação Oswaldo Cruz. Sou médico do trabalho e a cada dia que passa vejo a importância da medicina preventiva e sanitária. É uma vergonha o que vemos no Brasil (medicina curativa) só e somente para políticos e conselheiros de especialidades médicas. A *Radis* vem mostrando aos profissionais de saúde a verdadeira "política de saúde", que muitos ainda fingem não observar. Isso basta!
♦ Sérgio Bueno Barbosa Lima, Ituverava, SP

QUEDA DE IDOSOS

Estava lendo a Súmula da revista nº 81 (maio/2009), sobre a queda de um idoso na rua por causa de um buraco. É um absurdo total que tenha que acontecer esse tipo de acidente para que as autoridades e os próprios cidadãos abram os olhos para o que precisa ser feito. A população idosa vem crescendo muito e o Brasil não está preparado para atender com eficácia às suas necessidades. Faltam asilos, casas-lares e profissionais qualificados para esse público. Já está passando da hora de essa população receber o que merece, vocês não acham?

♦ Bruna Zanuti Simiqueli, Pádua, RJ

NA PAUTA

Sou jornalista e assessora de comunicação do Hospital Getúlio Vargas em Teresina e recebo todos os meses a *Radis* na instituição em que trabalho. Parabéns pelas excelentes matérias publicadas. Gostaria que vocês produzissem matéria sobre a comunicação nos hospitais públicos.

♦ Fatima Oliveira, Teresina

▣ *Cara Fátima, estamos devendo mesmo essa pauta!*

ARTIGOS NA RADIS

Sou enfermeira formada pela Univali e pós-graduada em docência superior pela Gama Filho. Venho agradecer pelo belo trabalho desses anos. Informação em saúde é o caminho para futuras melhorias. Durante algum tempo desenvolvi a função de professora no Senac-SC e recomendava a revista aos estudantes. Continuo acompanhando o trabalho de vocês via internet. Gostaria de informações sobre requisitos para publicação de artigo. Desde já agradeço a atenção.

♦ Milene Negri, Itajaí, SC

▣ *Prezada Milene, aproveitamos sua simpática mensagem para esclarecer aos vários leitores que nos escrevem com o mesmo propósito. Como a Radis é uma revista jornalística, e não científica, tendo portanto seu próprio corpo de repórteres, é muito raro que publiquemos textos de terceiros. A redação agradece a todos o interesse e informa que está aberta a sugestões de pauta.*

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA

"A GRIPE NÃO É A PESTE"

A frase do título foi do ministro José Gomes Temporão em sessão especial da Câmara dos Deputados que debateu (11/8) a estratégia do Brasil no combate à gripe A (H1N1). Temporão procurou responder às críticas mais destacadas pela imprensa, enfatizando que o pânico não é benéfico. Segundo ele, a taxa de mortalidade, em dados do início de agosto, era de 0,09 por 100 mil habitantes, enquanto a dos Estados Unidos, por exemplo, era de 0,14. Temporão criticou a divulgação dos rankings de morte entre países. "É uma análise frágil porque o cálculo de óbitos deve ser feito em relação à população".

Dos pacientes com síndrome respiratória aguda grave causada pelo H1N1, 43% apresentavam pelo menos um fator de risco; entre os pacientes com gripe comum, 39% apresentavam fator de risco (o grupo de risco inclui asmáticos, gestantes, crianças menores de 5 anos, imunodeprimidos e cardiopatas). Do total de óbitos então confirmados (192), 28 eram de mulheres grávidas, 30% das quais com pelo menos um fator de risco – mas 107 foram curadas.

Naquela data, o Ministério da Saúde enviara aos estados 392.621 kits de tratamento, e até o fim de agosto chegariam mais 800 mil. O infectologista David Uip, diretor do Hospital Emílio Ribas/USP, disse que os casos

de gripe passaram de 2.800 no início de maio para 5.100 em julho, 90% deles causados pelo H1N1 – no Brasil, essa taxa estava em 77%, segundo Temporão. A gripe comum, ressaltou Uip, matou 426 mil pessoas nos EUA nos últimos 20 anos, e a estimativa para o H1N1 é que de 5% a 6% das pessoas infectadas sejam internadas; dessas, 28% contrairão formas graves e 10% delas chegarão a óbito. "Os dados internacionais preveem 15% de infectados e até 30%, nas estimativas mais catastróficas".

O presidente da Fundação Butantan, Isaias Raw, informou que a vacina anti-H1N1 deve estar pronta até o fim do ano – a previsão é de 20 milhões de doses, mais 17 milhões que o governo importará. A solução a longo prazo é a vacina, disse, e "por sorte temos instalações preparadas para a gripe aviária, que sumiu". Para Raw, o importante é ter autonomia. "País sem autonomia é vítima no mínimo da ganância de quem produz". Mas a vacina sazonal, que o Butantan produz anualmente, é muito importante, alertou Raw. "A gripe sazonal mata muito mais gente em todo o mundo todo ano".

Juvêncio Furtado, presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia, reivindicou o fortalecimento da descentralização das ações no combate à gripe e disse que essa crise é teste importante para o sistema de saúde. "Faço um apelo para que o SUS seja reforçado com mais investimento", pediu aos deputados.



FOTO: RODOLFO STUCKERT/AGÊNCIA CÂMARA

O promotor Diaulas Costa Ribeiro (DF) anunciou que sugeriria a convocação de médicos residentes para reforço do atendimento ambulatorial. “Até a rede privada tem filas de 7 horas nas emergências”. Claude Pirmez, vice-presidente de Pesquisa e Laboratórios de Referência da Fiocruz, usou sua experiência no Instituto Oswaldo Cruz para explicar aos deputados — muitos cobravam “mais conclusões” — o que são patógenos novos: nada se sabe sobre eles. “Não há dados suficientes para avaliar o impacto dessa pandemia, e isso significa que é importante, além das outras ações, investir em pesquisa”, alertou.



FOTOS: EDSON SANTOS/AG. CÂMARA

Osmar Terra, secretário de Saúde do Rio Grande do Sul, contou que lá obesos, grávidas e cardiopatas constituem o grupo de risco maior. Com o mesmo clima frio de Argentina e Uruguai, dois grandes focos da gripe, e tráfego permanente entre as fronteiras, o Rio Grande do Sul tinha a metade de casos em agosto. “Estamos respondendo”, afirmou. “Quero lembrar que nosso inverno é muito rígido e que os focos no México e nos EUA já se deram no fim da primavera, início do verão”.



FOTO: ELTON BONFIM/AG. CÂMARA

“Então, não se justifica um certo alarmismo da imprensa”, disse. “A imprensa vai aprender que gripe é grave sempre, não é uma coisinha à toa, não”. Osmar pediu que levantasse o braço quem consulta médico quando tem gripe. A TV Câmara, que exibia o evento ao vivo, não mostrou a plateia, mas pela reação de Osmar ninguém se mexeu. “Pois é, no ano passado morreram no estado 960 pessoas de gripe comum e suas complicações respiratórias; em 1996 foram 2 mil, pois ainda não existia a vacina”.

“Então, são duas coisas a lembrar: alarmismo não resolve, só angustia a população, pois temos que aprender a viver com essa gripe; e o tamiflu não pode ser apresentado como fórmula mágica, até porque não falta tamiflu”, disse. “Grávida, idoso, obeso, criança e diabético ganham tamiflu no primeiro dia”.

Daisy Ventura, professora de Relações Internacionais da USP, criticou a “legislação ultrapassada” do Brasil em várias questões de saúde pública.

“O tempo do direito não combina com a emergência”, disse. Não é possível falar de combate à pandemia, segundo ela, sem uma OMS mais impositiva: ao declarar o nível 6, deveria haver um mecanismo automático de licenciamento compulsório dos remédios patenteados. Citando *A peste*, de Camus, disse que é falsa a ideia de que haja igualdade na morte: grandes contingentes morrem no Hemisfério Sul sobretudo por falta de acesso a medicamentos produzidos no Norte. “Na questão do licenciamento compulsório, o Brasil precisa manter sua posição altiva”.

José Geraldo Lopes Ramos, vice-diretor da Faculdade de Medicina da UFRGS, disse que falava em nome da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e que trataria da questão das gestantes. “O risco para as grávidas é quatro vezes maior, sempre foi”, disse. “As doenças respiratórias sempre foram grande problema para gestantes, desde 1918”. Segundo ele, um dos primeiros especialistas a apresentar dados sobre uma das questões mais polêmicas dessa pandemia, as doenças respiratórias são a principal causa indireta (ou seja, não-relacionadas à gravidez) de óbito de mulheres grávidas. “Muitos países já vacinam as gestantes na gripe sazonal”. Para o professor, elas devem ser afastadas dos postos de trabalho que apresentem risco. “Essa gripe é diferente, mata mais jovens: apesar dos esforços, não conseguimos tirá-los da UTI”, lamentou. “Precisamos de mais UTIs no país, porque sabemos que as UTIs de cidades pequenas têm taxas de mortalidade menores que as dos grandes hospitais”.



“Sou susista, sei que o SUS, mesmo em condições precárias, consegue dar resposta, mas não podemos esperar mais sacrifício de seus servidores: a aprovação da emenda 29 é urgente, são nove anos de espera”, protestou Jurandi Frutuoso, presidente do Conass. “Não sendo essa a primeira nem a última epidemia, precisamos preparar mais o sistema, porque a crise assistencial se avoluma”.

Temporão voltou ao microfone para dar respostas principalmente a deputados, alguns nada cordiais e boa parte preocupada em politizar um debate de interesse público. Lembrou que 4.500 pessoas morreram de gripe no Brasil no ano passado. “Isso chamou

a atenção da sociedade?”, questionou. “A gripe não é a peste e não pode ser tratada assim: nunca vi tanto infectologista falando por aí, na maioria desastrados”. Temporão encerrou dizendo que a fragilidade da base de financiamento do SUS é tamanha que o sistema corre risco. “Estamos condenados a enfrentar a questão do financiamento do SUS”. Deputados de vários partidos subiram à tribuna em seguida para pedir a aprovação imediata da EC 29. (Íntegra desse texto no *Radis na Rede* www.ensp.fiocruz.br/radis/rede/192.html).

VACINAS EM XEQUE

A OMS garantiu em comunicado (*El País*, 6/8) a “segurança dos processos de produção das vacinas do H1N1, que não seriam acelerados em detrimento da qualidade”. Vários laboratórios correm para lançar na frente uma vacina contra a gripe no outono do Hemisfério Norte, o que significa pular ensaios clínicos — nas pandemias de 1957 (gripe asiática, H2N2) e 1968 (gripe de Hong Kong, H3N2) a vacina chegou tarde demais para evitar 2 milhões de mortes. No comunicado a organização recomenda que as autoridades mantenham vigilância “intensa” de segurança e eficácia após a inoculação.

Mas o pneumologista e deputado alemão Wolfgang Wodarg, da Comissão de Saúde do Parlamento Europeu, disse que o imunizante do laboratório Novartis, atualmente testado em 15 países (*Globo*, 12/8), poderia até causar câncer: os testes clínicos estão sendo feitos num prazo mais curto que o habitual, que é de um ano. Desenvolvido pela Universidade de Marburg, na Alemanha, o produto usa cultura de células cancerosas de animais infectadas com o vírus. Vacinas normalmente são obtidas de cultura em ovos de galinha, método lento porque cada ovo fornece uma dose. Com a nova técnica é possível fazer em uma semana cinco milhões de doses. O teste começou em julho, e Wodarg afirma que na correria só será possível saber se causa alergia. “Para investigar o risco de câncer, é preciso tempo”. Conforme o *Globo*, GlaxoSmithKline, que começou testes em agosto, usa o método tradicional.

Num surto de H1N1 em 1976, os Estados Unidos aplicaram vacina feita às pressas em 40 milhões de pessoas e houve relatos de 25 mortes e 500 casos de síndrome de Guillain-Barré (GBS), doença neuromuscular paralisante.

toques da redação



FRASE – “Com todo o progresso científico e tecnológico, me entristece que a principal solução de conflitos entre homens e nações ainda seja matar o

inimigo.” (Walter Kronkite, lendário jornalista americano que morreu aos 92 anos em julho, em entrevista dada em 1998 a Lucas Mendes, da Globonews).

FALHA DO FALHA NOSSA! – Recebemos e-mail bem-humorado da enfermeira Conceição Hanna, de Cumari (GO). Ficamos (de novo!) vermelhos de vergonha... Como o RADIS entende que não existe jornalismo sem erro e muito menos jornalismo sem reconhecimento de erro, aí vai a correção da correção pela Conceição: “Complementando a informação veiculada na

seção *Toques da redação* da *Radis* 82 (junho/2009), a nota “Falha nossa!” falhou novamente (rsrsrsrsrs). O termo correto é: “verificar a pressão”. Medem-se grandezas físicas comparáveis a uma escala de valores. Porém, diante de tanta grandeza de conteúdo em todas as informações veiculadas, esse fato torna-se irrelevante. Meus agradecimentos por fazer parte do rol de assinantes da *Radis* e meu respeito e admiração por todos da Fundação Oswaldo Cruz e da Ensp Sergio Arouca. Maria da Conceição Branco Hanna”. Ah, e “rsrsrsrsrs” significa “risos”.

“CURA” DA HOMOSSEXUALIDADE



FOTO: VALTER CAMPANATO/ABR

O Conselho Federal de Psicologia decidiu (Agência Brasil, 31/7) aplicar censura pública à psicóloga carioca Rozangela Alves Justino, que oferece “cura” a homossexuais, por infração da resolução de 22 de março de 1999, que estabelece: homossexualidade “não constitui doença, nem distúrbio e nem perversão”.

A punição confirmava decisão anterior do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro. O presidente do CFP, Humberto Verona, disse que a entidade não poderia agravar a punição, com suspensão ou cassação do registro, porque a própria psicóloga recorrera ao conselho. Rozangela afirmou que manteria sua atividade normalmente. “As pessoas têm direito de procurar esse apoio”, disse ela, de peruca, óculos escuros e máscara para não ser “atingida pela ira” dos ativistas gays. “Não sinto vergonha e nunca sentirei de acolher os que querem deixar voluntariamente o estado de homossexualidade”.

Segundo ela, as pessoas que estão “em sofrimento psíquico e desejam deixar a homossexualidade” devem procurar profissionais nas suas cidades.

A psicóloga citou a OMS sobre transtorno de identidade sexual. “A ho-

mossexualidade pode ser primária ou secundária a outros transtornos”, afirmou Rozângela. A motivação da psicóloga, entretanto, não parece ter base em evidências científicas, mas na religião: em texto no qual compara ativistas gays a nazistas, que o site monergismo.com publicou, ela se identifica como “psicóloga, especialista em psicologia clínica e educacional, uma das fundadoras do Exodus Brasil e membro do Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos”. Segundo o site, “o monergismo (regeneração monergística) é uma benção redentora adquirida por Cristo para aqueles que o Pai lhe deu (1Pe 1.3; Jo 6.37-39). Ela comunica aquele poder na alma caída pela qual a pessoa que deve ser salva é eficazmente capacitada a responder ao chamado do evangelho (Jo 1.13)”.

O *New York Times* (6/8) publicou resolução da American Psychological Association, segundo a qual profissionais de saúde mental não devem dizer a pacientes gays que podem se tornar heterossexuais com terapia ou tratamento. Foi o repúdio mais direto da entidade americana à chamada “terapia reparadora”, conceito abraçado por “pequeno mas persistente grupo de terapeutas, frequentemente ligados a religiões conservadoras, que sustenta que homossexuais podem mudar”, diz a matéria. Uma das maiores organizações desse tipo é a Exodus International, rede que oferece “libertação da homossexualidade pelo poder de Jesus Cristo”.

“Não há evidência sólida de que essa mudança seja provável”, diz a resolução, aprovada no conselho da entidade por 125 votos a 4. Pelo contrário, continua o texto, “alguns estudos sugerem que esforços para produzir mudanças podem ser nocivos, induzindo tendências à depressão e ao suicídio”. A associação já criticou essa “terapia” no passado, mas a decisão foi fortalecida pelas conclusões de seis especialistas que em 2007

examinaram 83 estudos sobre mudança de orientação sexual desde 1960.

A BATALHA DE OBAMA



FOTO: TALKING POINTS MEMO

A TV americana exhibe enurrada Ade anúncios – numa campanha que pode ser a mais cara da história – contrários e favoráveis ao projeto de reforma da saúde enviado pelo presidente Obama ao Congresso para análise. Obama percorre o país para defender pessoalmente seu plano, sob ataque feroz dos conservadores – até com boatos de que “comissões da morte” usarão a eutanásia em velhinhos doentes. Os debates atraem manifestantes dos dois lados, que trocam provocações. No de Phoenix, Arizona (17/8), 12 homens portavam armas à vista. O *New York Times* (19/8) perguntou a especialistas se abrir o projeto à contribuição dos congressistas não fora erro estratégico de Obama, já que tem maioria para aprová-lo. Theda Skocpol, de Harvard, avaliou: “É assim que jogam os republicanos e a indústria do seguro-saúde”, disse. “Como estudiosa dos 100 anos de esforços fracassados por uma saúde universal na América, não é surpresa, mas frustrante ver o presidente e os democratas acuados tendo tanto apoio público”.

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

CENTENÁRIO DA DESCOBERTA DA
DOENÇA DE CHAGAS (1909-2009)

Forte e bela ciência em defesa da vida

Bruno Dominguez e Katia Machado

O pequeno número de pesquisas clínicas voltadas para a doença de Chagas evidencia: é a enfermidade mais negligenciada. Há somente 10 ensaios clínicos em andamento no mundo, cinco no Brasil, um na Argentina, um na Colômbia e quatro nos Estados Unidos, ainda que a enfermidade afete 12 milhões de pessoas na América Latina, 4 milhões apenas no Brasil. Os dados foram apresentados

pela diretora do Instituto Oswaldo Cruz, Tania Araújo-Jorge (ver pág. 14), na abertura do Simpósio Internacional Comemorativo do Centenário da Doença de Chagas, promovido pela Fiocruz entre 8 e 10 de julho.

Dos R\$ 2,5 bilhões que instituições públicas e privadas investiram em 2007 na pesquisa, quase 80% foram para três doenças: aids (42,3%), malária (18,3%) e tuberculose (16,0%), informou o presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha, na conferência da manhã do dia 8. E 90% dos investimentos vêm de governos e entidades filantrópicas, como Fundação Bill

e Melinda Gates e Welcome Trust, que representam 95% da filantropia.

Gadelha, responsável em 1986 pela criação da Casa de Oswaldo Cruz, que guarda o acervo de Chagas, contou curiosidades sobre o pesquisador — era sócio honorário do Botafogo e gostava de caçar. E que conviveu com o caçula do cientista. “Ao ver pela primeira vez quadro de Glauco Rodrigues, Carlos Chagas Filho revelou que reviu a expressão, o olhar e toda a dimensão de seu pai”. No telão, a projeção do retrato que ilustra a capa do livro *Meu pai*.

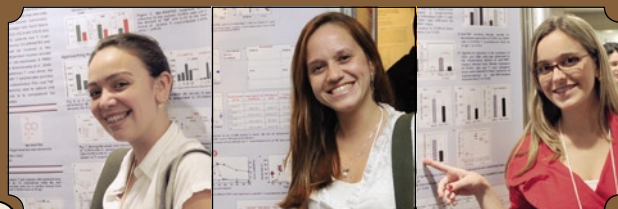
“Ele tinha formação em medicina clínica e experimental, atuava na pesquisa e na constituição de modelos de saúde pública, com formação humanista muito sólida: sempre teve grande relação com o povo brasileiro e suas mazelas”. Combateu a Gripe Espanhola em 1918 e criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, “precursor do nosso Ministério da Saúde”, disse Gadelha: era o primeiro passo para a nacionalização e a ampliação das ações do Estado na saúde pública; catedrático da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, inaugurou o primeiro curso de especialização em Saúde Pública e Higiene, início da “tradição de formação de sanitaristas do Brasil” e “embrião da Ensp/Fiocruz”.

Gadelha emocionou a plateia ao apresentar trechos de filmagens feitas por Chagas em Lassance (ver pág. 2), o lugarejo mineiro onde descreveu a doença, identificou seu protozoário causador e seu vetor. “Cem anos depois da descoberta ainda temos uma doença da pobreza e de 12 a 14 milhões de infectados”. No Brasil, é a quarta causa de morte



FOTOS: GUTEMBERG BRITO/IOC

“No quadro de Glauco Rodrigues, Carlos Chagas Filho revelou que reviu o olhar, a expressão e toda a dimensão de seu pai” (PAULO GADELHA)



Jovens “herdeiras de Chagas”, como Nathália Ferreira, Jaline Silvério e Isabela Pereira, apresentaram trabalhos: esperança renovada na “civilização nos trópicos” – sem o “terrível flagelo”

ligada a doenças infecto-parasitárias, responsável por cinco mil óbitos anuais – os casos de infecção evoluem para doenças cardíacas ou digestivas, as drogas existentes têm baixa eficácia, não há vacina, surgem novos cenários epidemiológicos e novas formas de transmissão. “Os desafios são muitos”, acentuou, indicando a necessidade de um sistema de financiamento da pesquisa em doenças negligenciadas com foco no mal de Chagas. “Não faltam ideias nem atores. Falta um sistema orgânico, com arquitetura”.

No início do século 20, contudo, um grande otimismo com a ciência tomava conta do mundo e do Brasil também, contou a historiadora Simone Kropf, da COC/Fiocruz. A par da reforma urbana no Rio, a então capital federal era saneada pelo jovem médico Oswaldo Cruz, que dirigia o recém-criado Instituto Soroterápico Federal, o Instituto de Manguinhos. Nesse contexto, Chagas, vindo do interior de Minas, concluiu seu curso na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1903. Combateu duas epidemias de malária e, convocado por Oswaldo, chegou a Lassance, norte de Minas, onde a febre paralisava as obras

de extensão da Estrada de Ferro Central do Brasil. “Nesta campanha ele fez a descoberta que o consagraria”, lembrou (*Radis* 81).

As descobertas foram influenciadas pelo intercâmbio com pesquisadores da escola alemã de protozoologia: “Em julho de 1908, chegou a Manguinhos para estágio importante pesquisador do Instituto de Doenças Tropicais de Hamburgo, Stanislas Von Prowazek, discípulo do renomado Fritz Schaudinn, descobridor do agente causal da sífilis”, informou. Ele trazia muitas novidades sobre o estudo dos tripanossomas na Europa e acompanhou as pesquisas de Chagas.

A descoberta do *Trypanosoma cruzi*, por si só, foi importante contribuição à medicina tropical, disse Simone. Os estudos sobre seu ciclo evolutivo ajudariam a comprovar a tese de que as tripanossomíases eram transmitidas por insetos que agiam não como transmissores mecânicos, mas como hospedeiros intermediários. “Chagas alcançaria grande prestígio no Brasil e no exterior, tornando-se membro das principais associações médicas e científicas e recebendo distinções como o Prêmio Schaudinn de Protozoologia”.

O estudo da nova tripanossomíase tornou-se o carro-chefe da agenda de pesquisa de Manguinhos. Nos hospitais construídos para o estudo da doença em Lassance e Manguinhos, Chagas pesquisou as características do vetor e do parasito, seus reservatórios, a patogenia da doença, suas manifestações clínicas, os meios de transmissão e de diagnóstico. Embora tenha revistos alguns conceitos iniciais, sempre defendeu que se estava diante de “terrível flagelo”.

SÍMBOLO DO MAL

Chagas desvelou os problemas estruturais de um Brasil desconhecido, “o do interior, o dos sertões”. A casa de pau-a-pique – ambiente físico e social próprio para o barbeiro – era o símbolo maior do mal que descobrira, destacou Simone, “intimamente associado à pobreza e às más condições de vida no interior do país”. A exposição das endemias pelo “movimento sanitário” entre 1916 e 1920 (*Radis* 84) culminaria na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, do qual Chagas foi o primeiro diretor. “A ideia de que a decadência orgânica das populações rurais era obstáculo ao progresso nacional, a

exigir a intervenção do Estado, imprimiu contornos particulares à medicina tropical no Brasil”, disse.

Entre 1915 e 1916, a doença de Chagas foi objeto de questionamento, recordou Simone (*Radis* 82). Na Argentina, o patologista austríaco Rudolf Kraus confrontou os achados sobre as formas crônicas da doença. Chagas passou a reforçar os aspectos cardíacos da infecção crônica. Em 1919, no calor dos debates nacionalistas no Brasil, as críticas se fixaram na visão dos sanitaristas de um “país doente” — considerada “exagerada e antipatriótica”: a tripanossomíase americana traria descrédito no exterior e afugentaria imigrantes e investimentos.

Entre 1922 e 1923, vieram as dúvidas da Academia Nacional de Medicina sobre a autoria da descoberta, que para alguns caberia a Oswaldo Cruz por ter detectado a infecção experimental que revelara o novo parasito. Chagas enviara amostras do barbeiro ao IOC sugerindo que se infectassem macacos sadios porque não tinha condições técnicas em Lassance, mas foi ele que identificou o agente, como Oswaldo sempre afirmou. Diante das evidências, a academia reiterou o feito de Chagas.

Após a morte de Chagas, em 1934, os estudos de Salvador Mazza e Cecilio Romaña na Argentina — a descrição do sinal de Romaña permitiu a identificação de centenas de casos agudos no continente —, Manguinhos deu continuidade às pesquisas sobre a tripanossomíase americana. Além das pesquisas lideradas no Rio por Evandro Chagas — filho mais velho do cientista —, destacou-se o trabalho do Centro de Estudos e Profilaxia da Moléstia de Chagas, posto do IOC em Bambuí (MG), a partir de 1943, sob a direção de Emmanuel Dias, discípulo e afilhado de Chagas (*Radis* 83). Esse trabalho contribuiu para acabar de vez com as dúvidas.

Em 1950, a tripanossomíase foi incluída, pela primeira vez, na pauta do Ministério da Saúde, com o início da campanha de profilaxia em Uberaba (MG). “Esse modelo de ciência é a origem da importante tradição de pesquisa em Manguinhos e outras instituições”, disse a historiadora.

“Não há perspectiva de vacina contra a doença de Chagas. Isso eu já respondia há 20 anos”, devolveu a plateia à concretude da vida o professor de Parasitologia Erney Plessmann de Camargo, do Instituto de Ciências Bio-



“Esse modelo de ciência é a origem da importante tradição de pesquisa em Manguinhos e outras instituições” (SIMONE KROPP)

médicas da Universidade de São Paulo, na palestra “Vacinas, abordagens promissoras”. O ex-diretor do Instituto Butantan de São Paulo e ex-presidente do CNPq certamente contrariava o pesquisador Maurício Rodrigues, professor da Universidade Federal de São Paulo, quealaria em seguida sobre “Vacina genética contra infecção experimental por *Trypanosoma cruzi*”, fruto da pesquisa que desenvolve.

PROBLEMA ADICIONAL

Para Erney, a doença de Chagas carrega um problema adicional: “Os antígenos que se testam são para a fase aguda, e o grande problema é a fase crônica da doença”. Para ele, o desenvolvimento de uma vacina eficaz depende necessariamente de um modelo canino. “É o melhor modelo experimental e nunca usamos”, revelou. Usa-se comumente o camundongo que, segundo o palestrante, “não tem doença de Chagas”.

O fato de as experiências se destinarem à fase aguda é outro empecilho. “Não servem para a fase crônica da doença”, afirmou. Uma vacina, segundo ele, deveria ser efetiva para todos os tipos de cepa *cruzi*. “Mas isso não está sendo levado em consideração”. As críticas não pararam aí: “Ainda que se tenha um antígeno miraculoso, no Brasil não existe mais modelo epidemiológico de vacinação”. Ele esclareceu: “Não sei mais que popu-

lação devo vacinar”. E se soubesse seria necessário aguardar de 20 a 30 anos para descobrir se a vacina funciona. Em suma, na avaliação de Erney Camargo, a não-perspectiva de uma vacina é porque não se tem um modelo animal para experimentar o antígeno nem método de cura e diagnóstico que permitam aliar o modelo animal à vacinação.

Maurício Rodrigues, que teve como professor Carlos Chagas Filho, defendeu arduamente a possibilidade de desenvolvimento de uma vacina. “Em alguns casos, poderia ser a única forma de se reduzir a incidência da doença”, disse. “A prevenção é a melhor forma de evitá-la e o principal objetivo da ciência biomédica”. A sua palestra ele deu o título “Nadando contra a corrente”, na busca de “destacar o ceticismo em torno da possibilidade de se fazer uma vacina”.

Em 1989, informou, começou a estudar uma vacina com célula T, usando como modelo experimental o camundongo. “Acho que foi e continuará a ser a base dos estudos vacinais”, salientou, indo de encontro às observações de Camargo. Hoje, “é possível transferir a tecnologia do camundongo ao homem”. Sua pesquisa seleciona antígenos característicos do parasito “que não têm reatividade cruzada com os antígenos do hospedeiro”.

Como informou aos especialistas presentes, usa o antígeno “transsilidase e a proteína 2 de superfície



de amastigotas” — um adenovírus recombinante que, uma vez injetado, não replica, explicou: entra na célula e produz a proteína dentro dela. “Com isso, a toxicidade é nula”. Antigamente, as vacinas eram feitas com mecanismos inteiros. “Hoje, é com pedaços do parasito”. Quanto menos antígenos, melhor a vacina.

Segundo o pesquisador, a vacina que desenvolveu foi testada em modelo experimental em camundongos com grau significativo de proteção. “A intenção agora é testá-la em cães com infecção natural na Argentina”, informou. Quer provar, assim, que é possível iniciar o desenvolvimento de uma vacina usando camundongos como modelo experimental. Aos governos, endereçou uma crítica. “O problema maior é econômico: querem que você passe por um grande período de investigação e depois não ganhe dinheiro com isso”.

A apresentação do cardiologista Wilson de Oliveira Júnior na mesa “Saúde do paciente chagásico: o que pode ser feito?” foi a que mais se aproximou da realidade clínica. A começar pelo título, “Pacientes chagásicos precisam mais do que tratamento etiológico?”, o coordenador do Ambulatório de Doença de Chagas do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, vinculado à Universidade de Pernambuco, avisou de início que sua intenção não era desconstruir o modelo biomédico, mas ampliá-lo.

Em termos práticos, a ampliação que defendeu se daria pela abordagem multiprofissional da doença — “que não é democrática, por atingir a população mais pobre, desperta pouco interesse da indústria farmacêutica, lida com o descaso político e a consequente falta de recursos”. A equipe, sugeriu Wilson, deve ser preferencialmente formada por médico, nutricionista, enfermeiro, psicólogo, assistente social e farmacêutico, de modo a abarcar as perspectivas médica, psicológica e social.

No ambulatório em que trabalha, paciente e equipe têm o primeiro contato no momento da notificação da doença, contou. É que a maior parte só toma conhecimento de que está infectada depois de doar sangue, que passa por triagem sorológica antes de qualquer transfusão; em caso suspeito, o doador recebe carta convidando-o para exames complementares. A equipe reserva um dia por mês para esse atendimento, de modo a evitar o encontro com pacientes mais avançados. “As pessoas chegam fortemente impac-

tadas, acreditando estarem com o vírus HIV”, disse.

As orientações iniciais são para não mais doar sangue ou órgão, não fazer tratamento imunossupressor ou antiinflamatório nem tomar vacina; evitar reposição hormonal e anti-concepcional (a ser substituído pelo DIU). Dieta, atividade física, monitoramento do peso e fim de vícios (alcooolismo, tabagismo, drogas) são recomendados. “Os médicos devem olhar para além do coração”, reforçou o cardiologista, referindo-se à cardiopatia chagásica. Para Wilson, é absurdo não tratar de temas como atividade sexual e planejamento familiar, que têm impacto na qualidade de vida dos pacientes.

A equipe, além disso, deve identificar comorbidades (diabetes, hipertensão, anemia, depressão), já que “no mundo real sempre há pelo menos uma”. Wilson ressaltou que não se deve apenas passar a informação pura — “que é fria” —, e sim educar paciente e sua família. Há necessidade de oferecer suporte psicológico, tema do qual tratou no 45º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (*Radis* 81), e assistência social, buscando por exemplo medicação a custo zero.

CUIDAR, NÃO TRATAR

“O fato de o paciente entender e aceitar a doença colabora para maior adesão ao tratamento, diminuindo as readmissões hospitalares e melhorando a qualidade de vida”, disse. Wilson lembrou que o próprio Chagas falava em “cuidar dessa gente”, em vez de “tratar”: o cuidado requer atenção integral.

“Acredito que daqui a 50 anos não estaremos mais discutindo os desafios da doença de Chagas”, afirmou o pesquisador do Instituto Carlos Chagas (ICC/Fiocruz Paraná) Samuel Goldenberg, esperançoso, na miniconferência “Tivemos alguma iniciativa de sucesso? Quais são as atuais iniciativas?” No mesmo dia, duas organizações — Médicos Sem Fronteiras e DNDi (Iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas) — apresentariam suas ações de combate à doença.

Representante dos Médicos Sem Fronteiras, o coordenador-geral do Projeto de Chagas na Bolívia, Tom Elluman, mostrou-se menos animado do que Goldenberg. Lembrando a frase de Carlos Chagas “Não vai tardar que passemos adiante uma forte e bela ciência, que faz arte em defesa da vida”, Tom avaliou que o cientista não ima-

ginara que levaria tanto tempo para se chegar a diagnóstico e tratamento totalmente eficazes — atualmente, em fase de pesquisa.

Ele acentuou que a organização humanitária também tem como foco o cuidado de pessoas com doenças negligenciadas, embora seja conhecida mundialmente pelo trabalho em países sem serviço de saúde adequado, especialmente os que estão em guerra. O Projeto de Chagas teve início em 1999 e já passou por Honduras, Nicarágua e Guatemala. Hoje, está em três subúrbios de Cochabamba, na Bolívia, país com maior prevalência da doença — a endemia está em 60% do território, quatro milhões de bolivianos vivem em situação de risco (em casas de palha e barro), há mais de um milhão de infectados e a doença causa 15% dos óbitos entre adultos. “Lá, todo mundo conhece alguém que morreu de Chagas”.

Os Médicos Sem Fronteiras agem no controle do vetor, no diagnóstico e no tratamento. Até o fim de 2008, haviam testado mais de 60 mil menores de 18 anos e tratado 3.100 deles — 2.800 com êxito. Dessa experiência, Tom destacou que apenas um paciente apresentou efeito adverso grave decorrente do uso do benzonidazol, o medicamento mais recomendado aos



“A indústria direciona seus investimentos visando lucro e as políticas públicas não conseguem corrigir esse erro”

(ISABELA RIBEIRO)

chagásicos e também muito criticado pelos efeitos adversos, a maior parte, leve: principalmente de ordem cutânea, seguida por gastrointestinal e neuromuscular. As mulheres foram mais afetadas do que os homens (21% a 6,9%). “Quando tratamos adultos com nifurtimox de segunda linha, o número dobrou”, informou Tom em defesa do benzonidazol. “É para acabar com esse mito: queremos medicamentos novos, sim, mas podemos trabalhar com o que já temos”.

Até 2000, a Bolívia não oferecia tratamento contra a infecção. Em 2009, 99% dos adultos e 95% das crianças continuam sem acesso ao serviço. “Podemos falar em patologia da negligência”, criticou. Para o médico, a manutenção da doença de Chagas no mundo aponta o “fracasso dos governos”, que se omitem por considerarem pequeno o número de infectados — majoritariamente pobres. Ainda contribuem para a falta de ação a invisibilidade da doença (que não apresenta sintomas), o silêncio da sociedade, a dificuldade e o custo de pesquisa, prevenção, diagnóstico e tratamento.

Mas o trabalho gerou impactos positivos para a Bolívia, avaliou, por ser feito em parceria com o Ministério da Saúde — profissionais locais de saúde receberam treinamento. Tom frisou que, apesar dos avanços pon-

tuais, é necessário o engajamento da sociedade, para que pressione os governos por mais ação.

A inovação foi o foco da apresentação da coordenadora de Projetos da DNDi no Brasil, Isabela Ribeiro, para quem os gargalos de pesquisa e desenvolvimento em doença de Chagas resultam de falhas de mercado e de políticas públicas. “A indústria direciona seus investimentos visando lucro e as políticas públicas não conseguem corrigir esse erro”, lamentou. A DNDi é uma organização sem fins lucrativos que trabalha para pesquisar e desenvolver novos tratamentos para doença do sono, leishmaniose visceral, doença de Chagas e malária. Entre seus fundadores estão Fiocruz, Instituto Pasteur (França), Banco Mundial e Médicos Sem Fronteiras.

META: A CRIANÇA

Em Chagas, o principal objetivo de curto prazo do DNDi é lançar a formulação pediátrica do benzonidazol. Hoje, crianças são tratadas com o mesmo comprimido dos adultos, mas quebrado e diluído. Essa manipulação, disse, resulta em variação da dose entre 40% e 160%. O Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (Lafepe), único produtor do benzonidazol no mundo, leva à frente este projeto — a dose e a formulação já foram definidas. A expectativa é que o medicamento para crianças, em comprimidos de fácil dissolução, chegue ao mercado no ano que vem.

Também se estuda o uso de azóis (compostos pentacíclicos que contêm um átomo de nitrogênio) no tratamento de Chagas. Segundo Isabela, esta busca se justifica pelas limitações dos medicamentos atuais, benzonidazol e nifurtimox. Ambos podem curar pacientes infectados, mas são mais eficazes quando a infecção é recente — a cura parasitológica varia de 10% a 20% na fase crônica e entre 60% e 80% na fase aguda. Outros problemas são os efeitos colaterais, que abrem espaço para elevada taxa de não-adesão dos pacientes, a longa duração do tratamento (de 30 a 60 dias) e a toxicidade.

Mais cedo, Médicos Sem Fronteiras haviam lançado com a DNDi a campanha “Chagas: é hora de romper o silêncio”. Participantes do simpósio se reuniram na Praia de Copacabana, em cuja areia foram fincadas 100 velas representando o centenário da descoberta da doença. O dia, 8 de julho, foi escolhido para o lançamento por ser o mesmo do nascimento de Carlos Chagas.

Na mesa “Avanços e desafios atuais no controle da doença de Chagas: epidemiologia, vigilância e políticas de saúde”, o pesquisador José Rodrigues Coura, do IOC/Fiocruz, abordou a “Situação atual da epidemiologia e do controle da doença de Chagas”. Hoje, são registrados casos desde o Sul dos Estados Unidos até o Sul de Argentina e Chile. Mas a doença ultrapou o limite das Américas e chegou a todos os demais continentes, devido à migração de infectados.

Os dados epidemiológicos da doença de Chagas não são precisos; trabalha-se com estimativas, disse. Calcula-se, por exemplo, que entre 9 milhões e 19 milhões estejam contaminados pelo mundo, mas o número não é totalmente confiável. “A OMS divulgou que a incidência de novos casos no Brasil era zero, mas só na Amazônia brasileira mais de 100 casos agudos são notificados todos os anos”, exemplificou Coura. “E esses 100 com certeza representam menos de 10% dos que ali ocorreram”.

Há mais de 130 espécies de vetores potenciais do *T. cruzi* — no Brasil, cinco delas ainda são importantes, segundo Coura, após a eliminação da transmissão pelo *Triatoma infestans* em 2006. A doença tem três ciclos: silvestre, peridoméstico e doméstico. É a partir deles que os países se dividem quanto à epidemiologia da doença de Chagas. No primeiro grupo estão Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Equador, Honduras, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela. Estes apresentam os três ciclos, com elevada prevalência da infecção humana em algumas áreas. O segundo reúne Colômbia, Costa Rica e México, que também têm os três ciclos, com menor presença da infecção humana. No terceiro grupo aparecem El Salvador, Guatemala, Nicarágua e Panamá, com os três ciclos e poucas informações clínicas sobre infecção humana.

CICLO SILVESTRE

Antilhas, Bahamas, Belize, Cuba, EUA, Guiana, Guiana Francesa, Haiti, Jamaica e Suriname fazem parte do quarto grupo, apresentando somente o ciclo silvestre, com raros casos autóctones humanos. O quinto grupo é o dos países não-endêmicos que recebem migrantes com doença de Chagas de áreas endêmicas. Nesta situação estão os europeus, Austrália, Canadá, Japão e outros asiáticos. Para Coura, é possível interromper a transmissão da doença controlando vetores (por inseticidas químicos) e bancos de sangue (pela triagem sorológica dos



“O teste de micro-
arranjo líquido
poderia identificar
até 100 doenças em
meia hora” (MARCO
AURÉLIO KRIEGER)

doadores), melhorando moradias e fazendo educação sanitária, sempre com vigilância permanente.

Entre os desafios está o diagnóstico. Atualmente, é preciso combinar testes ou repetir o mesmo exame para confirmar a infecção, o que dificulta a detecção em áreas rurais, pobres ou sem laboratório. Por isso, pesquisadores seguem buscando testes rápidos e sensíveis — tema discutido na mesarredonda “O que nós temos hoje? O que está faltando para o diagnóstico e para o acompanhamento dos estudos?”. Pesquisador do Instituto Carlos Chagas (Fiocruz Paraná), Marco Aurélio Krieger apresentou o sistema de diagnóstico molecular “microarranjo líquido”, em desenvolvimento na rede de institutos de pesquisa liderada pelo Ministério da Saúde. Além do ICC, participam Biomanguinhos/Fiocruz, o Instituto de Tecnologia do Paraná (Tecpar) e a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás).

O teste poderia identificar até 100 doenças em meia hora a partir de pequena amostra de sangue — entre elas, Chagas, dengue e aids. A rede agora trabalha num protótipo que deve estar pronto até o fim deste ano. Em 2010, estão previstos estudos piloto e multicêntrico, exigidos pela Anvisa.

O professor da UFMG João Carlos Pinto Dias, filho do discípulo dileto de Chagas, Emmanuel Dias, proferiu a conferência “Erradicação da doença de Chagas: perspectivas”. Doutor em Medicina Tropical, pesquisador da Fiocruz Minas, começou ironizando. “Esse título é uma provocação”, disse. “A doença é uma conjunção de ações, e o ator principal é o homem pobre”. Aos 71 anos, falou de Chagas com muita emoção: “Mais importante que os galardões da ciência é acabar com a doença”, como disse o cientista a Emmanuel.

Para ele, Chagas foi homem completo, principalmente quando tratou do peso social da doença. “O homem pobre foi sua maior preocupação”, salientou, conclamando a comunidade científica a empenhar todos os esforços no combate. “Acabar com a doença é buscar equidade entre os homens”, declarou, sob fortes aplausos. “Chagas saiu de seu contexto acadêmico e foi aos chefes de Estado clamar pelos doentes e pela erradicação da doença”. Aos poucos, “foram aparecendo insumos, estratégias e medicamentos que ajudaram a manejar melhor o chagásico crônico”.

“Chegaremos a 2010 quase apostando em que o tratamento específico para o doente crônico será possível



“A comunidade científica, principal responsável pelos avanços conquistados, é também o profeta e o impulsionador da decisão política”

(JOÃO CARLOS PINTO DIAS)

no próximo quinquênio”, apostou. Para isso, é preciso coragem para experimentar novas drogas e vencer a resistência dos laboratórios que não querem experimentá-las. “Precisamos encontrar os bioquímicos e os marcadores de cura precoces”, exortou. A transmissão por transfusão ainda merece atenção, mas “99,7% dos bancos de sangue estão controlados”: não temos mais do que 15 novos casos por transfusão. A estimativa em 1988, comparou, era de 15 mil. “A redução é fruto do impacto do controle vetorial e transfusional”.

“AUTOESTIMA”

João Carlos se dirigiu a Paulo Gadelha, na primeira fila da plateia — que falara dos milhões de infectados após 100 anos de identificação da doença — para perguntar se o panorama de Chagas havia melhorado. Ele mesmo respondeu: “Basta compararmos os 100 mil novos casos anuais do fim da década de 70 com a transmissão atual, de 100 casos agudos por ano”. Se erradicar a doença não é possível, controlá-la, sim: “Essa é a resposta que dou à provocação no título da conferência”. Enquanto a natureza tiver ciclos silvestres, circulação periurbana e peridomiciliar, “não vamos erradicar”.

Apesar dos avanços, a doença é ainda grande desafio médico, político e institucional, na avaliação de João Car-

los. “Inclusive para nossa autoestima”. A comunidade científica, acrescentou, principal responsável pelos avanços conquistados, é também “o profeta e o impulsionador da decisão política”. Se a transmissão está superada, a doença permanece nos grotões, onde vivem milhões de indivíduos que merecem atenção e cuidado. Há 40 mil novos casos por ano nas Américas, citou ele estimativa da Opas/OMS, 12 milhões de chagásicos e 30% com cardiopatia. “Como dizia Carlos Chagas, temos que cuidar dessa gente”.

A transmissão peridomiciliar concentra 98% dos casos; a oral está principalmente na Região Norte, mas há novas áreas de expansão e migração, resíduos da doença congênita, presença entre idosos e, sobretudo, desconhecimento da doença por parte do SUS. Segundo João Carlos, é preciso também cuidar dos estados em que a proporção de mortes é maior, disse, mostrando gráficos do Datasus no telão. “O número de mortes é grande em Minas, São Paulo, Bahia e Goiás, maior que Nordeste, Amazônia e Rio Grande do Sul”. Na opinião dele, celebrar 100 anos da descoberta é dar continuidade ao trabalho de Chagas. “Ele diria hoje: ‘Meu sonho é acabar com essa doença e cuidar dessa gente’. Carlos Chagas agradece.”

Tania Araújo-Jorge

“A clientela de Chagas não tem dinheiro para pagar o medicamento”

Na abertura do simpósio internacional, a médica Tania Araújo-Jorge, diretora do Instituto Oswaldo Cruz, apresentou dados preocupantes: dos 75 mil estudos clínicos do mundo, há 10 sobre Chagas, dos quais cinco são brasileiros — três deles com participação da Fiocruz. “A indústria farmacêutica não investe mesmo”, disse Tania em entrevista à *Radis*. E não investe porque a clientela dessa doença não tem dinheiro para pagar o medicamento. “Quem tem que investir é o governo, a indústria estatal nacional”. Por conta disso, o Brasil continua na vanguarda da pesquisa sobre a doença, a mais negligenciada de todas.

Um dos trabalhos em andamento é uma grande aposta — a abordagem terapêutica baseada nas propriedades antioxidantes do selênio. Desenvolvido pelo IOC e o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (Ipec/Fiocruz), o estudo visa impedir a degeneração cardíaca ligada à infecção pelo *Trypanosoma cruzi*. Já está na fase 3, ou seja, será testado em pacientes infectados.

Por que o baixo investimento em Chagas? Por ser doença da pobreza ou pela complexidade?

Há os dois aspectos. Mas existem doenças mais complexas que recebem a devida atenção. Todas as doenças parasitárias são mais complexas que as bacterianas, que são mais complexas que as virais. Isso depende da complexidade do organismo. No caso da doença de Chagas, a complexidade se justifica pelos vários reservatórios e vetores e resistências diferenciadas em populações com fundos genéticos diferentes. Há muitas dúvidas, não é uma doença simples de explicar. Mas não é por isso que não se investe. Não se investe porque a clientela dessa doença não tem dinheiro para pagar o medicamento.

Como superar isso?

A indústria farmacêutica não investe mesmo. Quem tem que in-

vestir é o governo, a indústria estatal nacional. Tanto que o benzonidazol (um dos medicamentos utilizados no tratamento) está sendo produzido pelo Lafepe (o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes), o ensaio de terapia celular em curso e o estudo do selênio são financiados pelo Ministério da Saúde.

O selênio é uma aposta?

Essa é uma nova abordagem investigada para terapia em doença de Chagas. Não é um tratamento específico para matar o parasita, mas para melhorar a resistência dos pacientes. Sabe-se que 30% das pessoas infectadas desenvolvem cardiopatias, causa de mortalidade mais importante relacionada à doença. Vale ressaltar que não é um tratamento original, é uma aplicação original numa nova doença: o selênio é comprovadamente benéfico para muitas patologias, daí não termos passado pela fase 1 e 2. Precisamos agora comprovar sua eficácia em Chagas. Começaremos com pacientes com a forma branda ou moderada da doença, para saber se vão progredir.

O tratamento representa cura?

Não, pois não elimina o parasita do organismo. Para falar de cura, precisaríamos eliminar o parasita e evitar qualquer sequela. O que queremos com o selênio é aumentar a expectativa e a qualidade de vida dos pacientes.

Qual a razão da discordância no desenvolvimento de uma vacina?

Quem discorda não está contra o desenvolvimento da vacina, acha apenas que o tempo necessário para desenvolvê-la não é suficientemente curto para que seja aplicada em larga escala. Além disso, a estratégia da vacina é complexa. São parasitas que variam muito, é preciso conhecer muito mais os aspectos básicos da fisiopatologia da infecção por *T. cruzi* para se ter garantia de que uma vacina possa ser eficaz.



FOTO: GUTENBERG BRITO/IOC

E a população a vacinar?

As estratégias de vacinação são de massa. O grupo de risco para doença de Chagas num primeiro momento era aquele que vivia nas casas infestadas por barbeiros. Mas se se controla a infestação, esse grupo deixa de ser de risco. Então, qual é o grupo de risco? É aquele que sai para um peridomicílio infestado por barbeiro. Ou seja, é todo aquele pessoal do campo, em moradias de baixa qualidade. Mas se as suas condições de vida melhoram, o risco também diminui. Desenvolver uma estratégia vacinal é um problema científico a ser solucionado que não pode ser abandonado.

O pesquisador do IOC José Rodrigues Coura (*Radis* 81) disse que o interesse pela pesquisa diminuiu. Faltam herdeiros no estudo de Chagas? Você é herdeira?

Não só eu, como todos os pesquisadores da Fiocruz que fazem parte do Programa Integrado da Doença de Chagas, e de todo o Brasil. Falando só dos herdeiros da Fiocruz, temos 35 laboratórios e mais de 200 pesquisadores envolvidos com a meta de Carlos Chagas: controlar a infecção na América Latina e prestar assistência ao doente. Chagas tem muitos herdeiros na Fiocruz, no Brasil e na América Latina. Inclusive o próprio Dr. Coura, que é um expoente.

E o maior desafio?

O Brasil precisa fazer um programa de assistência. Os chagásicos crônicos ficam perdidos entre os demais pacientes com cardiopatia de outras ordens. Eles precisam de assistência integrada e estruturada, pois têm várias especificidades. (K.M.)



TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Muito além da UPA

A UPA de Manguinhos, maior unidade de pronto-atendimento do Estado do Rio (Radis 83), deve ganhar um parceiro neste segundo semestre. No complexo de favelas do bairro, onde já está instalada a unidade, será criado o Território Integrado de Atenção à Saúde – Escola Manguinhos, com um nome curto: Teia-Escola. O projeto é fruto de cooperação tripartite inédita entre Fiocruz, governo estadual e Prefeitura do Rio, pela qual o território de Manguinhos passa a ser cuidado por rede integrada de saúde.

Com apoio de outras unidades da Fiocruz (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Instituto Fernandes Figueira, Instituto de Pesquisa Evandro Chagas, Casa de Oswaldo Cruz e Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde), a ideia é oferecer à população de Manguinhos cobertura de 100% pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Para um universo de 50 mil pessoas, o plano prevê 18 equipes de Saúde da Família, uma para cada 3 mil moradores, e duas unidades ambulatoriais de referência, além de equipes matriciais de atenção à saúde mental e outras especialidades mais complexas. Além de inovador, o modelo é proveitoso especialmente para regiões críticas, como o Rio, com baixa cobertura da ESF, o que sempre sobrecarregou a

rede de hospitais públicos e, agora, as UPAs, disse à Radis o diretor da Ensp/Fiocruz, Antônio Ivo de Carvalho.

A novidade traz a experiência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, criado na Ensp em 1967 para atender prioritariamente a população do Complexo de Manguinhos. O novo projeto funcionará como pequena rede social e assistencial, com ensino, pesquisa e inovação. “Inclusive a pesquisa básica, como inquéritos sobre prevalência de dengue, por exemplo”, informou. Isso significa pôr em prática em maior escala laboratório, escola e prestação de serviço, ampliando a cobertura e a qualidade da ESF já ofertada à população pelo centro de saúde.

EMERGÊNCIA DESAFOGADA

Esse foco se justifica, agregou o diretor, pela capacidade da atenção básica de se articular verticalmente, pois encaminha aos níveis complexos do sistema casos mais graves e, ao mesmo, horizontalmente, com educação, cultura, esportes, acesso a serviços e bens para melhor qualidade de vida.

A oferta de serviços básicos desafogará a emergência, e a UPA de Manguinhos seguirá com sua finalidade principal, o pronto-atendimento 24 horas. “A unidade, assim, devolve os moradores às equipes de Saúde da Família”, explicou Antônio Ivo, para quem a UPA precisa existir porque a população não escolhe a hora de adoecer. “O

problema é quando a UPA fica isolada numa comunidade, sem conexão funcional com a atenção básica ou os hospitais, que poderiam resolver problemas complexos”.

Para Antônio Ivo, a Teia-Escola dará à UPA de Manguinhos um novo significado: além dos benefícios à população, possibilitará a consolidação de conhecimento novo, avaliação e tecnologias da atenção básica à disposição do SUS. “UPAs isoladas têm fôlego curto”, avaliou. O projeto tem como base as diretrizes do Relatório Mundial de Saúde 2008, da OMS que, segundo Antônio Ivo, “é o que se tem de mais moderno em atenção primária”.

Intitulado *Cuidados de saúde primários* – Agora mais que nunca (para baixar o pdf: www.who.int/whr/2008/08_overview_pr.pdf) o documento organiza as reformas da atenção básica em quatro grupos: reformas da cobertura universal, para mais equidade em saúde; da prestação de serviços, para orientar às pessoas os sistemas de saúde; da liderança, para autoridades de saúde mais confiáveis; e das políticas públicas, para promoção e proteção das comunidades.

Essa política visa maior qualidade de vida e redução dos riscos relacionados aos determinantes sociais da saúde – modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. (K.M.)



EXPROPRIAÇÃO de direitos

O Grupo de Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (Ensp/Fiocruz) promoveu em junho o 8º Seminário Nacional Direito e Saúde, paralelamente à 4ª edição do encontro internacional. A escolha do tema geral, "Política da vida – Saúde e direitos humanos", foi elogiada pelo presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha, ao abrir os trabalhos: "O debate sobre a produção de conhecimento no campo dos direitos" é fundamental por seu "papel relevante nas políticas públicas em saúde", disse.

O professor Marcelo Rasga Moreira, vice-diretor de Escola de Governo e Saúde da Ensp, deu as boas-vindas aos participantes em nome do diretor, Antônio Ivo de Carvalho, e lembrou que em 2009 a Constituição completa 21 anos, uma Constituição pela primeira vez promulgada e não aviltada. "No ano que vem teremos nossa sexta eleição presidencial seguida sem interrupção abrupta", disse.

Para ele, um fato inédito a celebrar, que não pode cair no esquecimento. "A democracia nunca é um fato banal", afirmou. "Avanços e direitos na democracia são conquistas que se devem a nosso trabalho e ao de muita gente que busca reduzir o sofrimento de tantos outros". Marcelo enfatizou que se há 20 ou 30 anos não estávamos nesse cenário, também é diferente o que queremos em 30 anos. "Queremos algo muito melhor, estamos construindo algo muito melhor, mas precisamos realmente do trabalho e do esforço de todos nós". Ao falar disso, continuou Marcelo, "falamos de justiça e cidadania: é com esse espírito que a escola se coloca completamente aberta a eventos como esse".

"Conhecimento: buscando justiça e construindo cidadania" era precisamente o título da palestra de abertura, a cargo do cientista político Emir Sader, que a *Radis* aqui destaca. "O que está em jogo hoje na crise do modelo hegemônico existente, na difícil tarefa da construção de um novo modelo, é o tema dos direitos, os sociais em particular", disse. Os efeitos das políticas neoliberais se resumem "numa imensa e cruel máquina de desapropriação de direitos em todos os planos da vida", cujo objetivo é transformar tudo em mercadoria. "Não há quase nada que não esteja submetido às leis do mercado".

INTERPRETAÇÃO DO MUNDO

A extensão do neoliberalismo pode ser medida pela extensão da mercantilização da vida, afirmou. "A luta pela superação dessa visão mercantilizada é a luta pela desmercantilização: então, é muito boa a decisão de apontar também o conhecimento, porque quando triunfa um modelo ele não é apenas político ou econômico, é também ideológico, uma interpretação do mundo".

Sader ressaltou três grandes viradas recentes: primeiro, de um mundo bipolar para unipolar, sob a hegemonia imperial americana – "coisa descomunal, cujas consequências talvez não tenhamos medido devidamente". Em segundo, de um ciclo econômico expansivo longo, do Pós-Guerra aos anos 70, para longo ciclo recessivo. Em terceiro, de um modelo econômico hegemônico, que se podia chamar de bem-estar social, regulador, keynesiano para um modelo desregulador, neoliberal. "Chegamos a uma correlação de forças oposta à democratização, especialmente social, mas também política e cultural".

Vivemos num mundo conservador, afirmou Sader, e a América Latina é exceção. A vitória ocidental sobre o socialismo não significou apenas a desapareção de um campo. "O socialista dizia que os dilemas de nosso tempo estavam na contradição entre capitalismo e socialismo – e tinha seus argumentos", lembrou, "mas para a que triunfou a luta se dá entre democracia e totalitarismo: derrotou o nazi-fascismo e depois o socialismo soviético".



FOTO: VIRGINIA DAMAS/CC/ENSP

Agora busca outros elementos totalitários para derrotar. "Terrorismo, narcotráfico, sempre tem que haver um inimigo". A democracia liberal passou a ser a única forma de expressão da democracia; também não se fala da economia capitalista, fala-se economia, criticou. O que está em crise é a economia, e não a economia capitalista, com leis determinadas de competição, anarquia, acumulação, espoliação, desapropriação, que tem crises cíclicas. "É uma vitória ideológica de enormes proporções".

Seu elemento mais importante é a expansão do *american way of life*, forma de organização da sociedade, de construção de valores, de sociabilidade centrada no mercado, no sucesso pessoal, no acesso a bens de consumo, disse: o estilo shopping center de vida estendido ao mundo. Até a China, que tanto resistiu a civilizações externas, hoje cresce sob os valores do shopping center, do automóvel, da tecnologia. "Aquilo que Gramsci chama de hegemonia tem aí um caso exemplar", alertou Sader. "Quem deveria ou poderia ser antagonista introduz valores do dominante".

Crianças e jovens pobres das grandes metrópoles são as maiores vítimas desse modelo, mas ambicionam o consumo. “Vítimas de seus alzozes, introjetam seus valores”. Isso também é hegemonia no sentido gramsciano da palavra, disse. “Não depende de presença militar, e sim da formulação de um tipo ideal de vida e de sua multiplicação pela máquina infernal da publicidade, do marketing, da mídia”. Na visão de Sader, os Estados Unidos agora vivem um dilema, porque lá não existe pobre, o que existe é “fracassado”, que não teve capacidade de competir e ganhar. “O dilema: as gerações mais jovens estão vivendo pior do que as mais velhas”.

Na opinião de Sader, este elemento ideológico precisa ser decifrado pelo conhecimento, que expõe suas armadilhas. “É preciso um trabalho teórico de desarticulação dessa concepção”. O neoliberalismo quando triunfa, enunciou, impõe dilemas como o do estatal versus privado, desarticulando o Estado e supostamente defendendo o privado. Falso dilema, ressaltou, tema teórico que deve ser encarado para que se recoloque o debate nos termos devidos. “Na realidade, a esfera deles não é a privada, palavra que se refere a direitos individuais, por exemplo, de que precisamos enormemente — mas quando uma empresa é privatizada suas ações não são oferecidas aos trabalhadores para que se apropriem delas: são jogadas no mercado de ações e quem tem dinheiro compra”.

Um dos avanços da mercantilização, lembrou, é pegar empresas públicas, construídas com recursos públicos, e jogar no mercado. A esfera do neoliberalismo é a mercantil. “Educação e saúde, que eram direitos, passaram a bens negociáveis no mercado: quem tem dinheiro compra, quem não tem vai se virar na esfera pública degradada”.

Nossa esfera, por sua vez, não é a estatal, emendou. O Estado se caracterizava por ser regulador, o contraponto do mercado. “Passou a ser financeirizado: arrecada impostos do setor produtivo, do trabalhador, e transfere recursos ao setor financeiro ao pagar os juros da dívida”. Segundo Sader, isso potencializa a hegemonia do capital financeiro. “Se pensarmos que grandes empresas não pagam impostos, menos ainda o sistema bancário, então a cidadania é que paga”.

“O Estado é um espaço de disputa de interesses mercantis e públicos”, advertiu. “O que me interessa não é o estatal, é o público, a esfera do direito, da universalização dos direitos”. O sociólogo Pierre Bourdieu, citou,

sempre dizia que o Estado tem duas mãos: a direita conta com o Banco Central e as equipes econômicas, e a esquerda trata das políticas sociais. Essa é a contradição que se dá hoje entre a esfera pública e a mercantil, sintetizou. “Esse é o tema central do mundo de hoje: o público é a universalização de direitos e democratizar é desmercantilizar, construir direitos”.


CRITÉRIO NEOLIBERAL

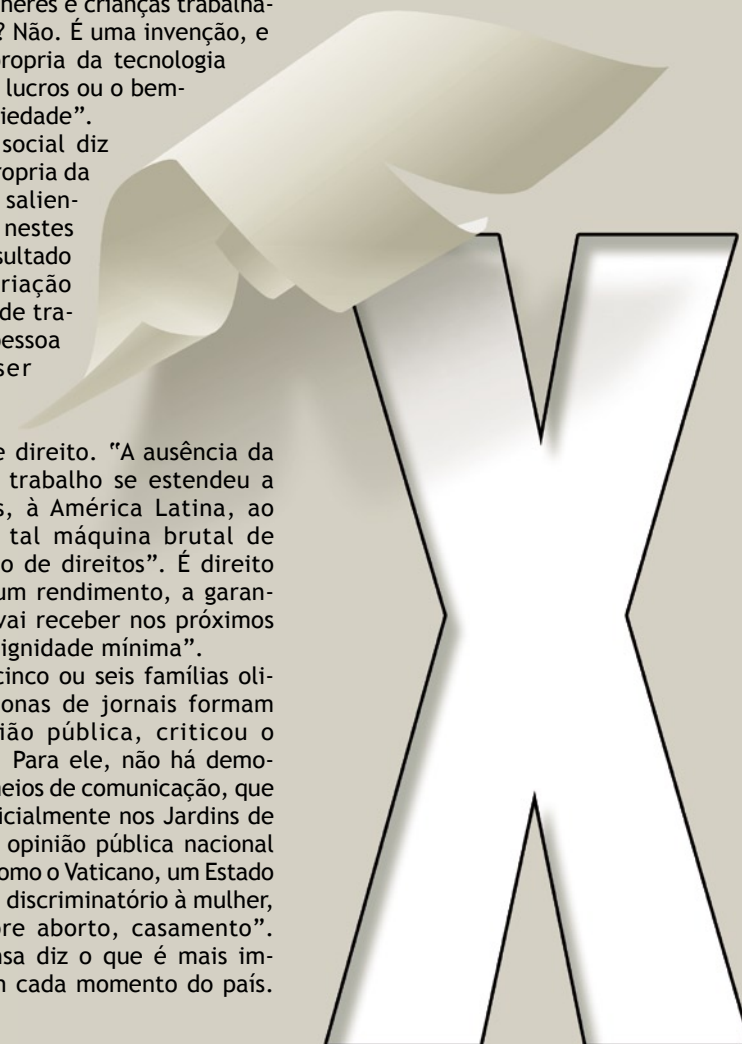
Para Sader, essa é a medida do quanto entramos no neoliberalismo ou do quanto estamos saindo dele: que critérios são centrais, os de caráter social ou os de estabilidade monetária? “A Constituição foi mencionada aqui: quando a promulgou Ulysses Guimarães disse que era cidadã — o que a ditadura expropriara estava ali reafirmado”, lembrou Sader, “na contramão do neoliberalismo que começava a crescer”. Para o neoliberalismo, o desemprego é tecnológico: o país não pode perder competitividade. Sader também citou o pensador Eric Hobsbawm, para quem o primeiro resultado da invenção da luz elétrica não foi o bem-estar nas casas das pessoas, mas a jornada noturna de trabalho. “Vou dizer que Thomas Edison mandou mulheres e crianças trabalharem à noite? Não. É uma invenção, e quem se apropria da tecnologia ou aumenta lucros ou o bem-estar da sociedade”.

A luta social diz quem se apropria da tecnologia, salientou Sader, e nestes tempos o resultado é a expropriação da carteira de trabalho — a pessoa deixa de ser sujeito social se não é sujeito de direito. “A ausência da carteira de trabalho se estendeu a todo o país, à América Latina, ao mundo, na tal máquina brutal de expropriação de direitos”. É direito elementar um rendimento, a garantia de que vai receber nos próximos meses, a “dignidade mínima”.

Hoje, cinco ou seis famílias oligárquicas donas de jornais formam nossa opinião pública, criticou o palestrante. Para ele, não há democracia nos meios de comunicação, que forjam artificialmente nos Jardins de São Paulo a opinião pública nacional branca. “É como o Vaticano, um Estado teocrático e discriminatório à mulher, legislar sobre aborto, casamento”. Essa imprensa diz o que é mais importante em cada momento do país.

“Agora é tirar Sarney da presidência do Senado — mas quando chega a eleição o povo vota com as políticas sociais”. Na América Latina é parecido, afirmou, “porque é o continente mais desigual do mundo e o Brasil é o país mais desigual no continente mais desigual”.

“O conhecimento é um instrumento importante para encontrarmos as vias de superação da injustiça, que continua sendo o fenômeno fundamental das nossas sociedades”, disse. O Brasil é o país mais injusto do mundo não por ser o mais pobre, mas pela polarização, afirmou Sader, que mencionou os vários livros do economista Marcio Pochmann, presidente do Ipea, sobre nossa extrema pobreza (ver pág. 19). “Mas um é muito significativo: sobre a extrema riqueza, que explica essa extrema pobreza”. O livro é *Proprietários: concentração e continuidade* (Ipea, 2008), terceiro volume da série Atlas da Nova Estratificação Social do Brasil: de cada 20 brasileiros apenas um é dono de propriedade geradora de renda, seja empresa, imóvel, propriedade rural ou conhecimento — considerado um bem pelos pesquisadores. (Colaborou Pedro Widmar, estágio supervisionado) 



REFORMA TRIBUTÁRIA

IMPACTO SOCIAL

duas visões

O projeto de reforma tributária (PEC 233/08) e seus impactos no sistema de proteção social inspiraram em junho o 2º debate preparatório para o 1º Fórum Sindical do Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz (Asfoc-SN). Na mesa, dois palestrantes com olhares distintos sobre o projeto.

De um lado, Ângelo Duarte, coordenador da Secretaria Extraordinária de Reformas Econômico-Fiscais (Seref) do Ministério da Fazenda, expôs os principais objetivos do projeto, enviado ao Congresso em 2/2/08 e já aprovado por comissão especial da Câmara: simplificação e desoneração do sistema tributário e correção de problemas da economia decorrentes da “guerra fiscal” entre estados. De outro, a doutora em Economia Denise Lobato Gentil, diretora-adjunta de Macroeconomia do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e professora do Institu-

to de Economia da UFRJ, contrária ao projeto – e não à reforma tributária, ressaltou – porque, do jeito que está, prejudica a Seguridade Social.

A emenda elimina três fontes do orçamento da Seguridade e reduz uma e cria o Imposto de Valor Agregado (IVA-Federal). Cofins (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social), PIS/Pasep (Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público, fonte do seguro-desemprego e do abono anual do trabalhador de baixa renda) e Cide-Combustíveis (Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico), que incidem sobre a receita das empresas, são unificadas sob o novo tributo.

“SIMPLIFICAÇÃO”

A Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) deve ser incorporada ao imposto de renda da pessoa jurídica (IRPJ). A do salário-educação também seria extinta, bem como reduzida a contribuição patronal sobre a folha de salários e demais rendimentos do trabalho. Em resumo, a Seguridade Social perde PIS, Cofins, Cide, salário-educação e CSLL e ganha o IVA-F.

Segundo Ângelo, que falou primeiro, na área econômica a PEC “amplia o volume de investimentos, reforça a competitividade, aumenta a eficiência e a produtividade e põe fim à guerra fiscal”; na social, “reduz a regressividade do sistema tributário, estimula a formalização de empresas e trabalhadores”; na federativa, “propõe distribuição mais equitativa da receita tributária entre estados e municípios”.

Com a simplificação seriam eliminadas as distorções dos tributos indiretos e da tributação interestadual do ICMS – de que tanto se queixam

empresários e governadores: impostos cumulativos, custos altos, folha de pagamento e exportações oneradas em excesso, estados em permanente litígio. O projeto, segundo Ângelo, resolveria tudo isso. A maioria dos países, salientou, tem um ou dois tributos indiretos; o Brasil tem oito, além de 27 legislações distintas para o ICMS. “Esse modelo implica alto custo burocrático para as empresas”, disse Ângelo. Estudo do Banco Mundial, citou, afirma que o Brasil é campeão mundial em tempo despendido pelas empresas no cumprimento das obrigações tributárias.

Os benefícios fiscais – quando um governo estadual reduz o ICMS para atrair investimentos – seriam necessários nos estados menos desenvolvidos. Mas os estados mais ricos também concedem benefícios, gerando a chamada guerra fiscal, que deixa de ser instrumento de redução das desigualdades regionais. “É uma anarquia tributária”. Já a tributação da folha de salários é “elevadíssima”, na visão do palestrante,



Ângelo Duarte

FOTOS: FERNANDA FREITAS/ASFOC-SN



Denise Gentil

devido a incidências que “resultam não apenas da contribuição previdenciária e do FGTS”, mas também do financiamento de programas sem relação com o salário, como o Sistema S [Senac, Sesc, Sesi] e a educação básica, com o salário-educação. “Isso traz impactos negativos para a economia”.

Um “rol de tributos” financeira a Seguridade, em vez de “tributos exclusivos”. Mas reconheceu: “A grande desvantagem é que para aumentar o orçamento da Seguridade seria necessário aumentar a arrecadação do imposto exclusivo”. O volume de recursos seria mantido, afirmou. “É preservado, no caso dos tributos federais, e ampliado no caso dos tributos estaduais e municipais”.

A Seguridade Social teria 38,8% do IVA-F – segundo Ângelo, percentual que “equivale exatamente” à proporção dos tributos extintos. Nas partilhas estaduais, para “evitar alteração” de percentuais de FPE e FPM “já consagrados na Constituição”, optou-se por uma base cujo valor “corresponde exatamente” à receita atual de IR e IPI, “deduzidos os percentuais destinados à seguridade”, ao FAT/BNDES, à educação e à infraestrutura. “A proposta preserva integralmente o orçamento do setor”, disse, e a “destinação constitucional de parcela da receita de impostos elimina qualquer risco de retenção”. O que a Seguridade perde, continuou, “é a possibilidade de elevar alíquotas de Cofins, CSLL e PIS/Pasep”.

“DEFEITO DE ORIGEM”

“Se é uma reforma tão complexa, por que não é aberta ao debate da população?”, perguntou Denise Gentil, para quem o projeto saiu com “defeito de origem”. Para ela, o problema não é a complexidade do sistema: simplificar pode representar perdas e agravar a regressividade”.

Em sua análise, a concentração da riqueza e da renda é agravada com a simplificação do sistema tributário, pois a PEC deixou de mexer em questões como a reforma agrária. “Não somos uma ilha, somos um continente, e a terra é mal tributada”, disse. “Mas vamos mexer nas contribuições sociais que interferem na Seguridade – se a intenção é boa, os resultados, não”. Denise criticou também a redução de tributos na folha. “Como sou uma economista não-ortodoxa, acredito que a geração de emprego se dá pela demanda, e não pela desoneração da folha, que pode cair pela metade, mas a empresa não contrata se não tem a quem vender”. A desoneração,

segundo ela, favorece muito mais o capitalista do que o trabalhador.

Para Denise, o efeito cumulativo é mesmo prejudicial à economia, mas reduzi-lo não significa que a Seguridade consiga o percentual anterior. “Temos que substituir por algo que guarde a mesma proporção”. O fim da guerra fiscal, em sua opinião, também não está garantido. “Há 30 anos não temos política de desenvolvimento regional”, afirmou. “A maior política de redução das desigualdades sociais foi o Bolsa-Família, muito pouco em termos de PIB”.

MAIS CRESCIMENTO

Para reforçar a competitividade, sugeriu Denise, a saída seria a valorização do câmbio, como faz a China. “Não se ajusta o câmbio, não se ajustam os juros, o que é muito mais fácil, mas se mexe no sistema tributário”, reclamou. Se o objetivo é ampliar o trabalho, disse, então ampliemos o crescimento do país, “que precisa ser acima dos 5%”. E a receita tributária caiu mais do que o PIB com a crise econômica, lembrou a palestrante.

Na avaliação da economista, a reforma não se preocupou com a justiça tributária, com o combate à regressividade e às iniquidades do modelo. “A PEC é nociva porque altera a estrutura de financiamento das políticas sociais”. Ao acabar com a pluralidade das fontes previstas na Constituição de 88, afirmou, gera maior exposição da receita aos ciclos econômicos por acabar com a arrecadação oriunda do faturamento e do lucro.

Além disso, para saber se de fato a base tributária garantirá o mesmo montante atual de recursos, seria preciso conhecer a base de incidência do IVA-F, bem como a alíquota a ser aplicada sobre essa base. “Há indeterminação da base de incidência e de alíquotas”, afirmou, contrariando Ângelo, que reagiu: “Há definição. Todos os produtos passíveis de tributação por PIS e Cofins serão tributados pelo IVA-F”.

Para Denise, a arrecadação não está definida: “Tenho clareza do quanto se tem hoje”. Mas os 38,8% do IVA-F para a Seguridade geram fragilidade, pois o setor passa a disputar recursos

públicos, criando resistência à ampliação dos direitos sociais. No debate que se seguiu, Denise lembrou que a DRU (Desvinculação de Receitas da União) já prende 20% do orçamento da Seguridade. “A justificativa: o governo precisa dos recursos para pagamento da dívida pública; como cidadã, acho inconstitucional, e os 38,8% são a DRU de vez”.

Na réplica, Ângelo rebateu: o percentual representa 100% de PIS, Cofins e CSLL. “Hoje, a Seguridade não recebe 100%”. Para Denise, “as despesas vão subir e os 38,8%, não”. Nos últimos anos, lembrou, a carga tributária subiu para o pagamento de juros. “Não foram os gastos sociais que causaram pressão no orçamento, e sim a política econômica”. A fragilidade é maior quando se sabe que os 38,8% não incluem a arrecadação da extinta CPMF, salientou. “O projeto não compensa essa perda”. Se ela não significou déficit em 2008 – pelo contrário, o orçamento foi superavitário, reconheceu –, também não houve avanço. “Haveria R\$ 40 bilhões a mais se tivéssemos a CPMF”.

Estava na plateia a professora Justa Helena Franco, ex-diretora financeira da Asfoc-SN, que estuda o problema. Para ela, a reforma é tímida. “A PEC não fala em taxaço de terras improdutivas reservadas para especulação nem das grandes fortunas: eu pessoa física pago os mesmos 27,5% que o empresário Antonio Ermirio de Moraes pessoa física”, objetou Justa, que é subcoordenadora do RADIS, referindo-se ao poderoso empresário paulista. “O capital estrangeiro lançado na bolsa, que a qualquer momento pode ser retirado deixando o país quebrado, também não paga imposto”. Muitos países taxam essas aplicações, na maior parte especulativas.

“Os economistas do governo garantem que 38,5% resguardam o orçamento da Seguridade num bolo maior, mas e se cai a arrecadação e aumenta o desemprego?”, questionou. O governo pagou na crise R\$ 9,9 bilhões só em seguro-desemprego no primeiro semestre. “E se não houver reserva?” Qualquer reforma, para ser criteriosa, ressaltou, deveria prever também margem atuarial para a Seguridade. (K.M.)



RADIS ADVERTE

Chagas: Hora de romper o silêncio!

Campanha: Médicos Sem Fronteiras/DNDI
www.msf.org.br/chagas/p1.html

DECLARAÇÃO DE ISTAMBUL SOBRE SAÚDE PÚBLICA GLOBAL

O primeiro dever dos governos

“A proteção da saúde da população é a primeira responsabilidade dos governos em todos os níveis, entre os quais, em especial, os chefes de Estado e primeiros-ministros”. A frase está no primeiro parágrafo da Declaração de Istambul, documento final do 12º Congresso Mundial de Saúde Pública, promovido em maio na Turquia pela Federação Mundial de Saúde Pública. Mais de 2.300 profissionais participaram das atividades, divididas em 80 painéis, 400 apresentações orais e 70 pôsteres, inclusive de brasileiros.

A Federação reúne 70 Associações Nacionais de Saúde Pública, entre as quais a Abrasco, do Brasil, e regionais como a da Europa (Eupha) e a da América Latina (Alaes). Durante o congresso, a Organização Mundial da Saúde anunciou a eclosão da gripe suína, “o que causou enorme comoção”, contou o secretário-executivo da Abrasco, Álvaro Matida. A diretora-geral da OMS, Margaret Chan, falou via telefone aos congressistas na sessão de abertura e ressaltou o papel dos

profissionais de saúde no enfrentamento do processo pandêmico – que considerou de “extrema gravidade” – e dos determinantes sociais da saúde. O presidente da Federação, o sanitário Paulo Buss, professor da Ensp e ex-presidente da Fiocruz, conclamou os profissionais “a ações simultaneamente locais, nacionais e globais, para fazer frente aos enormes problemas decorrentes da pobreza e da exclusão social, agravados pela crise estrutural do capitalismo em escala global”. A seguir, a íntegra da declaração:

SAÚDE: O PRIMEIRO DIREITO HUMANO

“Nós, os 2.380 participantes de 142 países reunidos no 12º Congresso Mundial de Saúde Pública em Istambul, de 27 de abril a 1º de maio de 2009, declaramos e afirmamos que:

Chegou a hora de assumir um novo compromisso com a saúde das populações. A necessidade do aprimoramento e de manutenção da saúde pública deve ser agora reconhecida, defendida e alcançada por todos os

responsáveis pela definição de políticas e corpos decisórios. A proteção da saúde da população é a primeira responsabilidade dos governos em todos os níveis, entre os quais, em especial, os chefes de Estado e primeiros-ministros. Implica, pois, renovada vontade política. Implica também nova compreensão da saúde pública como primeiro bem público, que necessita de recursos humanos, financeiros e materiais adequados e em maior quantidade.

Os anos de 2008 e 2009 foram tempos de eventos sociais, econômicos e políticos de relevância sem precedentes e implicações diretas sobre as crises de alimentos e energia e a crise financeira. Tudo isso vem ocorrendo em contexto de mudança climática global, provocada pela ação humana, de esgotamento das fontes de energia não-renováveis e da água, de extinção real e potencial de inúmeros habitats e espécies, além da deterioração da qualidade do solo, da água e do ar.



Este quadro demonstra a falência estrutural de políticas e sistemas globais. Determinantes sociais têm causado o aumento de doenças e a deterioração das condições de saúde. O desemprego e a pobreza se agravam. Cerca de 1 bilhão de pessoas passam fome e vivem sob o temor da inanição. A segurança alimentar está ameaçada, como nunca antes em décadas anteriores, sobretudo na África e na Ásia. Guerras e conflitos vêm provocando mortes, desastres e miséria em muitas partes do mundo.

Na semana de realização do Congresso, eclodiu uma doença infecciosa potencialmente letal que se transformou em pandemia. A recessão econômica global que teve início em 2008 impõe risco ao cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio, como acordadas pelos Estados membros das Nações Unidas no ano 2000.

Estes são tempos extremamente conturbados. Vivemos agora num mundo de novos desafios, mas também de oportunidades incomparáveis para os comprometidos com a saúde pública e a saúde para todos. Os desafios com os quais nos deparamos são tão grandes quanto os enfrentados pelos pioneiros da saúde pública no século 19 e no início do século 20.

É necessária uma liderança comprometida e persistente, inclusive por parte dos jovens. É hora de todos os que com seu trabalho afetem a vida de terceiros — no governo, na indústria e na sociedade civil, como trabalhadores em saúde, acadêmicos, líderes comunitá-

rios ou religiosos ou na condição de cidadãos — reafirmem a natureza fundamental e essencial dos bens públicos, entre os quais a saúde pública, e atuem firmemente em prol dos valores humanos básicos de solidariedade, sustentabilidade, moralidade, justiça, equidade, probidade e tolerância.

Como representantes das nossas organizações, como profissionais da saúde e como cidadãos, declaramos e afirmamos os princípios e metas a seguir, comprometendo-nos a trabalhar para realizá-los.

- ♦ A saúde e o bem-estar são condições necessárias para o desenvolvimento social, econômico e cultural nos contextos pessoal, familiar, comunitário, nacional e global;

- ♦ A saúde e o bem-estar dependem — e são inseparáveis — da assistência social e da manutenção de um mundo e uma biosfera saudáveis;

- ♦ Os determinantes da saúde individual e populacional são sociais, econômicos, políticos e ambientais, assim como comportamentais e biológicos;

- ♦ As necessidades humanas fundamentais compreendem luz e calor, ar e água limpos, terra fértil e alimentação adequada, abrigo seguro, espaços familiares construtivos, comunidades com infraestrutura básica, educação, trabalho justo e paz;

- ♦ A proteção dos bens públicos, entre os quais a saúde pública, é tarefa e responsabilidade central de todos os que assumem governos nos seus diversos níveis;

- ♦ O acesso equitativo a sistemas de saúde abrangentes, eficientes, que compreendam atenção básica à saúde e serviços de saúde pública, é um direito humano;

- ♦ Sistemas de saúde pública adequados promovem a saúde e o bem-estar, assim como previnem doenças e outros agravos, além de seus riscos, ao longo do ciclo de vida;

- ♦ A redução das desigualdades e disparidades de recursos econômicos entre países e pessoas, assim como dos demais recursos materiais, é pré-requisito para a melhoria da saúde pública;

- ♦ Indivíduos e grupos populacionais vulneráveis e marginalizados estão sob maior risco de doenças, em face do aviltamento de direitos básicos e do acesso aos bens públicos e recursos econômicos;

- ♦ Direitos, tradições e culturas relacionados à saúde de povos e comunidades indígenas devem ser reconhecidos, respeitados, promovidos e protegidos;

- ♦ Direitos iguais para todos e implementação de todos os componentes e valores da lei e do exercício pleno do estado de direito são essenciais para fomentar, proteger e aperfeiçoar a saúde pública;

- ♦ A saúde das populações também depende da eliminação oportuna e segura de todas as armas de destruição em massa — nucleares, químicas e biológicas;

- ♦ Na medida em que as necessidades da educação forem atendidas, o bem-estar das populações aumentará e diminuirão prevalência, gravidade e duração das doenças;

- ♦ Devido à globalização de movimentos migratórios, transportes, comércio e comunicações, a saúde pública não pode ser tratada isoladamente, nem apenas na esfera nacional;

- ♦ A melhoria e a manutenção da saúde pública exigem compromissos profundos com o desenvolvimento de capacidades para formação, educação e pesquisa, além da ação.” (Tradução: Álvaro Matida)

Istambul, 1º de maio de 2009



SERVIÇO

EVENTOS

9º SEMINÁRIO DO PROJETO INTEGRALIDADE

Tradicional evento do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), programa cooperativo do CNPq e do Instituto de Medicina Social da Uerj criado em 2000 para identificar e construir práticas de atenção integral à saúde, abordará em sua 9ª edição o tema "Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como Direito à Saúde".

Data 25 a 27 de novembro de 2009

Local Uerj, Rio de Janeiro

Mais informações

www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/www/start.htm?inoid=1098&sid=4

1ª CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE AMBIENTAL



Os organizadores da 1ª Conferência Nacional em Saúde Ambiental, iniciativa dos conselhos nacionais de Saúde, de Cidades e de Meio Ambiente – seu lema é "Saúde e ambiente: vamos cuidar da gente!" e seu tema, "A saúde ambiental na cidade, no campo e na floresta: construindo cidadania, qualidade de vida e territórios sustentáveis" – definiram a metodologia do encontro em agosto, paralelamente à organização da etapa municipal dos debates. Os trabalhos da etapa estadual terão início em outubro.

Local Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília

Data 15 a 18 de dezembro de 2009

Mais informações

<http://189.28.128.179:8080/cnsa/sobre-a-conferencia/>

PUBLICAÇÕES

CEM ANOS DE HISTÓRIA

Doença de Chagas, doença do Brasil – ciência, saúde e nação, 1909-1962, de Simone Petraglia Kropf (Editora Fiocruz), é fruto da tese de doutorado da autora em história social.



O livro conta a história do processo de reconhecimento da doença de Chagas, da primeira fase das pesquisas à polêmica que envolveu a descoberta, além de analisar as novas condições políticas e sociais que garantiram a continuidade dos estudos no Instituto Oswaldo Cruz.

VIVÊNCIAS BÁSICAS

O sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos e o psicólogo André Vinicius Pires Guerrero, ambos da Unicamp, são os organizadores do *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada* (Hucitec). Trabalho de reflexão e ação sobre os processos de formação de pessoas para a atenção básica, reúne 17 textos sobre as realidades dos trabalhadores da saúde, que carregam com seus afazeres a manutenção da atenção básica em movimento.



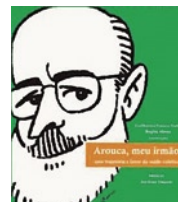
VIGILÂNCIA E CIÊNCIA

Vigilância Sanitária: desvendando o enigma (Edufba), de Ediná Alves Costa (org.), resultado de cooperação técnica entre a Anvisa e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, aborda os determinantes políticos e econômicos na produção do conhecimento científico e suas implicações na área da vigilância sanitária, campo estratégico na consolidação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira.



VIDA DE SANITARISTA

Arouca, meu irmão – uma trajetória a favor da saúde coletiva (Contracapa), de Guilherme Franco Netto e Regina Abreu (coords.), narra a história do



sanitarista a partir de 60 depoimentos de companheiros de militância na saúde pública, dos quais emerge seu espírito democrático, o perfil agregador e a grande capacidade de lidar com o conflito.

O PAÍS DAS AMAS

História Ciências Saúde – Manguinhos (www.coc.fiocruz.br/hscience/), vol. 16, nº 2, tem na capa



imagem de uma amade-leite, remetendo ao artigo "Amas mercenárias: o discurso dos doutores em medicina e os retratos de amas – Brasil, segunda metade do século 19", de Sandra Sofia Koutsoukos, que explora fotos e teses da segunda metade do século 19 e aborda a complexidade da amamentação na época.

ENDEREÇOS

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

Hucitec

Tel. (11) 3060-9273

Fax (11) 3064-5120

E-mail contato@hucitec.com.br

Site www.hucitec.com.br

Edufba

Tel./fax (71) 3263-7075 / 6160

E-mail edufba@ufba.br

Site www.edufba.ufba.br

Contracapa

Tel. (21) 9764-0533

Fax (21) 3435-5128

E-mail editora@contracapa.com.br

Site www.contracapa.com.br

"O mercado do trabalho reproduz a desigualdade"



José Cristian Góes *

O economista da Unicamp Márcio Pochmann, presidente do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), analisa a crise internacional e revela números surpreendentes das desigualdades no Brasil. Pochmann é um dos maiores pesquisadores do país sobre o mundo do trabalho. É especialista em emprego e salários e autor de 27 livros sobre inclusão social, desenvolvimento econômico e políticas de emprego. Entre os livros de sua autoria estão *O desafio da inclusão social no Brasil* e *Relações de trabalho e padrões de organização sindical no Brasil*. Na Unicamp, é professor do Instituto de Economia e atua no Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho.

Como o senhor avalia a crise financeira mundial?

Essa é uma crise do modo de produção capitalista, estrutural, sistêmica, que não é exclusivamente financeira. Impôs perdas expressivas aos ricos, queda da taxa de lucro das empresas. Impactou a área social. Estamos convivendo com maior desemprego, aumento das desigualdades. Está contaminando o mundo da política. Cinco países tiveram alternância de poder. Não tivemos crises anteriores com problemas ambientais, extremamente degradantes. Temos uma crise inédita nesse sentido. Uma crise que encontra o mundo em quase sua totalidade submetido à lógica mercantil. E não tem saída a curto e médio prazo porque afetou as estruturas do padrão capitalista de produção e consumo. Não há como garantir a sustentabilidade da acumulação de capital.

Explique a crise de consumo.

O que deu sustentabilidade de longo prazo ao capitalismo no século 20 foi a produção de bens de consumo duráveis, como a casa própria e o automóvel — que simbolizam o consumo no

capitalismo do século 20. A produção desses bens se difundiu pelo mundo; no entanto, apenas um quarto da população mundial tem acesso a esse padrão de consumo. É o que praticamente temos no Brasil. Para que esse padrão de consumo tivesse padrões mundiais, especialmente onde a renda per capita é muito baixa, foi necessário o aprofundamento do subdesenvolvimento. Para que aqui no Brasil pudesse se instalar a indústria automobilística e a produção nacional comparáveis às dos países ricos foi necessário concentrar profundamente a renda, para poder viabilizar o padrão dos mais ricos. Se a gente for a qualquer cidade brasileira vê segmentos sociais que participam de alto padrão de consumo. Há bairros onde há casas com garagem com quatro, cinco carros, cada membro da família tem automóvel. Há casas compatíveis com o padrão hollywoodiano de habitação.

É, aqui os ricos vivem bem...

Os ricos vivem aqui muito melhor que a classe média e os ricos nos Estados Unidos e na Europa, porque aqui os ricos não pagam impostos. E lá não existe como aqui essa massa de serviços. É manicure, empregados domésticos, cortador de grama, faxineira, um exército de prestadores de serviço. No Brasil, as famílias de classe média e ricas têm, em média, 13 serviços à disposição. Ou seja, são mais de 20 milhões de pessoas que constituem esse exército com remuneração extremamente baixa. Por que é possível ir a uma pizzaria, churrascaria no Brasil e comer de forma extravagante pagando preços módicos? Porque aqueles que lá trabalham, o pizzaiolo, o churrasqueiro têm remunerações extremamente baixas.


O que chama atenção é que viabilizar e internalizar esse padrão de consumo é possível somente com brutal concentração de renda, com um sistema tributário que concentra renda, que tira dos pobres e dá aos ricos e um Estado que se organizou para atender fundamentalmente os ricos, o andar de cima da sociedade, como dizia Milton

Santos. Esse andar de cima tem tudo. Não é uma experiência exclusivamente brasileira, mas talvez tenhamos chegado à maior sofisticação.

Esse padrão de consumo tem forte impacto ambiental, não é?

Claro. O mundo tem 6,5 bilhões de habitantes e apenas um quarto participa do padrão de consumo; mantido esse padrão de consumo, daqui a três décadas a temperatura da Terra será três a quatro graus superior ao que é hoje. A elevação da temperatura nesse patamar significa aqui no Brasil que a produção de café, hoje em várias regiões no país, só será possível no Rio Grande do Sul. Teremos problemas gravíssimos de seca em algumas áreas e enchentes em outras. Estaremos falando não mais em Floresta Amazônica, mas na grande savana amazônica. Não estou pregando o caos, não. O que estou chamando atenção é que levado adiante esse modelo de produção e consumo, precisaríamos de três planetas.

E quem pode resolver os problemas da crise e seus reflexos?

Este é um aspecto grave. Estamos vivendo a plena desgovernança no mundo, de profunda anarquia do ponto de vista público porque as instituições constituídas para fazer a governança pública do mundo estão completamente esgotadas para viver a nova realidade. A ONU, que tinha o objetivo de estabelecer um padrão de convivência, de regulamento mínimo entre países, conseguiu fazer uma conferência sobre a crise só agora em junho, quer dizer, quase um ano depois da crise ter se manifestado. A ONU não consegue reunir os países para estabelecer convergências. O Banco Mundial e o FMI, que estavam presentes nas crises anteriores dizendo façam isso e aquilo, simplesmente desapareceram. Esse padrão de regulação pública está falido. 

* Repórter; adaptação da entrevista publicada na íntegra na revista *Caros Amigos* em agosto/2009

ENSP 2009

55
Anos

Inovação e Qualidade para
Saúde Ciência e Cidadania

Semana de Aniversário
14 a 18 de Setembro

1954–2009

Visite o portal: www.ensp.fiocruz.br