

NESTA EDIÇÃO

Mais Abrascão

Mídia, Justiça, médicos e laboratórios também estiveram em debate

9ª Expoepi

Ações e compromissos com a redução da mortalidade infantil e dos acidentes de trânsito

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982

Nº 90 • Fevereiro de 2010

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

www.ensp.fiocruz.br/radis



Mala Direta
Postal

9912233515/2009-DR/RJ
FIOCRUZ

CORREIOS



Medicina Veterinária

Aliada da saúde humana, especialidade garante espaço nas ações de promoção, prevenção e assistência



Por uma outra mídia



O direito à informação indissociável do direito à saúde foi tema que atraiu grande público no 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido em novembro de 2009 pela Abrasco no Centro de Convenções Pernambuco, em Olinda. Observando que os fatos, tal como a mídia os apresenta, não são coisas, mas representações, o professor Fernando Lefèvre, da Faculdade de Saúde Pública da USP, analisou o discurso midiático e suas consequências para a saúde coletiva, na palestra *Riscos do risco: interrogando as relações entre mídia e saúde*, na manhã do dia 3/11. “É o falso que se pretende verdadeiro”, resumiu.

Esse discurso gera o que o professor chamou de riscos do risco. O primeiro seria a personalização do risco pela culpabilização da vítima, exemplificado na representação dos

moradores da cidade de São Paulo como estressados que precisam fazer... “ioga”, conforme soprou alguém da plateia, durante a palestra. Os meios de comunicação falam muito de sintomas, mas pouco das causas.

A dramatização é o segundo risco do risco: espalha medo e leva a comportamentos irracionais. Lefèvre lembrou as coberturas da gripe suína e da febre amarela, em que a mídia colaborou para manter clima de pânico, concretizado no crescimento da procura por máscaras, álcool gel ou vacina. O terceiro: a banalização, repetindo-se tanto uma informação que as pessoas acabam ficando anestesiadas, como na prevenção da dengue. O quarto é a coletivização do risco, em que se dissolvem as responsabilidades.

Essa realidade impõe desafios: coletivizar o risco sem dissolver responsabilidades, mostrando que todos estão envolvidos; fundá-lo num

entendimento que leve à ação; torná-lo público e acessível, em vez de apresentá-lo de maneira pastosa; estabelecer exato balanço entre qualificar e quantificar o risco. Para Lefèvre, a luta não deve ser contra a mídia, mas por uma *outra* mídia. “Ela não precisa ser o que é, não está condenada”.

No painel *Produção de sentidos e saúde: as mensagens das agências e do Ministério da Saúde veiculadas na mídia*, a sanitarista Lígia Rangel, da UFBA, destacou que a mídia usa estratégias discursivas “para influenciar a construção de valores”. Uma delas seria a repercussão das doenças no espaço público, que questiona “os modos de vida contemporâneos”. Foi assim com a aids na década de 1980 e agora com a epidemia de H1N1.

“A mídia está sempre à procura de uma catástrofe”, disse Lígia, salientando o aumento significativo na “produção de saúde” nos meios de comunicação, cujo sentido é a venda de produtos. Por isso cobrem as doenças, as terapêuticas e as tecnologias, ao mesmo tempo em que estimulam “um padrão ideal de comportamento saudável”. O procedimento é seletivo: primeiro, há a escolha dos eventos que se tornarão públicos; depois, selecionam as fontes – geralmente especialistas – e editam suas falas.

A abordagem em geral é sensacionalista, “promovendo inconsequentemente o pânico e a busca por serviços”, já que descontextualiza a informação e trabalha sob o domínio de interesses comerciais. “Pretensamente vigilante das ações públicas”, a mídia reafirma “interpretações do senso comum para problemas complexos”, em matérias superficiais e simplistas, que reforçam preconceitos.

Nesta relação há constante tensão: de um lado, a liberdade da indústria de consumo; de outro, o direito à proteção social. Isso se reflete em conflitos entre profissionais de imprensa e de saúde, diferentes éticas profissionais. Entre as consequências estão a valorização da comunicação somente em situações de emergência sanitária e, por outro lado, a responsabilização do sujeito por sua saúde. ■

Territórios vulneráveis

O ano começou com enchentes e deslizamentos de encostas no Brasil – tragédias anunciadas em função da ocupação desordenada do espaço urbano, visando a especulação ou sem levar em conta preocupações ambientais – e com terremotos arrasadores no Haiti – onde extrema pobreza e desorganização social não combinam com edificações mais resistentes a terremotos e furacões, nem com redes sociais de apoio. Um teste para regulação e políticas públicas no Brasil e para a capacidade de articular a cooperação internacional para fins humanitários no Haiti.

Nesta edição, mais notícias sem interesse para o mercado e o capital. Gente que se reúne para refletir sobre a melhor atenção primária à saúde da população, ou para integrar políticas públicas de diferentes áreas como saneamento, vigilância em saúde, educação e comunicação. Gente preocupada com a mortalidade infantil ou a violência no trânsito, interessada em reunir governantes e representantes sociais de diversos países para levar seguridade social a todos, sem exclusões.

A saúde coletiva ganha novo reforço com o interesse da medicina veterinária em participar das equipes de apoio à estratégia Saúde da Família nas unidades básicas dos municípios. Encontro realizado no Mato Grosso do Sul analisou a contribuição desses profissionais no contexto da transição epidemiológica marcada pela emergência ou reemergência de doenças como leishmaniose e outras zoonoses, dengue, febre amarela, raiva, gripe aviária e suína, que resultam do mo-

delo de desenvolvimento econômico e tecnológico que interfere radicalmente nos ciclos da natureza e da vida humana. Palestrantes argumentaram que a integração de ações e a integralidade da atenção se dão no território em que vivem as pessoas, constituído pelos seus fluxos e suas relações.

Desconsiderar o meio ambiente, do qual o homem é parte, é colocar em risco e vulnerabilidade as pessoas e os territórios. Foi o que fizeram líderes mundiais ao desperdiçar a oportunidade de acordos globais de proteção ambiental na Conferência do Clima, organizada pela ONU em Copenhague.

O interesse público é o que deveria nortear não apenas a ação de governantes, mas também o funcionamento da mídia, as decisões judiciais relativas à saúde, a produção e distribuição de medicamentos e vacinas, o trabalho de pesquisadores e outros profissionais de saúde. Esta é a síntese dos debates registrados na segunda matéria sobre o 9º Congresso da Abrasco, realizado em Pernambuco.

Ao longo do ano, quando a mídia comercial voltar a tratar como obstáculo ao crescimento econômico o zelo com as licenças e outras questões ambientais e menosprezar a importância de organizações sociais fortes, faça como sugere música de Caetano Veloso no álbum *Tropicália 2* (1993): “pense no Haiti”. Se for distante, abstrato, recorra à mesma canção: “o Haiti é aqui”.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

- ♦ Por uma outra mídia 2

Editorial

- ♦ Territórios vulneráveis 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

5

Radis adverte

6

Toques da Redação

7

3º Congresso Nacional e 1º Encontro Internacional de Saúde Pública Veterinária

- ♦ Integração em prol da saúde coletiva 8
- ♦ Monitorar para prevenir 10
- ♦ Entrevista – Nélito Batista de Moraes: “O SUS deve ser trabalhado a partir das universidades” 11



9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

- ♦ O interesse público em primeiro lugar 12

Entrevista

- ♦ Armando de Negri: “Universalizar a seguridade social é questão político-ideológica” 17



Cúpula do Clima de Copenhague

- ♦ Uma conferência aquém das expectativas 18



9ª Expoepi

- ♦ Encontro de compromissos 19

Serviço

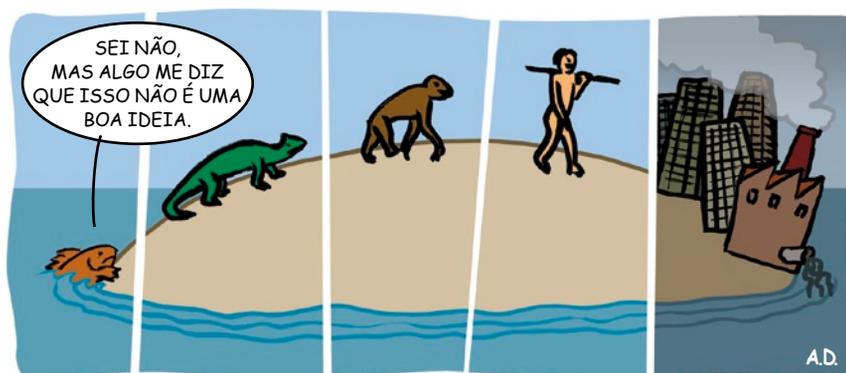
22

Pós-Tudo

- ♦ A COP 15 no contexto dos encontros anteriores 23

Capa e Ilustrações Aristides Dutra (A.D.)
Foto da capa Bruno Dominguez
Agradecimentos à loja Sobrado 7 arte e artesanato, em Olinda

CARTUM





CARTAS

ABRASCÃO



Parabenizo a equipe da *Radis* pela excelente cobertura do IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (*Radis* 89). Além do espaço dedicado ao maior evento do país na área da saúde, as matérias enfocaram discussões fundamentais nesse momento da Saúde Pública brasileira, ancoradas no compromisso da ciência, tecnologia e inovação com o direito à saúde, tema que conduziu as discussões do congresso.

♦ Eduardo Freese, diretor da Fiocruz-PE, Recife

RADIS AGRADECE

Sou enfermeira do PSF de Duque de Caxias e assinante da *Radis*. Amo muito a revista, além de ela ser fundamental

para me atualizar como profissional. Parabéns pelo excelente trabalho.

♦ Tatiane Souza de Oliveira, Rio de Janeiro

Gostaria de parabenizar a *Radis*, é uma excelente revista, com ótimos temas.

♦ Ana Tereza Conceição, Caxias, MA

INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E DOENÇA DE CHAGAS

Venho agradecer a vocês o envio da *Radis* e dizer que acho lamentável a postura da indústria farmacêutica em relação à doença de Chagas (*Radis* 85). Mas, apesar de tudo, que sejam descobertos novos medicamentos e uma vacina promissora para essa enfermidade. Obrigada.

♦ Maria Auxiliadora Ribeiro Gomes, Viçosa, MG

NA PAUTA

Solicito a esta conceituada revista a publicação de assuntos referentes a políticas públicas voltadas a deficientes auditivos e, principalmente, como estão atuando os profissionais

de saúde na assistência a surdos no SUS. Sou enfermeira e me deparo com esta dificuldade.

♦ Daiane Martins, Lagedinho, BA

Olá companheiros da *Radis*. Como parceira e assinante da revista, gostaria de propor uma matéria sobre os acidentes de trânsito. Embora todos os dias, na maioria dos veículos de comunicação, sejam veiculadas notícias sobre o problema, poucas são as que o abordam do ponto de vista da Saúde Pública. Com a atual política de incentivo a aquisição de veículos – principalmente motos – por parte do Governo e indústria, creio que está na hora de discutirmos quais os impactos que isso vem acarretando na saúde da nossa população. Um abraço.

♦ Rita Vasconcelos, jornalista, Recife

▣ *O assunto é debatido nesta edição (ver pág. 8-10), pois foi um dos temas da Expoepi 2009. Mas voltaremos a ele, em novas vertentes desse importante debate.*

'SERVIÇO' RADIS

Por favor, por acaso a *Radis* já publicou as estimativas de gastos pelo sistema público e privado de saúde para o ano 2007?

♦ Marcos Bosi Ferraz, São Paulo

▣ *Publicou sim: edição 68 (abril/2008), matéria Como sempre, recursos insuficientes. Eis o último parágrafo: "Ao setor público coube, portanto, participação no financiamento da saúde em 2007 de 49%, e ao setor privado, de 51%. Um total de R\$ 192,79 bilhões, ou R\$ 1.050,00 por brasileiro ao ano. "Em termos mundiais, o dólar valendo R\$ 2,17 segundo o câmbio de 3 de julho de 2007, calcula-se que o gasto por brasileiro é de US\$ 483,87. Somente os Estados Unidos gastaram no ano passado US\$ 7.500 per capita com saúde", compara Gilson [Carvalho, sanitarista ouvido pela revista]."* Para ler a íntegra da matéria: www.ensp.fiocruz.br/radis/68/02.htm ▣

EXPEDIENTE



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

Periodicidade mensal
Tiragem 65.000 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 Eliane Bardanachvili (Milênio)
Reportagem Katia Machado (subedição/Milênio), Adriano De Lavor, Bruno Dominguez (Milênio) e Lucas Sakalem (estágio supervisionado)

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

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Benigno



Ministério
da Saúde



Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Lucas e Cristiane Abrantes

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 resenha semanal *Radis* na Rede e o *Exclusivo para web*, que complementam a edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

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

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.

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

TRAGÉDIA 1

O terremoto de 7 graus na escala Richter que destruiu parte do Haiti (12/1) já é considerado o mais letal das Américas em todos os tempos e um dos piores do mundo nos últimos cem anos, levando-se em conta o número de mortos, de acordo com o Instituto de Pesquisa Geológica dos Estados Unidos. Em uma semana, o governo do Haiti havia sepultado 75 mil vítimas, contabilizando, ainda, 250 mil feridos e um milhão de desabrigados. O saldo de mortos, no entanto, pode ser estimado em até 200 mil, uma vez que são incontáveis os corpos enterrados pelas próprias famílias, segundo o premiê haitiano, Jean-Max Bellerive. Até então, a catástrofe com mais mortos no continente havia ocorrido em Chimbote, no Peru, em 1970: um terremoto de intensidade 7,9, que vitimara 70 mil pessoas.

TRAGÉDIA 2

Na opinião de especialistas, a tragédia provocada pelo deslizamento de terras ocorrido em Angra dos Reis, RJ (1/1), que causou 53 mortes (32 na Ilha Grande e 21 no morro da Carioca, no Centro do município), poderia ter sido evitada. Em entrevista ao portal R7 (www.r7.com), o geólogo Alexandre Cuellar de Oliveira e Silva, morador da Ilha Grande e integrante do comitê de defesa da ilha, apontou a falta de fiscalização como um dos fatores que colocam em risco moradores e visitantes. De acordo com o geólogo, não é o caso de se proibir a ocupação da ilha, mas de se cumprirem as restrições previstas em lei para construções. Ele ressaltou que há planos diretores bem feitos que regulamentam a ocupação da área e que são "bastante restritivos, quanto à permissão para construção nas encostas". No entanto, é necessário que sejam cumpridos.

EMPRESA PRIVADA PARA GERENCIAR SAÚDE

Depois de ser suspensa pelo Supremo Tribunal Federal a criação de fundações estatais de direito privado para gerenciar hospitais do Brasil, por conta de contestações diversas em várias cidades do país — uma delas, ação direta de inconstitucionalidade ajuizada pelo

PSOL, em junho de 2009, contra duas leis no Estado do Rio —, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro iniciou uma "segunda tentativa de mudar o modelo de gestão da sua rede de hospitais", como informou o jornal O Globo (22/12). A função ficará a cargo de uma empresa privada, que atuará por um ano e também se responsabilizará por contratar profissionais e atender metas de qualidade e de número de procedimentos médicos.

Com o novo modelo, não haverá contratação de médicos por cooperativas, medida extinta pelo Termo de Ajustamento de Conduta, assinado pelo Ministério Público Estadual. Assim, todos os médicos não-estatutários "terão que ser vinculados à empresa privada escolhida". Como explicou ao jornal o subsecretário de Gestão do Trabalho da Secretaria de Saúde, Sylvio Júnior, o sistema vai permitir que a empresa acompanhe o trabalho dos médicos. "Hoje, se um cooperativado deixa de ir ao plantão, temos poucos mecanismos para corrigir o problema", afirmou. Segundo Júnior, muitos médicos concursados deixaram os cargos pelos baixos salários e pelas condições de trabalho (apenas 15% dos contratados pelo concurso de 2007 continuam trabalhando). O subsecretário também acredita que tal modelo melhora os salários dos médicos, que hoje recebem R\$ 1,5 mil.

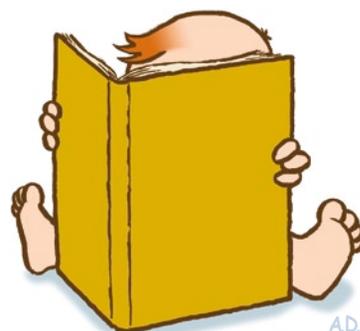
Há quem discorde da proposta. Jorge Darze, presidente do Sindicato dos Médicos, disse ao mesmo jornal que a entidade vai recorrer à Justiça para barrar a proposta. "A Constituição diz que a saúde é direito do cidadão e dever do estado. Quando o estado coloca uma empresa privada para gerir uma emergência, ele está fugindo de suas responsabilidades. Um médico concursado tem o atestado do estado de que foi aprovado num concurso e, caso ocorram erros, o cidadão poderá ser ressarcido. No modelo proposto, nada disso acontecerá". Já Luis Fernando Moraes, presidente do Conselho Regional de Medicina, argumenta que "é preciso analisar para saber como esse modelo poderá contribuir para a permanência dos médicos. É essa permanência que ajuda a formar novos profissionais".

ENTRADA DE SOROPOSITIVOS NOS EUA

Os Estados Unidos suspenderam (4/1) a medida que, há 22 anos, impedia entrada de estrangeiros com

o vírus da aids no país. De acordo com regulamento de novembro de 2009, os infectados pelo HIV não terão que dizer que têm o vírus ao solicitar visto para entrar nos EUA, nem fazer exames médicos para viajar para aquele destino. Antes do fim do veto, anunciado em outubro pelo presidente Barack Obama, os soropositivos precisavam de autorização especial do Departamento de Saúde para entrar em território americano (*Uol Notícias*, 4/1).

EDUCAÇÃO INFANTIL ANTES DA ESCOLA



Em visita ao Brasil para participar do seminário Educação na Primeira Infância, na Fundação Getúlio Vargas (RJ), em dezembro, o prêmio Nobel de Economia em 2000, James Heckman, chamou atenção para a necessidade de se investir em educação já na primeira infância (de zero a 3 anos de idade), "zelando pela saúde das crianças e educando os pais a serem pais de verdade" (*O Globo*, 18/12). Segundo pesquisas realizadas por ele desde os anos 60, é possível ver diferenças entre as crianças estimuladas pelos pais com leituras, jogos educativos e conversas e as que não são. "Um programa de primeira infância de qualidade para a população carente é uma condição necessária para avançarmos em direção a uma sociedade mais educada, igualitária e, sobretudo, menos violenta", afirmou Heckman, professor da Universidade de Chicago. Para ele, não é preciso gastar mais dinheiro, mas gastar com mais eficiência.

O especialista, que estuda os efeitos da educação na vida econômica dos países, comentou que o Brasil "tem feito um enorme progresso nos últimos 20 anos, promovendo educação e reduzindo a desigualdade", mas

lembrou o alto índice de pobreza no país. “A política do Brasil, e de outros países, focaliza demais nos adultos e em colocar crianças na escola, e não reconhece a importante base que começa antes da escola”, afirmou ele, criticando também a valorização do QI pelas escolas: “Quando se pensa em ensino, pensa-se basicamente sobre QI, e não em se criar caráter, em promover motivação, cidadania, em propiciar que as pessoas se socializem com outras, e se engajem. Isso é negligenciado aqui no Brasil e em toda parte. O que falta são políticas que criem motivação”.

MEDICAMENTOS COM PLANTAS BRASILEIRAS

Dois pesquisas vêm sendo realizadas no Brasil para o desenvolvimento de fitomedicamentos – ambas com plantas da flora brasileira. A primeira delas tem como base o pau-brasil (*Casalpinia echinata*), planta que sofreu quatro séculos de superexploração e hoje está ameaçada de extinção. Pesquisadores concluíram que, em suas sementes, há proteínas com propriedades anti-inflamatórias e anticoagulantes. Em breve, poderão ser usadas no tratamento de doenças como a psoríase (inflamação da pele) e o mal de Alzheimer, informou *O Globo* (7/1). “Uma dessas proteínas, chamada de CeKi, já provou ser capaz de inibir a produção de enzimas, como as calicreínas, envolvidas com o mal de Alzheimer”, contou ao jornal a pesquisadora Marina da Silva Araújo, do Departamento de Bioquímica da Universidade Federal de São Paulo. A proteína também demonstrou conter a dor e a inflamação causadas pelo veneno do peixe niquim, comum no Nordeste. Recentemente, mais uma proteína extraída das sementes do pau-brasil, a CeEI, “mostrou-se eficiente na diminuição de edemas em pulmões de cobaias”.

A outra pesquisa, conduzida no Laboratório de Farmacologia Aplicada do Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos/Fiocruz), em parceria

com o Departamento de Farmácia da USP, revelou que o óleo extraído da copaíba (*Copaifera* sp), da Amazônia, pode ser base de medicamento para tratar a tuberculose. Reconhecida como planta medicinal, a copaíba começou a ser pesquisada por sua ação anti-inflamatória. “Isolamos um dos princípios presentes e vimos que ele tinha atividade contra a tuberculose”, contou a pesquisadora Maria das Graças Henriques à Agência Estado (6/1). Em seguida, o grupo concluiu que a substância é capaz de matar a bactéria causadora da enfermidade. Até o fim de 2010, a equipe pretende finalizar o dossiê pré-clínico para pedir autorização para testes em humanos.

O grupo tem estudado também a planta chalmugra (*Carpotroche brasiliensis*), da Mata Atlântica, para o combate da mesma doença. “Começamos a trabalhar com a chalmugra em um resgate histórico e confirmamos sua ação antibacteriana”, disse a bióloga Fátima Vergara, integrante da equipe responsável pelos estudos. De acordo com a agência, apesar de a tuberculose matar quase 2 milhões de pessoas por ano, e 1/3 a população mundial estar infectada pelo bacilo de Koch, são poucos os investimentos em medicamentos para sua cura.

FITOTERAPIA NO SUS

O SUS oferecerá, ainda em 2010, seis novos medicamentos fitoterápicos em hospitais e postos de saúde, além dos dois já disponíveis atualmente, informou a Agência Estado (6/1). Aprovados pela Anvisa, tratam de prisão de ventre, artrite, problemas hormonais, artrose, dores lombares e fígado. “Até hoje, apenas medicamentos à base de espinheira santa, para gastrites e úlceras, e guaco, para tosse, eram distribuídos. A nova lista inclui cáscara sagrada, alcachofra, aroeira, garra do diabo, isoflavona de soja e unha de gato”. A distribuição continuará sendo feita com prescrição médica, como os demais medicamentos.

Com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, adotada em 2006 pelo Minis-

tério da Saúde, “o acesso gratuito a práticas de saúde como Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa (MTC/acupuntura) e Termalismo (uso de águas para tratamento de saúde)” cresceu no SUS (Portal da Saúde, 4/1). Segundo o ministério, procedimentos de acupuntura aumentaram 122%, de 2007 para 2008.

FÁBRICA DE MEDICAMENTO CONTRA AIDS NA ÁFRICA

Brasil e Moçambique firmaram parceria na luta contra a aids: lei publicada (15/12) no Diário Oficial da União prevê doação de R\$ 13,6 milhões do Ministério da Saúde brasileiro para a primeira etapa da instalação de uma fábrica de medicamentos contra a doença na capital moçambicana, Maputo. “A Fiocruz aplicará diretamente os recursos no desenvolvimento do projeto da unidade, na compra de todos os equipamentos e na capacitação de profissionais no país”, informou o *Jornal de Itupeva* (15/12). Inicialmente, a fábrica empacotará antirretrovirais produzidos no Brasil, mas a previsão é que a produção local inicie ainda em 2010, supervisionada por técnicos brasileiros. De acordo com pesquisa da Fiocruz, diariamente, 500 pessoas são infectadas pelo HIV em Moçambique, onde, atualmente, há 1,6 milhão de pessoas com a doença.

COMPRA DE VACINA E CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA O H1N1

O Brasil comprou (5/1) 83 milhões de doses da vacina contra o vírus H1N1, que serão usadas em campanha de vacinação agendada para março e abril deste ano. A aquisição, ao custo de R\$ 1 bilhão, é resultado de contratos fechados com três diferentes fornecedores: o Fundo Rotatório de Vacinas da Organização Pan Americana de Saúde e os laboratórios GlaxoSmithKline (britânico) e Sanofi Pasteur (francês), informou a Agência Estado (5/1). Com a chegada das doses, o Instituto Butantan começou a testar a eficiência de uma substância para dobrar o poder da vacina. “Desenvolvida e patenteada pelo instituto, a substância adjuvante já foi testada em outras vacinas e mostrou eficiência” (Agência Brasil, 6/1). Ela permite que a vacina contra a gripe A possa ser replicada a partir de doses produzidas em outros países, uma vez que o instituto ainda não tem capacidade de produzi-la totalmente a partir da cepa do vírus.

RADIS ADVERTE

O Homem faz parte da natureza, não é senhor dela. Em vez de “o Homem e os animais”, devemos dizer “o Homem e os outros animais”.



toques
da
redação



FOTO: PASTORAL DA CRIANÇA

PERDA PARA A SAÚDE PÚBLICA — A morte da sanitarista Zilda Arns Neumann, vítima do terremoto que atingiu o Haiti terça-feira, 12/1, representa enorme perda para a saúde pública, a que dedicou sua vida. Médica pediatra, indicada três vezes ao prêmio Nobel da Paz, Zilda Arns fundou em 1983 a Pastoral da Criança, da qual era coordenadora internacional, e em 2004 a Pastoral da Pessoa Idosa, da qual era coordenadora nacional, ambas ligadas à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. A Pastoral da Criança orienta famílias de comunidades pobres sobre saúde, nutrição, educação e cidadania. Nos seus 26 anos de existência, a organização ajudou o país a diminuir a des-

nutrição — de 50% em 1982 para 3,1% em 2009 — e a mortalidade infantil — de 82,8 mortes para 23,2 por mil nascidos vivos, no mesmo período. A pastoral atua em outros 19 países, entre eles, o Haiti. Zilda Arns também integrava a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), e a Comissão Nacional de Monitoramento e Implementação do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Pouco antes de sua morte, declarou que considerava o SUS “o melhor sistema de saúde do mundo”. Assista a essa entrevista em <http://videolog.uol.com.br/video.php?id=412220>

FREIO NOS DIREITOS HUMANOS — A assinatura pelo presidente Lula da terceira edição do Plano Nacional de Direitos Humanos, no fim de 2009, desencadeou reações que merecem atenção. Em vez de comemorados, avanços na garantia dos direitos humanos foram criticados por setores conservadores da sociedade. Militares se opuseram à investigação de violações ocorridas na ditadura, fazendeiros questionaram novas regras para reintegração de propriedades ocupadas, empresas de comunicação rejeitaram mudanças na concessão e outorga de rádios e televisões, a Igreja Católica se colocou contra a descriminalização do aborto e a união civil de homossexuais. Diante dessas reações, o presidente Lula decidiu rever pontos do documento, abrاندando determinações — e desfigurando seu formato inicial. Assim, medidas reivindicadas há anos por movimentos sociais devem ser freadas.

CASAMENTO GAY: QUESTÃO RELIGIOSA? — O papa Bento XVI expôs (*Reuters*, 11/1) a oposição da Igreja ao casamento gay, criticando “leis ou propostas que, em nome da luta contra a discriminação, atingem a base biológica da diferença entre os sexos”. Ele considerou que, “para o homem, o caminho a ser tomado não pode ser determinado pelo capricho ou pela teimosia, mas precisa corresponder à estrutura desejada pelo Criador”. Em artigo no jornal *O Globo* (15/1), o jornalista Gilberto Scofield Jr. classificou o raciocínio do papa como “absurdamente primário”, alegando que a questão não é religiosa. Segue trecho do artigo:

“Gays e lésbicas não querem entrar de terno, véu e grinalda na igreja e receber de padres católicos ou protestantes suas bênçãos diante de Deus. O assunto nunca foi e nunca será da esfera dos conceitos religiosos. Trata-se da discussão de um tema da ordem do direito civil (...) que já há muito deveria constar dos nossos códigos civis e cujo lapso transforma gays e lésbicas (...) em cidadãos de segunda categoria. O que se prega (...), é o direito à união civil, um direito que dará aos parceiros de casais estáveis do mesmo sexo benefícios civis dos quais gozam casais heterossexuais (...). Céu? Inferno? Purgatório? Não, não. O que preocupa gays e lésbicas do mundo inteiro não é o julgamento de Deus, mas a opressão dos homens, e está no terreno dos vivos, e não dos mortos”.

Na Europa, a França, depois de ter comprado mais doses — 94 milhões de vacinas adquiridas a 869 milhões de euros — do que o necessário, decidiu vender o que sobraria. O Ministério da Saúde francês informou (3/1) que já havia vendido 300 mil doses para o Qatar e negociava 2 milhões com o Egito, informou o portal *G1* (www.g1.com.br).

NOVA CONFERÊNCIA AMBIENTAL NO BRASIL

Em 2012, 20 anos após a realização da Eco-92, no Rio de Janeiro, o Brasil sediará outra conferência ambiental — a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável. Aprovada em dezembro de 2009 pela Assembléia Geral das Nações Unidas, a conferência, batizada de

Rio+20, terá como objetivo “avaliar e renovar os compromissos com o desenvolvimento sustentável assumido pelos líderes mundiais na Eco-92”, informou a Agência Envolverde (4/1). Também será discutida a estrutura de governança internacional na área do desenvolvimento sustentável, que só permite decisões com aprovação de todos os países — modelo que já fora contestado na 15ª Conferência da ONU sobre Mudanças Climáticas, em Copenhague, em dezembro.

RECURSOS PARA CONSTRUÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O Ministério da Saúde liberou R\$ 225,4 milhões para construção de 880 Unidades Básicas de Saúde (UBS), principais locais de atuação

das equipes do programa Saúde da Família, em 779 municípios. O custo das unidades varia de R\$ 200 mil (locais onde há uma equipe do programa) a R\$ 400 mil (quando há três equipes). Os recursos dos postos são de responsabilidade dos municípios. “Vamos aumentar a qualidade dos centros de saúde e ampliar o alcance do programa”, afirmou Alberto Beltrame, secretário de Atenção à Saúde do ministério. O investimento é orientado pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde, que prevê ainda R\$ 330 milhões para construção de unidades básicas, em 2009 e 2010. 

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

3º CONGRESSO NACIONAL E 1º ENCONTRO INTERNACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA VETERINÁRIA

Marcos Franco, Celso dos Anjos, Nélio Moraes e Ângela Pistelli: inclusão do veterinário no Saúde da Família



FOTO: ADRIANO DE LAVOR

Integração em prol da saúde coletiva

Adriano De Lavor

De que maneira a medicina veterinária pode contribuir para a saúde humana? A pergunta, disparadora dos debates do 3º Congresso Nacional e 1º Encontro Internacional de Saúde Pública Veterinária, realizados em Bonito (MS), em outubro de 2009, não é nova. O tema já havia mobilizado profissionais na década de 1940 — quando a Organização Panamericana de Saúde criou um setor específico para tratar dele —, mas só recentemente veio ganhando o merecido espaço. Em 2005 e 2007, dois outros congressos

nacionais já se realizaram, respectivamente, em Guarapari (ES) e Fortaleza. Neste terceiro, a tônica foi a importância da inserção do veterinário nas ações públicas de saúde.

“Não podemos conceber municípios brasileiros sem a presença de um profissional”, observou Nélio Batista de Moraes (ver entrevista na pág. 21), presidente da Associação Brasileira de Saúde Pública Veterinária (ABSPV), organizadora dos dois eventos. Ele citou cidades onde matadouros não seguem padrões de higiene, e doenças, como leishmaniose visceral e dengue, cujo enfrentamento requer conhecimento técnico dos gestores.

Benedito Fortes de Arruda, presidente do Conselho Federal de Medicina Veterinária, alertou que as transformações do mundo exigem adaptação dos profissionais para futuros desafios, como doenças que podem ser transmitidas em 24 horas para todo o mundo, graças à eficácia dos meios de transporte, ao incremento no comércio internacional e à presença do terrorismo.

A grande preocupação, disse ele, projeta-se para 2020, quando 1 bilhão de pessoas sairão da pobreza e ingressarão na classe média, o que aumentará em 50% o consumo de leite, carne e ovos. É a segurança alimentar, também responsabilidade do médico veterinário, que irá garantir a qualidade desses gêneros.

DEFESA DO SUS

O sanitarista Marcos da Silveira Franco, do núcleo de Promoção e Vigilâncias do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), criticou o mercado, “que relega para segundo e terceiro plano as instituições de saúde” e defendeu a manutenção da universalidade do sistema, com integralidade como princípio e integração entre instituições.

Ele alertou para uma realidade de subfinanciamento nos municípios e cobrou uma revisão na gestão dos recursos destinados à saúde: 55% são privados; 18 dos 27 estados brasileiros não cumprem

a Emenda Constitucional 29 — que define parâmetros sobre gastos em saúde. Marcos reconheceu os entraves trazidos pela Lei 8666, que rege as licitações. “O que pode fazer o gestor?”, indagou. “Saúde não é bem de consumo. É direito de cidadania”.

O sanitarista defendeu integralidade das ações, com a incorporação do controle de zoonoses, da dengue e da raiva às ações de atenção básica, socializando o saber técnico de cada área. O ideal seria integrar os serviços, como acontece em outros países. Ele criticou os casos de dupla gestão — “A única integração entre Secretaria de Vigilância em Saúde e Anvisa é no transporte” — associando esta realidade ao “medo” que as corporações profissionais têm de perder o poder técnico e o espaço de atuação.

Marcos também cobrou maior regionalização da saúde, “um processo de parceria e solidariedade”, com linhas de cuidado estruturadas a partir da atenção primária: “Não é o Emílio Ribas que vai determinar o número de unidades básicas de saúde. As unidades é que definirão qual é o papel do hospital”, observou ele, a favor de um SUS democratizado, com gestão participativa e apropriação dos instrumentos de gestão.

George Santiago Dimech, gerente técnico do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Rede Cievs), chamou atenção para a



incapacidade dos países de responderem sozinhos aos novos desafios de saúde. Os instrumentos atualmente empregados para prevenir e controlar a disseminação de doenças são insuficientes; nenhum país é capaz de enfrentá-los sem a cooperação internacional.

George sugeriu o desenvolvimento de capacidades para detecção, avaliação, monitoramento e resposta às emergências nos serviços de vigilância em saúde. A resposta deve ser coordenada, em especial, quando se trata de doenças transmissíveis, de natureza química ou radionuclear, além de desastres ambientais. De acordo com o Regulamento Sanitário Internacional, há os eventos de notificação obrigatória (varíola, poliomielite por poliovírus selvagem, novo tipo de influenza humana e SARS) e aqueles de potencial impacto na saúde pública, inusitados e/ou inesperados, capazes de propagação internacional e responsáveis por restringir comércio ou viagens, como a cólera e a febre amarela.

Estratégia recente, ainda em fase de implementação no país, a Rede Cievs integra a Rede Global de Emergências da OMS. Em Brasília, no centro de comando de operações de crise, há uma equipe especializada que faz plantão, 24 horas por dia, todos os dias da semana, para receber notificações e entrar em contato com as autoridades em caso de emergência. O objetivo é fortalecer a articulação entre as três esferas de gestão, de maneira a fornecer uma resposta coordenada, prestar apoio técnico local ou remoto às vítimas, além de coletar, consolidar, monitorar e disseminar as informações desses eventos entre os gestores e a própria Rede Cievs.

Cláudio Henrique Couto do Carmo, professor de semiologia veterinária, e de folclore e cultura popular na Universidade Estadual do Ceará (Uece), defendeu a "comunicação com o povão" como alternativa para a distância entre o Brasil contemporâneo, metropolitano e próximo do primeiro mundo, e um outro país, arcaico, interiorano e periférico, "visto quase como um câncer extirpado".

As diferenças aparecem nas condições higiênico-sanitárias: de um lado, áreas de lazer e banheiros; de outro, realidades que lembram o século 18, com água contaminada e falta de saneamento. Cláudio indicou que, embora a comunicação seja uma das competências exigidas pelo MEC para os veterinários, as escolas não os preparam. E isso faz falta: "Pode ser *PHDeus*, mas esquece do elemento humano".

O professor observou que a má comunicação, além de gerar má interpretação, também colabora para que o

conhecimento tradicional popular e a cultura acadêmica não interajam. "Riqueza e diversidade cultural não se relacionam com pobreza sócio-econômica", alertou. Ele lembrou que os indivíduos tendem a valorizar informações que ratifiquem seus conhecimentos, o que faz com que os profissionais não levem em consideração as peculiaridades regionais.

POLÍTICAS INTEGRATIVAS

O Brasil atravessa uma fase de transição epidemiológica, com envelhecimento da população, e de transição demográfica populacional, com aumento da densidade populacional em áreas urbanas e acentuada desigualdade social, como analisou Ângela Pistelli, da Secretaria de Vigilância em Saúde. Nesse contexto, o setor saúde não é capaz de resolver sozinho as situações adversas, afirmou. Ela sugeriu um modelo baseado na atenção primária como ordenadora de redes, que envolva vigilância e promoção à saúde.

A proposta de Ângela também inclui intersetorialidade nas políticas e nas intervenções, bem como linhas de cuidado e gestão do risco individual e coletivo. Ela defendeu a mudança na nomenclatura de "atenção básica" para "atenção primária", já que o primeiro nível do sistema "é de baixa densidade tecnológica, mas de altíssima complexidade de conhecimento". É nessa área em que se resolvem 80% dos problemas da população.

A técnica da SVS definiu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como a principal responsável pela atenção

Um modelo de atenção para cada doença fragiliza o sistema

MARCOS FRANCO

primária no país: "Uma expansão de 10% na cobertura da ESF corresponde a uma diminuição de 4,5% da mortalidade infantil", justificou, lembrando que o principal desafio é incluir ações de vigilância em saúde nas práticas cotidianas do sistema: "Vigilância é responsabilidade dos profissionais de todos os níveis de complexidade". Como pressupostos de uma boa integração, ela destacou o foco no território, planejamento, análise de risco, promoção da saúde como ação transversal, envolvimento da população e inclusão de um agente de vigilância nas equipes da ESF.

A integração também foi abordada por Nélio Batista de Moraes, que sugeriu que a intersetorialidade deve levar em consideração educação, participação popular, saneamento, assistência social e decisão política. Ele questionou: "Por que não otimizar a saúde dentro do Bolsa Família? Como preparamos os integrantes dos conselhos de saúde?" Para ele, é preciso que a integração tenha início na formação dos profissionais e tenha como aliada a imprensa.

Nélio sugeriu a integração dos agentes de controle de endemias com as equipes da ESF, de modo que as áreas trabalhadas sejam inseridas na sua mesma área territorial. Ele propôs, ainda, que os agentes sejam capacitados para identificar fatores de risco ambientais – principalmente agravos e zoonoses incidentes e prevalentes no território – e defendeu a participação dos Agentes Comunitários de Saúde no controle de endemias, inserindo nas visitas domiciliares, identificação e resolução de possíveis fatores de risco e adoção de atividades educativas.

Marcos da Silveira Franco disse que "integralidade e integração como modelo de atenção básica são o sonho de consumo brasileiro", mas que, para isso, é preciso que se pense em um novo conceito de território, organizado e pensado na lógica das relações humanas e sociais, como previa o geógrafo Milton Santos (1926-2001). "O fluxo de pessoas determina os processos de construção do território", assinalou.

Ele defendeu que a territorialização se dê a partir da atenção primária, e não pelos territórios político-administrativos, e criticou a existência de diferentes gerentes para o mesmo território: "um modelo de atenção para cada doença fragiliza o sistema e não traz resultados", afirmou.

Para Celso Bittencourt dos Anjos, da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, a vigilância aproximada das pessoas é aquela qualificada pela noção de território, com a aproximação entre serviços e domicílios. Além disso, considerou importante a inserção do médico veterinário no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): "Quem vai interferir no avanço das doenças como dengue, febre amarela, se não o profissional que trabalha com o ambiente?" questionou.

Celso considerou que o SUS abre cada vez mais espaço para a categoria, sugerindo que o veterinário possa dar apoio às necessidades das equipes da Estratégia Saúde da Família: "Saúde não é sinônimo de medicina. A história da saúde pública com a veterinária é antiga, da época do pós-guerra", salientou.





Monitorar para prevenir

Vivemos uma “conjuntura epidêmica”, apesar do desenvolvimento tecnológico e do processo de urbanização nas Américas, alertou o sanitarista Paulo Chagasteles Sabroza (Ensp/Fiocruz), durante o 3º Congresso Nacional de Saúde Pública Veterinária. “Falta um procedimento de controle”, assinalou. Sabroza citou como exemplo de sua reflexão as doenças emergentes, “que romperam com a ideia de que as doenças transmissíveis eram coisa do passado”. Elas são caracterizadas, entre outros aspectos, por apresentarem novos sintomas ou demorarem longo tempo para se manifestar; por serem causadas por novos patógenos ou por se tornarem comuns (quando eram raras).

O sanitarista explicou que doença emergente não é uma categoria clínica, mas uma “ideologia científica”, que anuncia novo campo de pesquisa, com financiamento, escolas e currículos. Ele lembrou que é importante haver um acompanhamento das mudanças em tempo real, já que “o emergente não é apenas novo, mas surgiu em função da complexidade de um sistema” e citou o exemplo das doenças cuja causa, “não linear”, são as tensões advindas dos novos processos produtivos e que exigem uma análise transdisciplinar.

Sabroza recomendou um sistema de vigilância global, com monitoramento em tempo real, que dê conta da ideia de emergência, e lembrou que o padrão de morbi-mortalidade no Brasil é diferente daquele dos países desenvolvidos, “não pela falta de desenvolvimento, mas pelo modelo adotado, que aumenta a vulnerabilidade”. O sanitarista definiu vulnerabilidade como “a expressão simultânea da liberdade humana e de seu abuso”, que deriva das opções de desenvolvimento econômico e tecnológico, do poder exercido pelos

seres humanos sobre outros ou sobre o funcionamento da natureza e que reage e intervém nos ciclos da vida humana e não humana.

Entre as causas da vulnerabilidade, ele lista o envelhecimento da população; a urbanização e aumento da densidade populacional em pólos urbanos; a redução da resistência por exposição a produtos tóxicos; o desgaste por obesidade e outros problemas do consumo; a degradação ambiental e a perda da biodiversidade; o comércio e consumo de animais selvagens; o aumento da mobilidade por instabilidade

Há uma tendência de a dengue se tornar uma doença pediátrica

GIOVANNINI COELHO

no trabalho; a persistência de bolsões de miséria e de desigualdade social.

Em relação às zoonoses, Sabroza explicou que o Brasil apresenta uma diversidade de patógenos em todos os biomas; alguns causam maiores problemas, como a leishmaniose tegumentar, “um dos problemas decorrentes da persistência das desigualdades”, já que até 1980, a doença era problema de populações isoladas.

Hoje, detecta-se um aumento na densidade dos casos, em parte, decorrente das atividades produtivas. A construção das usinas de Tucuruí e Carajás e a expansão da fronteira agrícola são exemplos dessa realidade. O mesmo aconteceu com um novo ciclo de febre amarela, em 2000, em locais com padrão mais urbano. Antes, os focos eram territórios agrários. Variações climáticas, processos de trabalho e novas relações com o hospedeiro podem ter ocasionado a mudança.

Coordenador do Programa Nacional de Controle da Dengue, Giovaninni Evelin Coelho evidenciou os aspectos epidemiológicos que nortearam a resposta brasileira à doença, em 22 anos de histórico no país. No último período de surto, houve a introdução do sorotipo 3 no Rio de Janeiro e a reinserção do sorotipo 2 em crianças e adolescentes, o que causou um aumento no número de hospitalizações e a ocorrência de casos graves, com febre, hemorragia e mortes.

Segundo ele, há um padrão de mudanças significativo, com gravidade cada vez mais acentuada na população concentrada em pessoas com menos de 15 anos. “Há uma tendência de a dengue se tornar uma doença pediátrica”, assinalou o pesquisador, informando que o Ministério da Saúde tem organizado parcerias para proporcionar uma resposta mais organizada e articulada.

Giovaninni lembrou que muitos determinantes incidem sobre a assistência, “único elo de resposta absoluta do SUS”, que é capaz de impactar a taxa de letalidade; por outro lado, há de se ter atenção com a triagem, para que o sistema se organize e evite estrangulamentos: “Paciente com dengue em serviço desorganizado vai competir com outros agravos”, exemplificou. Para ele, é necessária a definição de atribuições para que se possa classificar o risco e a gravidade. “A maioria dos casos é facilmente tratável pela assistência primária, mas todos os níveis devem estar preparados”.

Ele salientou que não há indicadores e preditores de epidemia de dengue, embora a sazonalidade da doença (janeiro a maio) possa ser usada em seu combate. A colaboração da Vigilância Epidemiológica e da Rede Cievs foi ressaltada por Giovaninni, que assinalou também a importância do controle de vetores e da articulação entre assistência, vigilância em saúde e comunicação (A.D.L.).



Entrevista: **Nélio Batista de Moraes**

“O SUS deve ser trabalhado a partir das universidades”

Nélio Batista de Moraes, presidente da Associação Brasileira de Saúde Pública Veterinária (ABSPV), defende a inclusão do médico veterinário nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Para ele, esse profissional tem papel relevante, já que atua na interação entre vigilância e atenção básica, com competência para inspecionar, identificar e diagnosticar alimentos, bem como monitorar zoonoses e ameaças ao meio ambiente. Em entrevista à *Radis*, Nélio falou sobre a atuação do veterinário e sobre educação permanente, anunciando para 2010 a criação da primeira pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública Veterinária.

Qual a importância do veterinário nas discussões de saúde pública?

As ações de promoção e prevenção propostas pelo SUS também envolvem o médico veterinário. Já na década de 40, a OPAS implantou um setor de saúde pública veterinária. A área é relevante, já que tem papel estratégico na inspeção e na fiscalização dos alimentos, através da vigilância sanitária. Grande parte dos patógenos que causam processos infecciosos na população chega através da ingestão de leite, carnes, ovos, mel, pescados e seus derivados. O veterinário tem competência para inspecionar, identificar e diagnosticar produtos que não têm condição de ser comercializados, de ir à mesa do cidadão.

E em relação às zoonoses?

OPAS e OMS apontam que dois terços das doenças emergentes no planeta são zoonoses, enfermidades que apresentam animais em seus ciclos de transmissão, como hospedeiro, como reservatório ou como vetor. Temos que ter um sistema de vigilância para seu monitoramento. É aí que entra o médico veterinário, na identificação de problemas relacionados ao meio ambiente e que possam gerar danos à população animal. O desequilíbrio ambiental é um dos fatores que hoje contribuem de forma significativa para o surgimento de patógenos desconhecidos e de enfermidades em áreas que anteriormente não eram identificadas. Há também as doenças reemergentes,

que causaram danos à população há muitos anos e que hoje retornam.

Quais seriam elas?

Temos a leishmaniose tegumentar e a leishmaniose visceral, em grande processo de expansão em áreas territoriais e que levam à morte 5% das pessoas acometidas, sobretudo as crianças. A dengue também tem um quadro gravíssimo, pelo número de casos, pelo avanço das formas graves e aumento de ocorrências entre crianças. O combate ao vetor e o controle ambiental poderão ser decisivos, se unirem a atuação do veterinário e a participação popular.

Há uma invisibilidade do médico veterinário nas políticas de saúde pública?

Eu não diria invisibilidade. Há participação efetiva do veterinário dentro do próprio Ministério da Saúde. O coordenador nacional do programa da dengue é o médico veterinário; o coordenador nacional do programa de raiva também. A saúde no Brasil, antes do SUS, se baseava na medicina curativa, hospitalocêntrica e sem resolutividade, que somente via o paciente individual e seu tratamento no hospital. Os problemas que ocasionavam a morte não eram trabalhados; com o SUS, isso mudou. Grande parte dos municípios brasileiros tem médicos veterinários em seus quadros. Apesar disso, ainda não há grande visibilidade.

Como o senhor avalia a inserção do médico veterinário nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família?

Não é possível constituir uma equipe mínima de saúde hoje sem a presença de um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um farmacêutico-bioquímico, um nutricionista, um psicólogo e um médico veterinário, além de outros profissionais, como o assistente social e o biólogo. O NASF contribui com o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), cujos resultados já são visíveis para toda a população. Recentemente, incluíram-se na Estratégia de Saúde da Família diversos profissionais de apoio, mas o médico veterinário não participa dessa equipe. Já que buscamos uma política de integração da vigilância com a atenção básica, precisamos sensibilizar a Secretaria de



FOTO: ADRIANO DE LAVOR

Atenção à Saúde para que ela inclua este profissional fundamental.

Como a categoria tem atuado nessa sensibilização?

A Associação Brasileira de Saúde Pública Veterinária, criada em 2005, tem promovido o médico veterinário e apoiado suas ações. Em 2010, teremos cursos a distância, em parceria com a UniCEUB, em Brasília, e a primeira pós-graduação *lato sensu* em saúde pública veterinária, parceria com o Conselho Regional de Medicina Veterinária de São Paulo. O curso terá duração de 450 horas e abrangerá temas das áreas técnica, científica e de gestão, para que o profissional também esteja qualificado para assumir postos estratégicos na área de saúde. Além disso, poderemos requerer, junto ao Conselho Federal de Veterinária, o título de especialista para profissionais que atuam na área.



Um estímulo para integração da saúde veterinária com a saúde pública...

Com toda certeza. O SUS deve ser trabalhado a partir das universidades, para que o sistema de saúde já receba profissionais com a qualificação mínima para o mercado de trabalho. O ideal é continuar a qualificação, com educação permanente. Isso traria benefícios para a população: na qualidade de diagnósticos, de atendimento e de tratamento público de alta qualidade. É isso que esperamos das universidades: um relacionamento cada vez mais estreito com os serviços. (A.D.L.)

um paradoxo ético: “Se o SUS é universal, não importa a renda do indivíduo”. O que importa saber, frisou, é se o bem judicializado se caracteriza como necessidade de saúde não satisfeita. “Deve ser indiferente a classe social do indivíduo que judicializa: é preciso priorizar as necessidades de saúde para a definição das políticas”, disse.

A hipótese de que a judicialização deveria ser feita por ações coletivas, e não por demandas individuais, apresenta paradoxos. O principal, salientou, é que há dimensões sociais e individuais para a garantia do direito à saúde. “Se, por um lado, a ênfase no caráter social do direito à saúde tornaria injusta algumas ações individuais, há, por outro, expressões de necessidades em saúde não compartilhadas com outros indivíduos”, disse. O mais intrigante nesse debate é a cilada que as ações coletivas podem trazer. “Ações coletivas podem facilitar interesses das indústrias farmacêuticas que apoiariam entidades, que se organizariam em coletivos de pacientes, com advogados pagos pelos laboratórios para propor ações coletivas”, exemplificou.

A transparência “é um caminho de diálogo promissor para o fenômeno da judicialização e estabilização jurídica do direito à saúde”. Para Deborah, isso não impede que as diretrizes da política sejam contestadas na justiça por indivíduos, grupos de interesse ou indústrias farmacêuticas. A não inclusão de um novo medicamento não significa recusa de tratamento, afirma o ministério, “mas ausência de evidências seguras que o justifiquem como instrumento de promoção da saúde”.

Como então definir o justo num universo orçamentário não passível de contestação pela judicialização? Uma resposta normativa seria o próprio Artigo 196 da Constituição, que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado. Outra, “é que o objeto de proteção — a saúde — pode ser definido de diferentes maneiras”. A maioria dos países com sistema universal de saúde, lembrou, não garante o direito à saúde, “mas o direito aos serviços de saúde”. É o caso de Canadá, Noruega, Reino Unido, Nova Zelândia. No Brasil, “o bem protegido é o direito à saúde”.

Sobre *Reflexos das sentenças judiciais no exercício da gestão do SUS* falou a advogada Lenir Santos, especialista em direito sanitário. A judicialização, analisou, é fruto do conhecimento do cidadão sobre seus direitos frente à inadequação do Estado no atendimento das expectativas da sociedade e do indivíduo, da imprecisão na compreensão do papel do SUS, da concepção do direito à saúde, das responsabilidades

dos entes federativos e da abrangência da integralidade da atenção à saúde. “Qual o rol de serviços ofertados ao cidadão?”, perguntou. Não está bem definido. Além disso, o financiamento escasso em relação às demandas e o desenvolvimento tecnológico contribuem para esse fenômeno.

“Como fazer as escolhas?”. Para Lenir, o direito à saúde é um pacto social que deve estar sob o comando do Poder Executivo. Para tanto, é necessário definir um padrão de integralidade “razoável” à disposição do SUS para atender a todos com igualdade e humanismo, ou seja, “para todos o mesmo direito”, com equidade, eficiência e qualidade. Manter atualizado esse padrão e definir o desenvolvimento tecnológico e científico na saúde significa articulação sistêmica entre entes federativos, mercado, sistema nacional de ciência e tecnologia, universidades e serviços de saúde, “visando a transformação dos espaços da saúde cotidianos em espaços de ensino, pesquisa e assistência



FOTOS: ARISTIDES DUTRA

É preciso transformar espaços da saúde em espaços de ensino, pesquisa e assistência

LENIR SANTOS

e produzindo conhecimento de forma horizontal e vertical, de acordo com as necessidades reais da saúde”.

A judicialização é reflexo da desorganização do sistema de saúde, representa muita vezes a violação do princípio da igualdade, atende a interesses corporativos (“indústrias farmacêuticas, lobistas e advogados”) e contribui para a segmentação do setor, “que deve ter visão integral e não fracionada da saúde”, além de

promover desarmonia entre os poderes. “Mas o Executivo tem parcela de culpa por não ter regulamentado temas essenciais à organização do sistema, como o padrão de integralidade e a definição instrumental das responsabilidades”.

SEGUNDA ONDA

A segunda onda da pandemia de influenza foi tratada no painel *Antigos dilemas, oportunidades contemporâneas*, todo da Opas/OMS. Coordenada por Enrique Bellorin, da representação no Brasil, à mesa estavam os sanitaristas Jarbas Barbosa, desde 2007 gerente de Vigilância em Saúde e Controle de Doenças, e Pilar Ramon-Pardo, assessora em resistência antimicrobiana, além da jornalista Bryna Brennan, assessora de comunicação, os três sediados no Opas de Washington.

No amplo Auditório Tabocas quase vazio, Jarbas falou sobre os aspectos epidemiológicos da pandemia de influenza. Na cronologia dos eventos, começou pela detecção quase que casual do primeiro caso mexicano — “por busca aleatória na internet”, revelou — na província de Vera Cruz. Logo seria um surto, que viraria epidemia para, em 11 de junho, ser declarada pandemia pela OMS. “A palavra não contém juízo de valor”, lembrou, “refere-se apenas à extensão da doença, e não a sua gravidade”.

Era a virada primavera/verão no Hemisfério Norte, mas a transmissão continuou. “Fala-se muito do General Inverno que derrotou Napoleão”, disse Jarbas. Na saúde pública, “para derrotar a dengue o Doutor Inverno é uma beleza”, mas na influenza faz diferença tremenda: provocou explosão de casos no Hemisfério Sul, com dois picos na Argentina e no Chile, logo chegando ao Brasil, com picos na Região Sul.

Com o inverno de volta ao Norte, a segunda onda, praticamente ignorada pela mídia: em setembro de 2009, ainda outono, o número de casos nos EUA já subia “como foguete”, a mesma coisa no México, no Canadá, na Europa, na Ásia. “O que sabemos até agora?”, perguntou Jarbas. É pouco provável que esta pandemia de Influenza H1N1 venha a ser como a de 1918, a da gripe espanhola, “um fenômeno único” até hoje não muito bem explicado, mas não se justifica qualquer negligência. “Essa pandemia pode não ser um leão, mas também não é um gatinho”.

O H1N1 viaja rápido, disse Jarbas. “No início de 2009, percorreu em seis semanas o trajeto que a gripe sazonal

leva seis meses para completar: em 25 de outubro já chegara ao mundo todo”. Pelo aspecto epidemiológico, já se sabe que 30% dos casos são assintomáticos. A taxa de ataque ficaria entre 5% e 11% da população, segundo estimativa da Nova Zelândia, que tem levantamento acurado. Outro país com dados consistentes, o Chile, que tratou todos os casos, brandos ou graves, com oseltamivir, o Tamiflu, teve taxa de mortalidade de 0,8% por 100 mil habitantes, com 20% dos casos exigindo UTI.

“É um alerta para a segunda onda”. O Brasil teve taxa de 0,5 por 100 mil habitantes, mas a do Paraná chegou a 2,4. Para que numa segunda onda se avalie o impacto, é bom lembrar que os casos mais leves atingiram os mais jovens — “os adolescentes se tocam mais” —, os médios estiveram entre jovens e adultos e os mais graves, entre adultos. Na influenza sazonal, as mortes ocorrem em maior número entre doentes crônicos: descompensados, morrem de pneumonia bacteriana. A sazonal afeta mais as pessoas de até 5 anos e de mais de 80 anos. A suína, entre 5 e 54 anos.

Os próximos desafios da saúde pública, enumerou Jarbas, são as novas ondas, a pequena produção de vacinas — o déficit era patente no Hemisfério Norte às vésperas do início do inverno, problema superado no fim de dezembro —, a vigilância do vírus, geração de mais evidências e adoção, de verdade, do Regulamento Sanitário Internacional, que entrou em vigor em junho de 2007, por todos os membros da Opas/OMS.

Pilar Ramon-Pardo tratou dos aspectos clínicos da pandemia. O dado principal: o vírus continuava, em outubro, como A/California/7/2009 H1N1 2009 pandêmico, conforme a nomenclatura. Ou seja, não sofrera mutação. Esse vírus se comporta de modo diferente do vírus da gripe sazonal, o que exige atenção para os grupos de risco, especialmente as grávidas. O tratamento continua sendo o oseltamivir, as complicações bacterianas exigem antibiótico e a demanda por leitos deverá se intensificar.

A americana Bryna Brennan, que assessora a Opas em comunicação de riscos e surtos, destacou o que há em comum nas emergências: vírus novo, pouco medicamento e nenhuma vacina. Ela mostrou as manchetes escandalosas dos jornais sul-americanos do ano passado — nenhuma delas do Brasil — e citou exemplos de comunicação equivocada — que poderiam se aplicar ao país. Comunicação de risco, disse, requer confiança da população, e “dizer que

não há transmissão sustentada, que os casos são todos importados, não ajuda muito porque mais cedo ou mais tarde ela vai ocorrer, e isso mina a confiança”. Ou ainda: “Nenhum ministro pode dizer que tem tudo sob controle; é um vírus”. Segundo Bryna, uma boa estratégia de comunicação não substitui má estratégia sanitária, mas a má estratégia de comunicação pode derrubar uma boa estratégia sanitária.

Da plateia, no tempo reservado a perguntas, o médico Luiz Aureliano, de Paulo Afonso, interior da Bahia, fez um desabafo: “O sertão do Nordeste não tem Doutor Inverno, mas todo mundo queria fechar as escolas, usar máscaras, um carnaval danado”, reclamou. “Isso porque a Globo é que pautou a comunicação de risco nessa gripe”. Revoltado, Luiz prometeu rasgar seu diploma se chegasse “um caso sequer” ao sertão: “Ficamos perdendo tempo por conta da Globo”.

Em conferência no Teatro Guararapes, o secretário de Vigilância em Saúde (SVS/MS), Gerson Penna, fez um balanço da crise do H1N1 no ano passado: confirmou que no Hemisfério Norte, no início de novembro, a segunda onda da trans-

Barré (GBS) — doença neuromuscular paralisante —, registrada após a vacinação de 40 milhões de americanos na pandemia de 1957, a da gripe asiática (H2N2): 25 mortes e 500 casos.

Gerson Penna deu uma importante informação: no Rio Grande do Sul, 40% dos casos graves de influenza receberam oseltamivir nas primeiras 48 horas, segundo levantamento epidemiológico “consistente” — ainda assim, a taxa de mortalidade foi de 2,3 por 100 mil habitantes. Também criticou as propostas de “flexibilização” do tratamento com Tamiflu, como se se pudesse mudar as recomendações da bula. “Já há resistência relatada no Japão, na Dinamarca, na China, no Canadá e nos EUA”, informou. Por isso o Brasil comprou milhares de doses do alternativo zanamivir.

MARCOS DA SAÚDE PÚBLICA

Do painel *Fundo Rotatório de Vacinas: dilemas e alternativas*, no Teatro Beberibe (3/11), coordenado por José Carvalheiro, participaram os debatedores Akira Homma (Fiocruz) e Eduardo Hage (SVS/MS). “O Fundo Rotatório completou 30 anos em 2009, sob o impacto das novas modalidades de aquisição de produtos de saúde”, observou Carvalheiro. Akira explicou que a expressão, sem muito significado, tem a ver com o suprimento mundial de vacinas. Erradicação da varíola em 1970, programa ampliado de imunização com seis antígenos, desenvolvimento de vacinas com tecnologia recombinante, como da hepatite B, e avanços como a eliminação da pólio em 1993 e do sarampo em 2001 são marcos da saúde pública mundial.

“É a mais baixa notificação de doenças imunopreveníveis da história da saúde pública”, disse Akira, que dirigiu por dois mandatos a unidade de produção de vacinas da Fiocruz, Bio-Manguinhos, e hoje preside a Rede de Produtores de Vacinas dos Países em Desenvolvimento (DCVMN). Só o Chile não participa, disse, mas na fala seguinte Eduardo Hage informaria que Santiago acabara de aderir. “São conquistas impressionantes, mas isso não dá mídia, o que dá mídia é doença”.

Entre os novos paradigmas, o avanço acelerado das novas biotecnologias, as vacinas de alto valor agregado, grande demanda e pouca oferta, “caríssimas”, como a do HPV e a dos pneumococos — esta o Brasil agrega ao programa de imunização neste 2010. O Unicef investiu em 2008 US\$ 600 milhões



Os laboratórios sempre tiveram dois preços, mais altos para países ricos, mais baixos para pobres

AKIRA HOMMA

missão se mostrava mais rápida que a primeira e reiterou o risco de resistência para quem toma indiscriminadamente o oseltamivir. Ele também preparou os espíritos para o perigo das vacinas feitas às pressas, como a síndrome de Guillain-

em 3,3 bilhões de doses de vacina, com ajuda de mais de 50 países e fundações. A DCVMN tem 21 laboratórios, seis deles pré-qualificados pela OMS; mais seis reivindicam pré-qualificação, o Brasil entre eles. As multinacionais são responsáveis por 20% das vacinas, mas detêm 80% do valor, ou seja, não se interessam em produzir vacinas baratas. “Os laboratórios sempre tiveram dois preços, mais altos para países ricos, mais baixos para pobres”, disse. “São os primeiros a oferecer as novas vacinas, e os preços só cairão se houver oferta maior de produtores”.

“Pólio, sarampo, rubéola e caxumba eliminadas, o desafio é manter”, disse Eduardo Hage. Para isso, há necessidade de continuidade dos orçamentos. O Congresso, em decisão inédita, cortou drasticamente o orçamento da SVS, repetiu ele protesto do secretário Gerson Penna. O Brasil tem respondido às emergências, como na febre amarela silvestre e na influenza sazonal e pandêmica. Novas vacinas vêm chegando ao público: rotavírus (2006), pneumocócicas (2010), meningocócica, para 2011. O Fundo Rotatório gastou em 1989 US\$ 50 milhões; em 2008, US\$ 1,4 bilhão, e para 2009 a estimativa era de US\$ 1,17 bilhão. “A perspectiva de eliminação e erradicação só é possível a partir de esforços integrados e sustentáveis”.

Carvalho, no fim, alertou para o “plano ideológico” da disputa internacional por dentro do aparato dos Estados. “Dizia-se que a Fundação Gates era a OMS do B”, brincou, com seu humor habitual. “Hoje diz-se que a própria OMS é a OMS do B”.

AUMENTO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

No grande debate *Pesquisa em saúde e políticas públicas: desafios e oportunidades* (2/11), o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), Reinaldo Guimarães, apresentou tabelas que mostram o crescimento da produção científica na área da saúde coletiva. Começou citando dados do CNPq: entre 2002 e 2008, aumentou o número de grupos de pesquisa e de pesquisadores com doutorado.

O avanço, festejou ele, deu-se em todo o país. Um exemplo: no Nordeste, a quantidade de pesquisadores com doutorado subiu mais de 200% no período. “A saúde coletiva é uma das poucas áreas em que o Nordeste tem mais massa crítica do que o Sul”. Centro-Oeste e

Norte tiveram a maior alta regional em grupos de pesquisa, em parte por terem maior margem de crescimento.

Apresentando uma série de índices positivos, Reinaldo concluiu que a saúde coletiva avança bem mais do



A saúde coletiva é das poucas áreas em que o Nordeste tem mais massa crítica do que o Sul

REINALDO GUIMARÃES

que o conjunto das demais áreas de conhecimento. “Trouxe esses dados para aumentar nossa autoestima”, argumentou. A fala seguinte, porém, frearia o otimismo: o presidente da Capes, Jorge Almeida Guimarães, avaliou que para a pós-graduação *stricto sensu* a concentração regional ainda preocupa: “A situação é cada vez mais crítica no Norte e no Centro-Oeste”.

Entre 1998 e 2008, programas, docentes e alunos de pós-graduação em saúde coletiva cresceram, mas “ainda longe das necessidades do país”. O desempenho da produção científica brasileira melhorou em dez vezes desde 1981, enquanto a do mundo apenas dobrou: o Brasil ultrapassou muitos países com tradição. Quanto ao fator de impacto, medido pela quantidade de citações dos autores de cada país, é o 25º – tem nota 2,89, enquanto a líder Suíça tem 7,22.

Ana Lúcia Delgado Assad, do CNPq, voltou a inflar nossa autoestima: de 42.500 bolsas para todas as áreas em 2000, subimos para 71.500 em 2009. A saúde coletiva é a 10ª área na lista de investimento. Segundo Reinaldo, a pesquisa em saúde movimentou R\$ 600 milhões, transformando a SCTIE na principal

financiadora da área – excluídas as bolsas dessa conta. Foram 2.800 pesquisas financiadas desde 2004.

O ministério também é grande comprador de vacinas, medicamentos e equipamentos: gasta nisso R\$ 11 bilhões anuais. O complexo industrial da saúde ganhou destaque em 2007 (*Radis* 78), com a posse do ministro Temporão, interessado em regular o mercado para garantir o “compromisso da ciência, tecnologia e inovação com o direito à saúde” – o lema do congresso. Legalmente, a SCTIE só pode investir nos 18 laboratórios públicos, que têm fatia de mercado pequena, mas função essencial. “Eles fabricam o que o mercado privado não tem interesse, e acabam regulando esse mercado”. Um exemplo: até 2000, a insulina era fabricada por empresa brasileira e, ao perder a concorrência, o preço do produto dobrou; dois anos atrás, Bio-Manguinhos fechou acordo de acesso à tecnologia de produção. O preço da unidade baixou de R\$ 15 para R\$ 5.

Atualmente, parcerias público-privadas com apoio do BNDES regulam o setor privado – o ministério indicou itens estratégicos e o banco oferece condições favoráveis às indústrias que se interessem em produzi-los. Quanto aos desafios, o primeiro é desfinanciamento do SUS: “Esta foi a primeira vez desde 2004 que os recursos destinados a pesquisa e inovação diminuíram em relação ao ano anterior, o que provavelmente se repetirá em 2010”.

PESQUISA E PROTEÇÃO

A experiência do Conselho Nacional de Saúde na proteção de sujeitos de pesquisa foi tema de debate no Teatro Guararapes. Gysélle Saddi Tannous, coordenadora da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Conep), vinculada ao CNS, abriu a mesa citando o filósofo Norberto Bobbio (1909-2004): “O problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los”.

As pesquisas envolvendo pessoas no Brasil vêm crescendo, o que aumenta a preocupação – especialmente porque as mais suscetíveis a participar fazem parte dos cerca de “14 milhões que convivem com a fome ou dos 72 milhões em situação de insegurança alimentar no país”. Outro agravante: instituições internacionais consideram o Brasil “pátio” para pesquisas de fase 3 e 4, tendo

pesquisadores brasileiros apenas como executores. “Precisamos de pesquisas a partir de nossa realidade”, disse.

São muitos os desafios, apontou. Primeiro, lidar com a diversidade sócio-econômica e cultural, em que parcela da população tem autonomia reduzida e por isso está mais vulnerável. Depois, monitorar pesquisas num país de grandes dimensões: há lugares sem Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou com CEPs sem condições de efetiva proteção. O sistema CEP/Con ep tem 602 comitês registrados, com mais de 9.500 voluntários – concentrados no Sudeste e com vazios nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Ela pediu maior autonomia dos CEPs, maior comunicação intra e extrassistema, maior vínculo com o controle social municipal e maior agilidade nos processos, “porque agilidade favorece a proteção”. Uma das apostas é o novo sistema Plataforma Brasil, que informatizará todos os procedimentos, resultando em mais rapidez, transparência e controle. “Cada sujeito de pesquisa ficará registrado (com garantia de sigilo) e veremos se é voluntário em 20 pesquisas”.

Reinaldo Guimarães apontou em seguida um desafio extra: dar nível legal às resoluções do CNS nas quais a Conep se baseia, atualmente passíveis de questionamento na Justiça. Para o secretário, a proteção dos sujeitos de pesquisa repousa sobre duas disjuntivas conceituais. Primeiro, entre direito e mercado – que têm interseções, mas também enorme campo de divergência. “Hoje, as grandes farmacêuticas são presididas por executivos que dependem do lucro, abrindo espaço para a colisão de direitos e interesses do mercado”.

Segundo, entre leis naturais e dilemas morais – enquanto as leis naturais têm permanência maior e dinamismo menor, os dilemas morais aparecem e desaparecem muito rapidamente. Um exemplo: a descoberta do mecanismo de transmissão da febre amarela foi resultado de estudo que inoculou o vírus em pessoas saudáveis. “E a pesquisa foi bem aceita”.

DE MÉDICOS E CHARLATÃES

Avida medicada: novas estratégias de medicalização da existência deu título a painel na Sala Felipe Camarão. Na mesa *Ciência, conhecimento biomédico e interesses*, coordenada pela professora Marta Verdi (UFSC), o sanitarista Kenneth Rochel Camargo Júnior (IMS/Uerj), editor do *American Journal of Public Health*,

observou que “o que separa o médico do charlatão é o domínio do conhecimento técnico específico”.

De acordo com o sanitarista, profissionais de saúde, especialmente médicos, não são produtores de conhecimento, “e sim consumidores”.

Hoje em dia, é impossível publicar artigo sobre pesquisa sem declarar conflito de interesses

KENNETH CAMARGO

A maioria se alimenta do conhecimento que outros produzem. “E essa produção é controlada por interesses comerciais”. Isso se tornou grave a ponto de os editores de revistas biomédicas pedirem declaração sobre conflito de interesses. “Hoje em dia, é impossível publicar artigo sobre pesquisa sem declarar conflito”.

Mas a declaração não resolve o problema, observou. Sem citar nomes, mencionou revista nacional que publicou recentemente número especial sobre tratamento de hipertensão. Os editores e boa parte dos autores foram financiados por empresa farmacêutica – um deles é empregado da empresa. Anúncio do medicamento encerrou a edição. “Foi declarado o conflito de interesse, mas resolveu alguma coisa?”

A indústria usa estratégias como o *disease mongering*, a criação de doenças para ampliar a prescrição de produtos. “Foi o caso da estatina, usada no tratamento da hipercolesterolemia”. Há cinco anos, grupo de trabalho da Associação Americana de Cardiologia produziu consenso para redução do nível ótimo a partir do qual se deveria prescrever o remédio. “Somente nos EUA, a população indicada a usar estatina passou de 13 para 36 milhões, imagine-se no mundo inteiro”. Dois terços dos profissionais do consenso recebiam financiamento de fabricantes. Só que a substância, eficaz no combate ao mau colesterol, tem efeitos colaterais.

É comum também a indústria distorcer dados experimentais para produzir resultados favoráveis. “É estatística:

em 10 estudos sobre uma mesma droga, há a probabilidade de pelo menos um dar resultado favorável”: a indústria publica apenas o que deu resultado positivo, escondendo os outros. Também usa médicos importantes para endossar novas drogas, produz artigos assinados por cientistas, promove “pseudopesquisas” em universidades usando sua credibilidade, dá “presentinhos” a médicos, faz lobby para enfraquecer a regulação e controla o conteúdo da educação continuada (*Radis 79*).

Conhecimento é insumo básico da saúde coletiva, e nisso está a saída. “O mesmo empenho que se tem para garantir estoque de remédio na farmácia deve se ter para garantir estoque de conhecimento nas cabeças dos profissionais”, recomendou. “Sem formas independentes de difusão do conhecimento, fora do interesse comercial, vamos continuar reproduzindo esse processo”.

Coube à filósofa Sandra Noemi Cucurullo de Caponi (UFSC) falar do diagnóstico de depressão sob o conceito da “petit-biologie” ou “biologia menor” e os modos de subjetivação da doença. “Os pesquisadores da indústria impõem sua biologia menor” – conceito do sociólogo e epistemólogo francês Philippe Pignarre para tratar das pesquisas biológicas patrocinadas pela indústria. “Não tem grande utilidade fora do laboratório, sua ambição é aperfeiçoar e afinar os instrumentos de seleção de novos psicotrópicos que sempre serão os penúltimos”, advertiu Pignarre: a última descoberta sempre deve remediar os efeitos colaterais da anterior e anunciar o medicamento por vir.

Uma característica da biologia menor, salientou Sandra, é a identificação diagnóstico-terapêutica, pela qual o medicamento cumpre papel de marcador biológico. “Passando de uma classe química de antidepressivo a outra, pesquisadores e médicos modificam os critérios de classificação dos pacientes: teremos então os depressivos que precisam ser estimulados e os que precisam ser tranquilizados, depressivos ansiosos e depressivos agressivos ou totalmente inibidos”.

A ausência de um marcador biológico permite que seja explorada livremente essa ampla e indefinida fronteira entre sofrimento normal e patológico. “Permite explorar comportamentos e emoções ainda não medicalizados, redefinindo os problemas mentais”. A sociedade parece ter definido um modo privilegiado e socialmente aceito de sofrer, “um modo medicalizado de administrar fracassos e angústias: o antidepressivo certo pode promover a vida sem sofrimento”. 

ENTREVISTA

Armando de Negri

“Universalizar a seguridade social é questão político-ideológica”

Bruno Dominguez

Entre 22 e 26 de março, o Brasil sediará a 1ª Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília. Integrante da comissão organizadora, na qual representa o Movimento de Saúde dos Povos, o epidemiologista Armando de Negri diz em entrevista à *Radis* que o objetivo do evento é ampliar a discussão sobre o universalismo, reforçando a necessidade de um sistema de seguridade social. Delegados de 80 países discutirão extensa agenda, que inclui políticas de proteção relacionadas a trabalho, previdência social, assistência social e saúde. Os ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e da Previdência Social dividem a organização.

Por que o Brasil convocou essa conferência mundial?

Consideramos que a hegemonia do neoliberalismo nas últimas décadas eliminou o debate sobre o universalismo. A palavra de ordem era focalização: dar respostas aos mais excluídos, sempre numa tentativa de reduzir o alcance das políticas sociais. Não se falava mais na noção de direito. Agora, temos um momento histórico muito oportuno. A crise trouxe a necessidade de um papel diferente do Estado, de um outro tipo de proteção das populações. Sinalizou que as políticas econômicas devem proporcionar o avanço das políticas sociais, em vez de se submeter a política social à possibilidade econômica. É hora de instalar no cenário internacional uma agenda para que o universalismo ganhe força, reivindicando para isso o conceito dos direitos humanos como sistema.

Como foi o processo de organização?

Começamos a pensar o direito à saúde em 2002, no 1º Fórum Internacional em Defesa da Saúde dos Povos, antecedendo o Fórum Social Mundial. Em 2005, o evento foi transformado no Fórum Social Mundial da Saúde; em 2007, se incorporou ao Fórum Social Mundial.

Mas o FSM é um espaço da sociedade civil em que os governos são convidados. Para convocar uma reunião em que governos estivessem em pé de igualdade com a sociedade, optamos pelo formato de conferência. Em geral, os espaços de diálogo internacionais são dos governos com participação periférica da sociedade civil ou da sociedade civil com participação secundária dos governos. Notando que temos um certo número de governos com apostas universalistas, concluímos que seria importante uma troca entre eles.

De que modo se dará a participação?

Serão 1.000 delegados de 80 países. As delegações são compostas por segmento governo e segmento não-governo, inscritos separadamente. Acreditamos que, assim, induziremos a discussão sobre o tema já na escolha dos delegados. Para equilibrar a participação internacional, adotamos critério demográfico, dando mais peso aos países menores. A intenção é que os debates repercutam na ação dos governos e também na dos movimentos sociais.

Como acontecerão os debates?

No primeiro dia, abriremos espaço para que delegados encontrem seus pares de outros países — por exemplo, em reuniões de parlamentares, de lideranças camponesas. À noite, haverá a abertura oficial. Nos três dias seguintes, trataremos de cada um dos três blocos temáticos em painéis com palestrantes convidados, mesas de trabalho sobre os subeixos e encontro por regiões.

Do que tratam os blocos temáticos?

O primeiro trata das razões e oportunidades para a construção dos sistemas universais em seus imperativos democráticos e éticos. Entendemos que, hoje, o principal obstáculo para se terem sistemas universais de seguridade social é de ordem político-ideológica. O próprio conceito de universalização é objeto de disputa: para alguns significa todos incluídos num determinado sistema, mas com acesso diferenciado aos benefícios; para nós quer dizer integralidade e equidade. Ou seja, primeiro queremos estruturar a compreensão do universalismo sobre o



FOTO: BRUNO DOMINGUEZ

qual estamos falando. Depois, perceber como ele se expressa no mundo e apontar quais políticas o garantem.

E os demais blocos?

O segundo trata dos desafios para alcançar a universalização da seguridade social, como a relação público-privado e o financiamento. Um dos principais argumentos contra a universalização é o de que não é factível economicamente. Queremos desmontar esse argumento. O terceiro bloco é dedicado aos caminhos políticos para a construção dos sistemas universais. Vamos debater o papel dos governos e dos movimentos sociais. No último dia, haverá plenárias regionais, para fecharmos uma ata de recomendações, e plenária geral, para que se aprove o documento final. A intenção não é votar propostas, mas ir construindo um conjunto de consensos. O que não for consenso fica documentado como perspectivas a serem amadurecidas.

Como o Brasil se insere no debate?

O Brasil é uma referência importante por apresentar alternativas, apesar do choque entre política social mais ambiciosa — embora não transformadora — e política macroeconômica bastante vinculada ao neoliberalismo. O país se cacifou e criou condições de respeitabilidade pela forma como vem trabalhando as questões de ordem econômica, política e social. Hoje, é um porta-voz autorizado de algumas alternativas. Tem argumentos, razões e prestígio para convocar uma conferência desse tipo. 

CÚPULA DO CLIMA DE COPENHAGUE

Uma conferência aquém das expectativas

Fracasso ou avanço? Há analistas para defender as duas posições, mas em um balanço geral, a 15ª Conferência do Clima da ONU (COP15), que ocorreu entre 7 e 18 de dezembro na capital dinamarquesa, Copenhague, chegou ao fim registrando resultados aquém das expectativas. Críticas mais radicais, como as estampadas no jornal inglês *The Independent* — um dos mais atuantes em questões ambientais na Europa — classificaram de covarde e egoísta a postura dos países ricos em relação ao estabelecimento de um novo protocolo para a redução das emissões de gases estufa na atmosfera e a indicação de fontes de financiamento. Algumas organizações sociais, dirigentes e ambientalistas, por sua vez, viram na conferência um espaço para que reivindicações de minorias fossem levadas, finalmente, à mesa de negociações. Fato é que, em 13 dias de reunião, com negociadores de 192 países, chegou-se a um documento, o Acordo de Copenhague, com apenas duas páginas e meia, sem metas claras e sem força de lei.

No Bella Center, sede oficial da conferência, cientistas da ONU apresentaram estudo oficial alertando que, para evitar o aumento da temperatura do planeta, seria necessário que os países ricos estabelecessem cortes de 25% a 40% das emissões dos gases-estufa, até 2020. Já os países em desenvolvimento teriam que diminuir 20% das emissões. Isso, para garantir em apenas 50% as chances de a temperatura global não exceder o limite de 2° C — o que levaria a mudanças climáticas drásticas, como secas, descongelamento de geleiras e inundação de países-ilha, como Tuvalu, arquipélago na Polinésia. O delegado tuvaluano em Copenhague, Ian Fry, apelou emocionado: “o destino de meu país está em suas mãos”.

Líderes das nações mais poluentes do mundo (EUA e China), o presidente Barack Obama e o primeiro-ministro chinês, Wen Jiabao, não fizeram muito. A China recusou a fiscalização das metas de corte de emissão de gases-estufa do

país. Já Obama, que chegou a Copenhague somente no último dia, decepcionou os que ainda esperavam algum avanço. Limitou-se a dizer que os Estados Unidos já estão se comprometendo com uma redução de gases estufa de 17% até 2020, com base nas emissões de 2005 — o que significa na verdade um corte real de apenas 4%, tomando-se como base as emissões de 1990, ano de referência para os países desenvolvidos comprometidos com o Protocolo de Kyoto — além de fazer questão de observar que os mecanismos de fiscalização do corte de emissões não deveriam ser intrusivos.

Se Obama decepcionou, o presidente Lula foi grata surpresa no evento: ovacionado pelo público que assistiu ao seu discurso improvisado, o presidente brasileiro ressaltou que o Protocolo de Kyoto é “absolutamente necessário” e que os países desenvolvidos deveriam tomá-lo como referência na definição de metas de cortes — indo ao encontro dos anseios de diversos países, cujos representantes, na segunda semana do evento, chegaram a deixar a mesa de negociações, insatisfeitos com a proposta que se anunciava de se criar um novo acordo, e não em trabalhar paralelamente em uma extensão do Protocolo de Kyoto (*BBC Brasil*, 14/12).

Após liderar reunião com representantes de outros países emergentes — África do Sul, Índia e China, que, com o Brasil, formam o Basic — e de, por dois dias, tentar mediar com o presidente francês Nicolas Sarkozy uma saída para o impasse que se estabeleceu em Copenhague, Lula declarou-se frustrado: “Estou rindo para não chorar”. Seus vizinhos da América do Sul também polemizaram: Evo Morales, presidente da Bolívia, perguntou “por que ninguém está falando das causas da mudança climática?”, respondendo que as causas se baseiam no capitalismo. “Ou superamos o capitalismo ou ele destruirá a Mãe Terra”. Já Hugo Chávez afirmou que se o clima fosse um banco já teria sido salvo (*Radis na Rede*, 23/12).

Enquanto a cúpula se reunia no Bella Center, as ruas dinamarque-

sas foram marcadas por protestos de ativistas e pela violência. Um tablóide sensacionalista dinamarquês, o *Ekstrabladet*, registrou as manifestações em vídeo e postou na web, divulgando ao mundo imagens da repressão da polícia (*Radis na Rede*, 17/12). Em um dia, o número de ativistas presos chegou a 1.200 (*Galileu* n° 222, janeiro/2010).

Ao término da conferência, vozes do mundo inteiro se somaram para criticar o resultado. O jornal *The Independent* escreveu que “os piores poluidores do planeta, que mudaram o clima drasticamente, foram a Copenhague dizer que vão continuar a aquecer a temperatura apesar de todas as advertências científicas” (*Radis na Rede*, 23/12).

Nesse mesmo cenário, foi possível também extrair aspectos positivos da COP 15. O ministro brasileiro do Meio Ambiente, Carlos Minc, afirmou que, apesar do fracasso, Copenhague trouxe avanços: “O que foi posto na mesa não vai ser tirado”. Marcelo Dutra, secretário de Meio Ambiente e Sustentabilidade de Manaus, afirmou que Copenhague deverá “ser lembrada como a etapa em que sustentabilidade e meio ambiente deixaram de ser assuntos apenas para ambientalistas militantes, para serem temas que fazem parte da agenda mundial” (*Agência Envolverde*, 23/12).

Outro texto publicado (21/12) pela *Agência Envolverde* ressaltou que a sociedade civil teve êxitos, como “impor temas na agenda climática e fazer ouvir mais forte a voz do Sul”. No entanto, para soluções mais concretas, resta esperar pela próxima COP, prevista para o final de 2010, no México. Até lá, o planeta ainda sofrerá as consequências das indecisões dos principais líderes políticos no maior encontro diplomático dos últimos tempos. 

Leia também *Pós-Tudo* (pág. 23). Na web (www.ensp.fiocruz.br/radis/90/web-01.html), os principais aspectos do Acordo de Copenhague.

Encontro de compromissos

Katia Machado

Em sua nona edição, a Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi), promovida pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em novembro de 2009, em Brasília, teve como destaque as ações e os compromissos com a redução da mortalidade infantil e os acidentes de trânsito provocados pela violência e pela ingestão de bebidas alcoólicas.

Na abertura do encontro que reuniu 1.300 pessoas, o reitor da Universidade Federal da Bahia (Ufba), Namar de Almeida Filho, médico e Ph.D. em Epidemiologia, fez palestra sob o título *Epidemiologia Social e Vigilância em Saúde: do paradigma causal/risco à ruptura emergência-contigência*, tratando dos vários conceitos de vigilância: epidemiológica, que nos remete à ideia de controle; em saúde pública; sanitária; e síndrômica; bem como do que chamou de vigilância à saúde, da saúde e em saúde. “A ideia de vigilância sanitária é brasileira”, frisou. Surgiu nos anos 1970, expandindo o conceito de vigilância epidemiológica para introduzir sinais e sintomas, sujeitos, casos e eventos que não estavam previstos. Já a vigilância síndrômica – que tem o objetivo de aumentar a sensibilidade na detecção de casos e surtos que possam ameaçar a saúde pública – acrescentou, é um conceito novo, “surge após o 11 de setembro”, com a intensificação do controle nos Estados Unidos de atentados que pudessem pôr em risco a saúde dos americanos.

O reitor tratou também de nuances do campo da saúde, que expressam ao mesmo tempo sua abrangência e suas especificidades. De acordo com ele, o campo das práticas de saúde compreende três grupos de ação: prevenção de riscos e agravos; proteção da saúde; e promoção da saúde. Prevenção, ensinou, refere-se a “ações destinadas a evitar a ocorrência de doenças ou agravos específicos e suas complicações ou sequelas, em geral

de aplicação e alcance individuais, mas que podem repercutir no nível coletivo”. A proteção compreende ações de caráter defensivo, enquanto a promoção refere-se à ação difusa, sem definir um agravo ou risco como alvo, buscando a melhoria global do estado de bem-estar ou qualidade de vida da comunidade e seu ambiente, conforme definiu. E vigilância, concluiu o professor, “são práticas de promoção da saúde”.

MORTALIDADE INFANTIL

Na mesa *Agenda de compromissos com a redução da mortalidade infantil*, a médica Elsa Giugliani, coordenadora da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do MS (Dape/SAS), tratou do compromisso brasileiro para acelerar a redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 5% ao ano em crianças menores de cinco anos, até 2015 (meta proposta pela OMS).

Elsa apresentou os índices de mortalidade infantil no Brasil em 2007, revelando iniquidades regionais: enquanto a taxa brasileira é de 19,3 por mil nascidos vivos, o Norte apresenta índices de 21,7, Nordeste, de 27,18, Sul, 12,91, Sudeste, 13,8, e Centro-Oeste, 10,9. Para ela, houve relevante redução da mortalidade desde 1990, quando a taxa ainda era de 47,1. Mas o número de mortes de crianças menores de cinco anos ainda é alto. “Na Argentina, em 2008, a média era de 14 mortes por mil nascidos vivos, no Chile, 8, no Canadá e em Cuba, 5, e na França, 4”.

Para atingir a meta proposta pela OMS, 256 municípios mais 60 municípios pólos foram priorizados para promoção de ações acordadas entre as três esferas de governo. As cidades foco, explicou, concentram 50% dos óbitos infantis entre 2000 e 2006 e estão especialmente nas regiões Norte e Nordeste e no Mato Grosso. As ações se resumem a qualificar a informação e a atenção ao período pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, formar recursos humanos,

promover vigilância do óbito infantil e neonatal, fortalecer o controle e a mobilização social e a comunicação e produzir conhecimento.

O pediatra e professor da Universidade Federal do Ceará Alvaro Madeiro Leite falou sobre a importância da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal – lançada no Nordeste em junho de 2006 e, no Norte, em maio de 2007 – para aprimorar a competência do sistema público de saúde nas áreas de gestão, assistência, ensino e pesquisa perinatal, articulando-se e integrando-se unidades neonatais de maternidades públicas, em estados das duas regiões. “Dos 3 milhões de nascimentos em 2009, 1/3 ocorreu no Nordeste”, justificou o foco na região. “Representa quase uma França”. O pediatra chamou atenção para os bebês de alto risco: todo mês, cerca de mil bebês nascem nessas condições. Sabe-se ainda que 2/3 dos óbitos infantis ocorrem nos



Alvaro: foco nas unidades neonatais

primeiros dias de vida. “A intervenção nesse campo da neonatologia ainda é limitada”, observou Leite, para quem foi um grande desafio criar uma rede interfederativa e focalizar as unidades neonatais. A Rede funciona sob os eixos gerencial (gestão de qualidade); educacional (educação permanente); epidemiológico (sistema de informação); e pesquisas (estudos operacionais).

Coube à pediatra Lilian Cordova do Espírito Santo, da Dape/SAS, falar sobre a Rede Amamenta Brasil no Contexto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O foco dessa iniciativa, firmada em 2008, é o aleitamento

materno tanto nas primeiras horas, exclusivo até os seis meses de idade, quanto complementar até os dois anos, capaz de evitar 13% das mortes de crianças menores de cinco anos. Segundo ela, a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os seis meses em 2008, por exemplo, foi de 40 bebês a cada mil nascidos vivos. Já na Região Norte, 45,9, Centro-Oeste, 45, Sul, 43,9, Sudeste, 39,4, e Nordeste, 37. Em média a amamentação exclusiva dura 54 dias, com diferenças entre as regiões: Norte, 66,25; Nordeste, 34,92; Sudeste, 55,02; Sul, 59,34; e Centro-Oeste, 66,6.

A pediatra apresentou também os resultados de oficinas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) para fomentar a amamentação. Em 2009, 29 oficinas formaram 722 tutores em aleitamento materno, envolvendo cerca de 343 UBSs, e 4.594 profissionais de saúde. Mostrando a imagem de uma mãe amamentando seu filho numa rede, Lilian conclamou: "Vamos todos embalar essa rede".

A abordagem do papel dos Comitês de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, outra importante ação para a redução da mortalidade infantil, ficou a cargo de Rosânia Araújo, do Comitê de Mortalidade Infantil e Fetal da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. A investigação "permite avaliar as circunstâncias de ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetais e propor medidas para melhoria da qualidade da assistência à saúde e demais ações para sua redução", explicou.

São atribuições dos comitês: identificar os óbitos infantis e maternos como "óbitos que não deveriam ocorrer com o adequado funcionamento da rede de saúde"; avaliar as condições de assistência à gestante e à criança; analisar os óbitos quanto às possibilidades de prevenção e promover a discussão dos casos com os profissionais envolvidos; identificar e recomendar as estratégias de intervenção; divulgar a magnitude e a importância do tema; e envolver profissionais de saúde, gestores e sociedade.

TRÂNSITO E VIOLÊNCIA

No painel *Trânsito, uma questão de saúde pública*, o arquiteto e urbanista Marcos Bicalho, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e da Associação Nacional de Transportes Públicos (ANTP), ressaltou que a Saúde foi a primeira a defender a ideia de que a morte por acidente de trânsito não é uma fatalidade, mas algo evitável. Ele mencionou estudo da ANTP segundo o qual cerca de R\$ 28 bilhões por ano são perdidos devido a acidentes de trânsito. Somente o problema do congestionamento, estima a Associação, leva à perda de meio bilhão de reais, anualmente, nas dez principais capitais brasileiras.

Os acidentes são maiores entre motociclistas. "A moto é o veículo que mais se vende no Brasil, comprada especialmente por famílias de baixa renda", comentou. Para atacar o problema, sugeriu, é preciso investir em transporte

público com qualidade. "Mas a política brasileira estimula o transporte individual em detrimento dos transportes coletivos", criticou.

Para a coordenadora-geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (CGDANT) do Ministério da Saúde, Deborah Carvalho Malta, também integrante da mesa, as ações intersetoriais contribuem para a prevenção de lesões e mortes no trânsito. Em 2007, mostrou, foram 37.407 óbitos provocados por acidentes em transporte terrestre, sendo que os homens representaram 82% dos casos, na faixa etária entre 15 e 59 anos, o que gerou custo de R\$ 24,6 bilhões nas rodovias e de R\$ 3,6 bilhões nas vias urbanas. Com o novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB),



Deborah: ações intersetoriais na prevenção

de 1998, e, mais recentemente, a Lei Seca (Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008), caíram os números de acidentes e mortes no Brasil.

Premiação de experiências

A 9ª Expoepi encerrou em clima de festa, com a premiação de nove experiências brasileiras bem-sucedidas na área de epidemiologia, prevenção e controle de doenças, selecionadas pela equipe interna do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (Episus) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), e analisadas por um comitê externo. "As investigações apresentadas só foram possíveis graças ao trabalho integrado entre as equipes da SVS e das secretarias estaduais e municipais de Saúde, que atuam com espírito de servir à saúde pública", ressaltou o secretário de Vigilância em Saúde, Gerson Penna, ao anunciar os premiados.

Na categoria Investigações de Surto conduzidas pela SVS: Prêmio Adolfo Lutz e Vital Brasil, o trabalho vencedor foi *Surto de Doença Meningocócica em uma agroindústria de Rio Verde (GO)*. O trabalho descreveu o surto, identificado entre junho e agosto de 2008, e os possíveis fatores associados ao adoecimento, no caso uma agroindústria instalada no local, e propôs medidas de prevenção e controle.

Catadores Encantadores, desenvolvido em Campinas (SP), recebeu o prêmio em Inovações na gestão da Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, com ênfase na articulação intra e intersetorial. O projeto incentivou catadores informais a desenvolverem ações de prevenção e controle da dengue nas áreas em que atuavam,

por meio de palestras, exposições e atividades lúdicas com as comunidades de maior risco. Os resultados do trabalho foram a redução de criadouros do *Aedes aegypti*, fortalecimento da intersetorialidade, atualização vacinal dos catadores e redução dos fatores de risco ocupacional e ambiental.

Na categoria Inovações na gestão da vigilância de agravos e doenças não transmissíveis e da promoção da saúde, venceu o trabalho *Humanização no atendimento às vítimas de violência sexual: o Instituto Médico Legal vai ao hospital*. Integrante do Programa Mulher de Verdade, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, a iniciativa garante às vítimas de violência sexual atendimento integral e humanizado, clínico e pericial, todos realizados nos

De acordo com o psiquiatra Pedro Gabriel Godinho Delgado, coordenador geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, a Lei Seca foi responsável pela redução de 796 óbitos por acidentes de trânsito, no segundo semestre de 2008, logo após sua implementação, em relação ao segundo semestre de 2007. Isso representou uma queda de 22,5%, especialmente na Região Sudeste. Em sua análise, álcool e violência estão atrelados aos problemas de saúde pública de grande magnitude, com forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. Segundo dados da OMS de 2002, trazidos por Pedro Gabriel, a ingestão de bebidas alcoólicas foi responsável por 3,7% das mortes em todo o mundo (6,1% entre homens e 1,1% entre mulheres). O Brasil, disse, ocupa o último grupo do padrão de consumo nocivo de álcool, ou seja, o padrão de beber e dirigir, de beber e fazer sexo sem segurança, etc. “Estamos junto com a Rússia e o Afeganistão”, revelou.

As maiores vítimas dessa nociva combinação são os adolescentes e os adultos jovens, com idades entre 15 e 24 anos, e homens adultos de 25 a 59 anos. “O problema perde apenas para os crimes de homicídio”, comparou o psiquiatra. A contar pelas pesquisas apresentadas pelo psiquiatra, o grande desafio é descobrir como mudar o hábito de beber e dirigir. Estudo da Associação Brasileira de Medicina de Tráfego, de 2005, mostra que 96% das vítimas fatais de acidentes de trânsito

tinham alcoolemia (quantidade de álcool no sangue) acima do permitido, e 43% tinham um teor de álcool três vezes acima do permitido pelo Código de



Marcos: políticas estimulam transporte individual

Trânsito Brasileiro (0,6 g/l). Pesquisa da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (2008) mostra que álcool e trânsito foram combinações admitidas por 1.034 jovens universitários entre 18 e 30 anos, no Rio de Janeiro e em São Paulo: 31% vão e voltam dirigindo mesmo bebendo pouco; 6% vão e voltam dirigindo mesmo bebendo muito; e 78% relataram que, na roda de amigos, com frequência, alguém volta dirigindo depois de beber.

Pedro Gabriel defendeu a regulamentação da propaganda de bebidas alcoólicas, a ampliação do acesso ao tratamento no SUS, a realização de campanhas de informação e sensibilização, a capacitação de profissionais da rede básica de saúde e da segurança pública e a restrição rigorosa do acesso

à bebida alcoólica. “Precisamos atacar o consumo per capita e o padrão de consumo nocivo”, orientou.

Último palestrante da mesa, o psiquiatra Jonas Melman, representante da organização não-governamental Rede Gandhi para a Cultura da Paz, questionou o papel da cultura na produção da violência no trânsito. Para ele, a violência é fruto de uma cultura que legitima as agressões de múltiplas formas. Ele defendeu a cultura da não-violência, apesar de tal postura gerar incompreensão e resistências, “pois aquele que recusa a violência é visto como um fraco”, comentou, citando em seguida Mahatma Gandhi (1869-1948), defensor do princípio da não-agressão e da forma não violenta de protesto como um meio de revolução. Para Gandhi, frisou, o conceito de não-violência não se opõe à ideia de conflito e de agressividade. Ao contrário, o enfrentamento é obrigatório para a busca de uma situação mais justa.

Em sua análise, a violência é uma perversão da agressividade. De acordo com o Manifesto 2000 por uma Cultura de Paz e Não-Violência – elaborado com a cooperação da Unesco, por um grupo de Prêmios Nobel da Paz, em 2000 –, o caminho é rejeitar a violência, ouvir para compreender, ser generoso, respeitar a vida, preservar o planeta e redescobrir a solidariedade. No caso da violência no trânsito, sugeriu, “é preciso fortalecer as ações e as políticas dirigidas à diminuição do impacto desses fenômenos como uma das prioridades na agenda da saúde”. 

brasileiras em clima de festa

hospitais de referência do município. A proposta é evitar que as vítimas “peregrinem” de instituição em instituição.

Vitais, uma nova ferramenta para análise dos Sistemas de Informação de Mortalidade e de Nascidos Vivos foi premiado na categoria Aperfeiçoamento dos sistemas de informação e análise de situação de saúde. Trata-se de ferramenta desenvolvida pela equipe de eventos vitais da Prefeitura de Porto Alegre (RS), com a qual é possível apresentar, relacionar e analisar óbitos e nascimentos ocorridos em períodos determinados, trabalhando-se séries históricas ou dados do ano em curso.

A importância da ampliação da rede de Núcleos de Vigilância Epidemiológica no âmbito hospitalar para o Rio Grande do Norte, premiado na categoria

Organização da vigilância epidemiológica hospitalar, descreve a importância da rede para a implementação do controle das doenças de notificação compulsória no estado potiguar. De acordo com o estudo, os núcleos criados e ampliados passaram a contribuir, em média, com mais de 50% das notificações do estado e de alguns municípios, em 2007 e 2008.

Premiado no tema Integração entre vigilância em saúde e atenção básica, *O desafio da integração da vigilância em saúde com a atenção básica na realidade do Amazonas* trata de ações integradas voltadas à prevenção da malária, desde 2005. Já *Resultados da implantação do programa de vigilância, prevenção e controle da raiva na fronteira de Mato Grosso do Sul/Província German Busch/Bolívia*, premiado em Inovações na

gestão da vigilância epidemiológica, com ênfase na articulação intrassectorial, é fruto da verificação de um caso de raiva canina no município de Corumbá (MS), e da constatação de que o cão vinha da Bolívia. O trabalho originou programa de vigilância, prevenção e controle da raiva para a fronteira entre o município matogrossense e a província boliviana.

Por fim, *As parcerias inovadoras fortalecendo as ações de controle da hanseniose no Tocantins no ano de 2008*, premiado na categoria Inovações na gestão da vigilância epidemiológica, com ênfase na articulação intrassectorial – programas de controle, buscou enfatizar o papel dos empresários e sensibilizá-los para a importância de sua participação.

SERVIÇO

EVENTO

**21º CONGRESSO BRASILEIRO
DE NUTRIÇÃO E 1º CONGRESSO
IBERO-AMERICANO DE NUTRIÇÃO**


Em sua 21ª edição, o evento discutirá nove eixos acerca do tema *Alimentação e nutrição – parcerias para um desenvolvimento sustentável*, entre eles, *Novos consensos em nutrição clínica, Direito humano à alimentação adequada, Novas áreas de atuação profissional e Desafios de formação profissional*. As inscrições podem ser feitas até 25/5 pela internet, e, a partir de 26/5, somente no local do evento. Já os trabalhos devem ser enviados até 26/2 – de acordo com as normas, cada participante poderá enviar até três trabalhos, contendo endereço completo para correspondência.

Data 26 a 29 de maio de 2010

Local Centreventos Cau Hansen, Joinville, Santa Catarina

Mais informações

Site www.conbran.com.br

PUBLICAÇÕES

HISTÓRIAS DE MANGUINHOS

Histórias de Pessoas e Lugares – Memórias das comunidades de Manguinhos (Editora Fiocruz), de Tânia Maria Fernandes e Renato Gama-Rosa Costa, reconstrói história de pessoas e lugares ao redor do bairro de Manguinhos, na Zona Norte do Rio de Janeiro. O livro, resultado de uma parceria entre o Laboratório Territorial de Manguinhos e a Casa de Oswaldo Cruz, narra histórias feitas a partir de depoimentos de moradores da região e profissionais envolvidos em projetos nas favelas cariocas. O volume traça uma linha histórica que estende-se por mais de um século, abordando as sucessivas transformações urbanas na região e de que forma



elas influenciaram as mudanças nas comunidades de Manguinhos.

TERCEIRIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

A Perda da Razão Social do Trabalho – terceirização e precarização (Boitempo Editorial) é uma análise da nova dinâmica da produção industrial que marca as últimas décadas de todo o mundo. As autoras Graça Duck e Tânia Franco reúnem ensaios de doze autores, apresentando um panorama das mudanças na forma de produção e de organização dos trabalhadores. O livro é dividido em três partes: a primeira são reflexões históricas sobre as transformações do trabalho, enquanto a segunda apresenta resultados de pesquisa de campo realizada no Nordeste sobre a terceirização em empresas de ponta. Já a terceira parte abre-se a uma dimensão subjetiva, com base em depoimentos de dirigentes sindicais de diferentes setores do Brasil e da França.



TEXTOS SOBRE CIÊNCIAS SOCIAIS

Caderno CRH 55 – Dossiê: Finanças, Política e Território (EDUFBA), volume 22, número 55 (de janeiro a abril de 2009), é uma publicação do Centro de Recursos



Humanos da Faculdade de Filosofia da Universidade Federal da Bahia, coordenado pela doutora em Geografia Leila Christina Dias. A revista traz textos teóricos de autores clássicos da literatura estrangeira e nacional em ciências sociais. Na introdução do dossiê, Leila Christina afirma que as abordagens geográfica, sociológica e econômica atuam como possibilidades para compreender as complexas conexões entre finanças, política e território: "Ao reunir pesquisadores de horizontes disciplinares diversos, buscamos avançar na compreensão do processo de financeirização contemporâneo, através do estudo de seus ne-

xos, de seus atores e de suas implicações na dinâmica política e territorial, em múltiplas escalas geográficas". O caderno está disponível para leitura online no link: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0103-497920090001&lng=en&nrm=iso.

RÁDIO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Na boca do rádio – o radialista e as políticas públicas

(Editora Hucitec), fruto de tese de mestrado de Ana Luisa Zaniboni Gomes, apresenta reflexão sobre a condição comunicativo-educativa do rádio no campo das políticas públicas. Segundo a autora, o livro traz, no primeiro capítulo, um breve histórico do rádio no Brasil e, no capítulo seguinte, dedica-se às reflexões entre os campos da Comunicação e da Educação. A terceira e a quarta parte tratam do percurso completo de uma pesquisa sobre formação de radialistas, partindo de experiências concretas de formação de comunicadores que estimularam a discussão de problemáticas locais, com base no reconhecimento das políticas públicas nacionais. O último capítulo apresenta o Modelo de Gestão e Avaliação das Redes Temáticas da Rádio da Oboré, empresa de comunicação criada em 1978 por então estudantes, jornalistas e artistas que atuavam na imprensa universitária e alternativa e da qual Ana Luisa Zaniboni faz parte desde 1990. 



ENDEREÇOS

Boitempo Editorial

Tel. (11) 3875-7285/50

Fax (11) 9872-6869

E-mail editora@boitempoeditorial.com

Site www.boitempo.com

Editora Fiocruz

Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006

E-mail editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora

Editora Hucitec

Tel. (11) 3060-9273

Fax (11) 3064-5120

E-mail contato@hucitec.com.br

Site www.hucitec.com.br

PÓS-TUDO

A COP 15 no contexto dos encontros anteriores

Sandra Hacon *

A expectativa em torno da Conferência do Clima de Copenhague (COP 15), que ocorreu em dezembro de 2009, potencializada em grande parte pelo destaque dado pela mídia nacional e internacional, se, por um lado, fez emergir o debate sobre um tema vital para o planeta, por outro, simplificou o processo das discussões que os países desenvolvidos e em desenvolvimento vem travando sobre as alterações climáticas. Antes da COP 15, quatorze outras COPs ocorreram... E entender como se deram essas COPs ajuda a situar de forma mais realista o que aconteceu em Copenhague e a fazer análises dentro de um contexto de uma nova geopolítica do clima.

A discussão não é um tema novo para as agências governamentais ambientais e as ONGs, que já têm posições marcadas desde a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano, realizada em Estocolmo, Suécia, em 1972, reunindo cerca de 113 países e 400 ONGs. Em 1992, vinte anos depois, a ONU convocou nova reunião internacional, no Rio de Janeiro, a Eco-92, que teve como um dos principais resultados a Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas, assinada por 154 países, inclusive o Brasil. A Convenção entrou em vigor em 1994, levando os representantes dos países signatários a se reunir anualmente, a partir de 1995, nas Conferências das Partes do Clima (COPs).

A primeira COP, em Berlim, em 1995, deu início ao processo de negociação de metas e prazos para a redução de emissões de gases de efeito estufa pelos países desenvolvidos. A COP 2, em Genebra (1996), aprovou relatório do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC). Já nessa época, vários países expressavam a necessidade de se estabelecerem metas de redução. Assim, na COP 3, em Kyoto, Japão (1997), foi proposto e aceito por representantes de 189 países o Protocolo de Kyoto, que definiu metas obrigatórias para o período de 2008 a 2012. Foi definido também um mercado de créditos de carbono através do qual países industrializados

financiariam tecnologias limpas em nações em desenvolvimento como forma de compensar sua produção de dióxido de carbono (CO₂). O documento foi ratificado por 37 países industrializados. A COP 4, em Buenos Aires (1998), estabeleceu período de dois anos para o desenvolvimento de ferramentas para a implementação do protocolo, enquanto a quinta conferência (1999), em Bonn, Alemanha, foi marcada por discussões técnicas sobre o documento.

Na COP 6 (2000), em Haia, Holanda, delineava-se a dificuldade que o planeta enfrentaria para proteger-se dos malefícios da emissão descontrolada dos gases do efeito estufa. A conferência foi marcada pela recusa dos países da União Européia em aceitar uma proposta de compromisso para a redução dos gases. Essa posição fez com que as negociações fracassassem e fossem retomadas em conferência extraordinária, em julho de 2001, em Bonn. Essa segunda COP6, mais as COPs 7, 8, 9, 10, 11 e 12 (esta última, em 2006, em Nairóbi, África), não avançaram em termos de discussão e centraram-se no que aconteceria quando o Protocolo de Kyoto expirasse.

Somente na COP 13 (2007), em Bali, configurou-se o desejo de um novo acordo pós-Kyoto e deu-se um passo significativo, com a criação do Plano de Ação de Bali, pelo qual os países passariam a ter prazo até dezembro de 2009, quando ocorreria a COP 15, para elaborar os passos posteriores à expiração. Foi uma espécie de preparação para as negociações da Conferência de Copenhague, que já aí começava a se tornar alvo de expectativa. Antes disso, a COP 14 (2008), em Poznan, Polônia, dedicou-se à definição do programa de trabalho da COP 15.

Atualmente, 193 países participam das negociações. Tanto o Protocolo de Kyoto quanto o mercado de créditos de carbono fracassaram na tentativa de mitigar o aquecimento do planeta. Um dos princípios objetivos da COP 15 foi estabelecer novos compromissos para redução das emissões de gases do efeito estufa. Representantes nomeados pelas partes, pelos Estados observadores e pela imprensa deveriam reunir-se para buscar um compromisso por parte dos principais emissores de carbono (China e Estados

Unidos) e ações concretas para um novo acordo global sobre o clima e o apoio financeiro para os países em desenvolvimento. No entanto, a conferência terminou com um documento sem valor legal, que solicita — mas não exige — que os maiores poluidores façam cortes mais profundos, e mostrou que a efetividade do sistema de negociações multilaterais requer um consenso, por enquanto distante, para a tomada de decisões urgentes. O Acordo de Copenhague foi aprovado com relutância e sem unanimidade.

Vale levar em conta, de qualquer maneira, alguns pontos positivos da COP 15, que evidenciou responsabilidades diferenciadas de países desenvolvidos e em desenvolvimento, em relação à redução dos gases; contou com forte presença de empresários, que se mostraram envolvidos com a causa; e realçou iniciativas dos países pobres, que assumiram metas e se comprometeram com ações voluntárias de mitigação. O Brasil que, historicamente, veio resistindo à proposta de metas vinculantes ou obrigatórias no âmbito da Convenção do Clima para os países em desenvolvimento, também foi pelo mesmo caminho e defendeu o estabelecimento de um compromisso do país. Foi anunciada uma redução de 36% e 39% em relação às projeções para 2020 — ou seja, em relação ao que o país emitiria caso não fizesse nada. O estado de São Paulo, que concentra um terço do produto interno bruto nacional, adotou meta de 20% de redução absoluta de gases de efeito estufa no mesmo prazo, e os estados amazônicos fizeram pressão pela inclusão da questão das florestas nas negociações climáticas.

Pontos positivos à parte, a inoperância da COP 15 expressa-se agora na possibilidade de convocação para uma conferência intermediária no meio deste ano — como ocorrera em 2001 — e, desde já, sobrecarrega as expectativas sobre a COP 16, que será sediada, no México, no final de 2010. ■

* Pesquisadora titular da Ensp/Fiocruz, coordena com o pesquisador Christovam Barcellos (Icict), a Sub-Rede Clima-Saúde, da Rede Clima do MCT/INPE e o Observatório Nacional de Mudanças Climáticas (Ministério da Saúde/Fiocruz/Icict/Ensp). Foi integrante da delegação brasileira na COP 15.

Programa de Prevenção Contra a Aids

no Carnaval de Salvador Bloco da Camisinha | 15 anos



Cuidando da saúde em plena folia.

Realização:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz

Apoio:



GOVERNO DO ESTADO

Ministério
da Saúde

