

NESTA EDIÇÃO

 **Canal Saúde**
Construindo Cidadania
Tudo pelo SUS

E TAMBÉM
Brasil, o país
das farmácias

RADIS

comunicação em saúde



Nº 29 ♦ Janeiro de 2005

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

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso
Especial

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



AMIANTO

É URGENTE PROIBIR DE VEZ
O USO DA FIBRA QUE DESTRÓI
O PULMÃO DO TRABALHADOR



Esta página é um espaço aberto à teoria e à prática da Comunicação em Saúde

VideoSaúde mais perto de você



FOTO: PAULIRAN ARAUJO

A VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz, que em 16 anos de existência já reúne em seu acervo 3.500 títulos de vídeos sobre saúde e 4 mil usuários cadastrados em todo o país, está lançando uma novidade: as Franquias VideoSaúde. Trata-se de um novo formato de distribuição, que permitirá aos usuários reproduzir o acervo em todas as regiões do Brasil. Atualmente, os usuários, em qualquer estado, têm que encaminhar as solicitações à sede no Rio de Janeiro. "A possibilidade de ter uma videoteca-franquia otimizará o atendimento, aproximando a VideoSaúde dos diferentes públicos e discursos que buscam mecanismos para se fazer ver e ouvir, muitas vezes na própria região", diz a coordenadora da VideoSaúde, Tania Cristina Santos.

A videoteca-franquia também facilitará o ingresso de novos títulos no Banco de Recursos Audiovisuais em Saúde (Bravs), formando a Rede de Informação entre Videotecas VideoSaúde. "Dessa forma, na região onde estiver, o usuário poderá decidir a qual videoteca solicitar o material necessário a sua atividade", diz ela. "Nossa expectativa é grande para divulgar as vozes que circulam em pequenos grupos, para reconhecer a pro-

dução audiovisual de fora dos grandes centros urbanos e facilitar a interiorização das atividades da VideoSaúde".

INCENTIVO AOS PRODUTORES

Com registro patenteado no INPI e no Ministério da Cultura, a VideoSaúde é hoje um pólo de referência nacional de produções audiovisuais em saúde. A atividade lá é intensa: atende em torno de 10 mil pedidos de cópias por ano de vídeos de seu acervo, que inclui a produção de instituições públicas, empresas, ONGs, produtoras e realizadores independentes. "É um importante instrumento de incentivo aos produtores, pois abre espaço para a divulgação de suas criações em programas da TV universitária e educativa, nas Mostras Nacionais de Vídeos em Saúde e na Rede de Videotecas VideoSaúde", diz Umberto Trigueiros, chefe do Departamento de Comunicação e Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica (Cict-Fiocruz), ao qual está vinculada a VideoSaúde.

Entre as modalidades de distribuição estão a reprodução, o empréstimo, a cessão de trechos, a exibição em programas de TV. "Estamos investindo pesado no projeto das Videotecas e das franquias", conta ele. Já estão em funcionamento, com acervos com-

pletos ou temáticos, as videotecas da Biblioteca de Manguinhos e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ambas no campus da Fiocruz, no Rio), do Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fiocruz-Recife), da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (MG).

E, no formato de franquia VideoSaúde, a videoteca da Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes e Barros, de Mato Grosso, que encabeça uma rede implantada já em 14 municípios. Uma equipe do VideoSaúde esteve em Cuiabá em novembro para um curso de capacitação dos profissionais envolvidos.

No formato tradicional ou de franquias, o trabalho está sendo iniciado com diversas instituições: Colégio Pedro II (Rio), secretarias municipais de Saúde de Petrópolis e Macaé (RJ), Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz (Fiocruz-Salvador), Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane (Fiocruz-Manaus), Secretaria de Saúde do Rio Grande do Norte (Natal), Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (Sobral, CE), Universidade do Pará (Belém) e Hospital Conceição (Porto Alegre).

Mais Comunicação em Saúde nas páginas 16-17

Informações

Endereço Avenida Brasil, 4.036, sala 512/516
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro
Telefone (21) 3882-9000
Site www.cict.fiocruz.br/
E-mail videosaude@cict.fiocruz.br

Nesta página vale tudo: análises de campanhas de saúde nas mídias, comentários sobre as mais recentes teses acadêmicas, mosaico de experiências exitosas (e também de experiências "hesitasas") da prática dos serviços e dos usos da comunicação, fotos, textos, diagramas.

Muita farmácia e pouca saúde do trabalhador

“Pouca saúde e muita saúde, os males do Brasil são”, dizia a personagem Macunaíma, de Mário de Andrade, em 1928. Oito décadas depois, farmácias e drogarias infestam como formigas as cidades, sem que isso represente mais saúde para os brasileiros. Pelo contrário. Reportagem investigativa de Jesuan Xavier revela que o fenômeno está associado a distorções como ausência de critérios no zoneamento sanitário urbano, venda lucrativa de medicamentos, comércio de outros produtos nos estabelecimentos, automedicação, empurroterapia – em que o balconista sugere remédios de que o usuário não necessita – e até mesmo fachada para lavagem de dinheiro e roubo de medicamentos. O desvio de cargas chega a cerca de R\$ 15 milhões anuais e, segundo relatório da CPI dos Medicamentos, tem a conivência de fabricantes de remédios para desafogar produtos com validade a vencer.

No fim de 2004, propaganda enganosa da indústria de amianto foi condenada pelo Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária. Ressaltando aspectos econômicos, a campanha dizia que “esta verdade não tem dois lados”. Pois a revista *Radis*, além de ouvir fabricantes do produto proibido em 42 países e a ser definitivamente banido na Europa em 2005, mostra, em reportagem de Kátia Machado, o outro lado “desta verdade”.

O lado humano. Jorge, Rosa, Noêmia, Astrogildo e Dulcelina (que morreu no ano passado) são alguns dos milhares de brasileiros vítimas de doenças como asbestose e câncer de pulmão, resultantes do trabalho e do contato com o amianto em minas de extração, fábricas e tecelagens. Cerca de 300 deles são acompanhados pelo pneumologista Hermano de Castro e pelo biólogo Marcos Menezes, do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) da Ensp/Fiocruz. Em consonância com o Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica da França e a Organização Mundial de Saúde, os especialistas asseguram: “O amianto e qualquer de suas variações são cancerígenos”.

Atuando na comunicação em saúde desde 1982, o Programa RADIS tem muito prazer em destacar nesta edição a estratégia polifônica da distribuidora VideoSaúde, criada como núcleo de vídeo da Fiocruz há 16 anos, e as comemorações dos 10 anos do Canal Saúde, que realiza trabalho exemplar na defesa do Sistema Único de Saúde e na construção de cidadania.

Exceto na propaganda falaciosa, não há verdades de um só lado. E nós estamos do lado da saúde.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Radis

CARTUM



Comunicação em Saúde

- ♦ VideoSaúde mais perto de você 2

Editorial

- ♦ Muita farmácia e pouca saúde do trabalhador 3

Cartas

4

Súmula

5

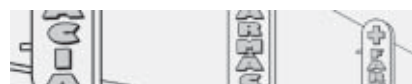
Toques da Redação

7



Saúde do Trabalhador

- ♦ Amianto, a fibra que mata 8



Medicamentos

- ♦ Por que tanta farmácia? 12

Lei de Inovação Aprovada

- ♦ Prepare suas boas idéias! 15

Comunicação em Saúde

- ♦ Uma TV a serviço do SUS 16

Serviço

18



Pós-Tudo

- ♦ Ilustrações esquecidas abrem discussão sobre ciência e arte 19



CARTAS

CARTÃO DO SUS

O Cartão Nacional de Saúde, do SUS, é um dos melhores projetos do Ministério da Saúde, para agilizar e melhorar o atendimento aos usuários do sistema, na obtenção de remédios, na realização de exames, consultas etc. O cartão é de tal importância e necessidade na vida dos brasileiros que deveria ter status de documento preferencial, pois identifica e credencia o usuário a ser atendido em qualquer unidade de saúde do país.

Infelizmente, há cidades com o cadastramento do usuário atrasado ou parado. Postos e hospitais da rede pública não são informatizados, causando indignação, desesperança e prejuízos aos usuários e ao projeto, que não deslancha devido ao descaso.

♦ Paulo Londero, Palmares do Sul, RS

■ *Caro Paulo, a Radis promete tratar do assunto em 2005.*

CHAGAS EM TRIUNFO

Quando estava em minha cidade, Triunfo (PE), fui procurada por um agente de saúde da área rural preocupado com a quantidade de exames positivos para Doença de Chagas do pessoal de sua microárea. Ele me informou também que a Prefeitura Municipal não es-

tava tomando nenhuma atitude, apenas oferecendo 50% do valor de um eletrocardiograma às pessoas, alegando não ter dinheiro para cobrir todo o exame.

♦ Mauriciana Pereira Ferreira, João Pessoa

■ *A Gerência de Doenças de Veiculação Hídrica e Vetores da Secretaria de Saúde de Pernambuco "estranhou" a informação. Questionada anteriormente pelo Ministério da Saúde, enviou ofício a Brasília desmentindo a denúncia. A Radis vai acompanhar o assunto e sugere que o tema seja levado ao Conselho Municipal de Saúde de Triunfo.*

CONTEÚDO ESSENCIAL

Sou aluno do curso de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto e conheci recentemente a *Radis*. Achei muito interessante e bem-elaborada, com conteúdo essencial a qualquer profissional da área de saúde, pois engrandece a formação acadêmica e nos permite estar antenados nos acontecimentos da saúde pública.

♦ Sérgio Barbosa Lima, Ouro Preto, MG

Gostei muito das matérias da edição de novembro de 2004 (*Radis* nº 27), especialmente a que trata da hanseníase.

♦ Leda Silva Queiroz, São Luís, MA

Aviso ao leitor

A partir de agora você pode atualizar seus dados cadastrais pela internet. Acesse www.ensp.fiocruz.br/radis – escolha a opção "Assinaturas" e informe seu código de assinante (que consta da etiqueta).

A senha para o primeiro acesso é 9999, que você pode alterar posteriormente.



Sou conselheira de saúde, e a matéria Sobre o plano de carreira do SUS (*Radis* nº 26) veio em boa hora. Não posso ficar sem os próximos exemplares!

♦ Irene Bernardo, Marília, SP

Gostaria de obter informações mais detalhadas a respeito da Pesquisa Mundial de Saúde – "A percepção dos brasileiros sobre a saúde", cujo resumo foi publicado por esta revista, edição *Radis* nº 22, de julho de 2004. Parabéns pela revista.

♦ Maria Aparecida Vieira, Montes Claros, MG

■ *Prezada leitora: a matéria de capa da Radis nº 23, com 20 páginas, é dedicada à Pesquisa Mundial de Saúde. Ver site www.ensp.fiocruz.br/radis*

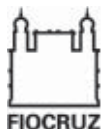
RADIS EM DOBRO

Venho em primeiro lugar agradecer as edições recebidas até o presente momento e parabenizá-los pelo excelente trabalho. Gostaria de informá-los que estou recebendo duas revistas. Peço a gentileza de cancelar a revista remetida em dobro.

♦ Marcelo Marques Pacheco, Juiz de Fora, MG

■ *Obrigado, Marcelo, assim poderemos incluir um novo assinante.*

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 43 mil exemplares
Assinatura grátis
(sujeita à ampliação do cadastro)

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

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha

Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Jesuan Xavier (subeditor),
Katia Machado e Wagner Vasconcelos
(Brasília/Direb)

Arte Aristides Dutra (subeditor) e Hélio Nogueira

Documentação Jorge Ricardo Pereira e
Laís Tavares

Secretaria e Administração Onésimo
Gouvêa e Cícero Carneiro

Informática Osvaldo José Filho
Endereço

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

E-Mail radis@ensp.fiocruz.br
Site www.ensp.fiocruz.br/radis

Impressão
Ediouro Gráfica e Editora SA

USO DA INFORMAÇÃO – O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente utilizado e reproduzido em qualquer meio de comunicação impresso, radiofônico, televisivo e eletrônico, desde que acompanhado dos créditos gerais e da assinatura dos jornalistas responsáveis pelas matérias reproduzidas. So-

licitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem conteúdo de nossas publicações que enviem para o *Radis* um exemplar da publicação em que a menção ocorre, as referências da reprodução ou a URL da Web.

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA

O MAIS NOVO MAL DE VERÃO

O Estado de S. Paulo (14/11/2004) prestou serviço à população com a matéria "Polifenóis de alcachofra: não há provas científicas de sua eficácia", de Eduardo Nunomura. A reportagem alerta para a "moda atual, condenada, perigosa e até ilegal", de se descobrir a novíssima injeção contra gorduras localizadas. "Em nome da beleza, um número cada vez maior de pessoas tem se tornado cobaia para substâncias que prometem milagres, mas cuja única certeza é a de que não há provas científicas de sua eficácia", escreve o repórter.

Lipostabil, um medicamento cardiovascular, foi a droga de verões passados (já houve outras, como procaína, xantina, aminofilina, tiratril e iombina). Em janeiro de 2003, a Anvisa proibiu o lipostabil para fins estéticos. "Neste verão, se nada for feito para impedir o uso indiscriminado, será a vez dos polifenóis de alcachofra", informa a matéria. "O produto virou motivo de reportagens propagandistas, está espalhado em outdoors e é vendido livremente pela internet".

O desserviço maior coube à *Veja*. Em setembro, a revista botou seus holofotes sobre a médica Maria Amélia Bogéa, que disse estar tratando "celebridades" como Juliana Paes, Angélica e Danielle Winits com injeções de polifenóis de alcachofra. Os consultórios médicos passaram a ser bombardeados com pedidos. "Não existe nenhuma medicação aplicada no abdome que forme uma barriga de tanquinho. Se alguém me trouxe uma, eu rasgo meu diploma", desafiou o presidente da Sociedade Médica Brasileira de Intradermoterapia, Carlos Eduardo Nazar, formado pela Escola Paulista de Medicina.

"Não há evidências científicas de que os polifenóis de alcachofra possam ajudar no tratamento de gordura localizada", resumiu a presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Valéria Guimarães. Como o Lipostabil, o uso da alcachofra também está sendo desvirtuado. Há estudos que indicam sua ação na estimulação hepática e diurética. "A Sociedade Brasileira de Dermatologia recomenda aos associados que não uti-

lizem os polifenóis de alcachofra, nem outras drogas que não estejam aprovadas pela Anvisa", disse a coordenadora da entidade, Dóris Hexsel.

Em 24 de novembro, a Anvisa proibiu a propaganda dos polifenóis no país. Quatro dias depois suspendeu, em todo o território nacional, importação, fabricação, manipulação, distribuição, comércio e uso do extrato de polifenol de alcachofra. A imprensa anunciou que a médica Maria Amélia Bogéa estaria respondendo a processo no Cremerj, coisa que o conselho não confirma porque tais casos são tratados em sigilo. Já a *Veja* planeja, provavelmente, sua próxima matéria de desinformação em saúde.

LEI DE RESPONSABILIDADE SANITÁRIA



O ministro Humberto Costa promete para breve o envio ao Congresso de projeto para uma Lei de Responsabilidade Sanitária, que institui punições administrativas e até criminais a prefeitos e governadores que não aplicarem em saúde o percentual de receita própria determinado pela Constituição — 12% para os estados e 15% para os municípios. Também seria fiscalizado o cumprimento das metas da saúde. Segundo a *Folha* de 6 de novembro, o Ministério da Saúde buscou inspiração na Lei de Responsabilidade Fiscal, um rígido código de conduta para gestores das finanças públicas, cujo descumprimento pode dar cadeia.

O projeto começou a ser preparado em agosto, e prevê punição para o gestor que não cumprir metas epidemiológicas, como redução da taxa de mortalidade infantil, melhora no controle da tuberculose ou cobertura do Programa Saúde da Família.

Atualmente, não há um instrumento jurídico que permita a puni-

ção de prefeito ou governador que não cumpra as metas pactuadas no SUS. Por exemplo, não sofreram qualquer sanção os 17 estados que, segundo o ministério, não aplicaram o percentual constitucional em saúde em 2001 e 2002. A forma de punição não foi antecipada pelo ministro, mas os estados que se comportaram como manda o figurino serão premiados, anunciou o ministro: receberão verba extra para aplicar como quiserem.

FOME ZERO E ECONOMIA SOLIDÁRIA

Bombardeados de todas as formas pela imprensa, o Programa Fome Zero e seu desdobramento de transferência de renda, o Bolsa-Família, mereceram defesa do ministro Patrus Ananias, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em entrevista à revista *Carta Capital*:

Nos últimos seis meses, o Bolsa-Família teve uma ampliação de 36%, disse ele. O número de famílias atendidas subiu para 5.385.600 em outubro. O programa está chegando a 5.521 municípios (dos 5.061) do país. A meta de 2004 era atingir 6,5 milhões de famílias. Em 2005, é de 8,7 milhões em 2005 e, em 2006, de 11,2 milhões, ou seja, todas as famílias pobres do Brasil, conforme o IBGE, cujos dados o governo usa.

"Acho que os resultados estão aparecendo e as notícias sobre os problemas (gente que não precisa mas recebe o benefício, e famílias beneficiárias que não mandam os filhos à escola) mostram que os programas sociais estão se tornando realidade", disse. "Claro que se trata de um processo, com desafios e problemas localizados. Mas vamos aperfeiçoá-lo."

As políticas do Fome Zero e do Bolsa-Família têm dado origem a novas práticas econômicas. Segundo a Secretaria Nacional de Economia Solidária, já há cerca de 25 mil empreendimentos solidários, de cooperativa ou autogestão, espalhados pelo Brasil. Um fenômeno que, de acordo com o secretário Paul Singer, começou a crescer nos últimos 10 anos, mas ganhou força há dois. As regiões Sudeste e Sul são as que mais se destacam, além de Ceará e Pernambuco.

O secretário Paul Singer disse em entrevista ao jornal eletrônico La In-

sígnia (www.lainsignia.org/2004/10/outubre/ibe_079.htm) que a idéia é unir as iniciativas de economia solidária aos programas de distribuição de renda. As famílias atendidas pelo Bolsa-Família serão incentivadas a aprender modos de trabalho de economia solidária; além disso, os milhares de assentados pela reforma agrária praticam algum tipo de cooperativismo. “Um dos objetivos fundamentais do governo é dar viabilidade econômica aos assentamentos, o que não é fácil”, disse ele. Parte nada conseguiu ainda — por problemas de localização ou de qualidade da terra. Não é uma operação comercial, “é uma ocupação política das terras”: depois que conquistam a terra, muitos acabam restritos à economia de subsistência. “Isso não é miséria, mas é pobreza”, reconhece Paul. “É preciso ajudá-los, levar educação, saúde, desenvolver tecnologias, e realizar isso tudo coletivamente é bem melhor”.

O Fórum Brasileiro de Economia Solidária já ganhou novo foco: “Uma outra economia acontece”. Está sendo estudado um Programa Nacional de Microcrédito, para assistência a pequenos empreendedores. A secretaria apóia 108 projetos de economia solidária. E há muitas iniciativas em andamento, como feiras de economia, clubes de troca, capacitação profissional, criação de cooperativas, incentivo à autogestão, complexos cooperados e em rede com diversos segmentos.

Já há 23 complexos (têxteis, metalúrgicos, pesqueiros) em 10 estados (RS, PA, SP, MG, PB, BA, PE, PR, CE), reunindo mais de 7.500 trabalhadores.

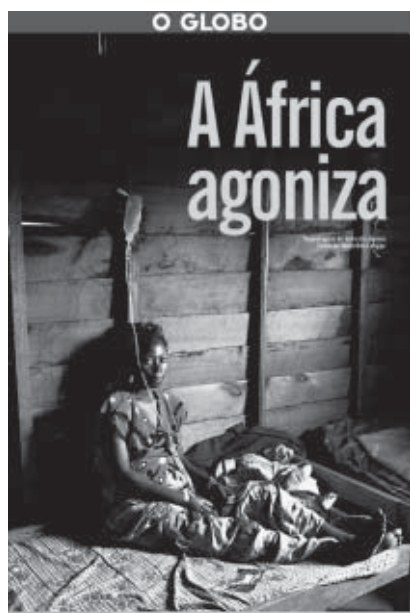
Mais informações

A íntegra desta matéria está no site do Programa Fome Zero (www.fomezero.gov.br), na reportagem intitulada “Para Paul Singer, economia solidária é alternativa para modelo patrão e empregados”, do dia 13/11/2004.

PEQUENOS DIABÉTICOS SEM INJEÇÃO

Médicos noruegueses desenvolveram um tratamento para o diabetes hereditário ou do tipo 1 que substitui a seringa por comprimidos que estimulam a produção natural de insulina, publicou a revista médica norueguesa *Diabetes*. Segundo Paul Rasmus Njolstad, professor da Universidade de Bergen, o tratamento teve êxito em crianças que desenvolveram o diabetes aos 6 meses de vida. Os médicos pesquisam agora a possibilidade de tratar, com os comprimidos, adolescentes e adultos afetados por este tipo de diabetes.

AIDS, A AGONIA DA ÁFRICA



O *Globo* marcou o Dia Mundial de Combate à Aids, em 1º de dezembro, com um caderno especial intitulado “A África agoniza”, assinado pela repórter Roberta Jansen, enviada à República Democrática do Congo. O balanço choca: o continente concentra 25,4 milhões dos 39,4 milhões de infectados no mundo (60%); nos países mais atingidos, o percentual de infecção ultrapassa os 35% (no Brasil é de 0,5%). A OIT estima que em 2015 algumas nações terão perdido até 25% de sua mão-de-obra. A contaminação de soldados nos países em conflito é estimada em 60%, e o estupro é visto como arma de guerra. A expectativa de vida é de 47 anos; sem a Aids, seria de 62.

KITS NACIONAIS DE DIAGNÓSTICO

O Instituto de Biologia Molecular do Paraná (IBMP), vinculado à Fiocruz, vai produzir kits nacionais de diagnóstico da hantavirose e da hepatite C. Esses novos insumos para a saúde, mais adequados à realidade brasileira, custam menos do que os importados e são mais específicos e sensíveis para diagnosticar pacientes no país, já que feitos a partir de vírus que circulam no Brasil, e não com cepas virais estrangeiras.

Para hantavirose, um teste de Nested-RT/PCR, que detecta o material genético do vírus no sangue do paciente, já foi desenvolvido e está em fase de validação. Um outro kit, que usa proteínas virais produzidas pela tecnologia do DNA recombinante, tem produzido resultados satisfatórios em ensaios preliminares. Para hepatite C, os pesquisadores já têm mui-

tos dados para o desenvolvimento de um PCR em tempo real, técnica que, além de detectar o material genético viral, conseguiria estimar a quantidade de vírus circulantes no sangue do paciente.

O IBMP é fruto de convênio de cooperação entre a Fiocruz e o governo do Paraná. Foi criado formalmente em 1999, quando pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz mudaram-se para Curitiba. Em área de 1.000m² no campus do Instituto de Tecnologia do Paraná, o IBMP tem moderna infra-estrutura para a pesquisa de ponta. Sob a direção do biólogo Samuel Goldenberg, a equipe do IBMP/Fiocruz produz e aprimora insumos para a saúde humana e animal e qualifica recursos humanos.

Mais informações

IBMP: Semente da Fiocruz germina no Paraná (www.fiocruz.br/ccs/especiais/ibmp.htm)

CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata é o segundo em incidência na população masculina, segundo o Instituto Nacional do Câncer (Inca), atrás apenas do câncer de pele, e representa grave problema de saúde pública por suas altas taxas de mortalidade, informou o jornal *O Estado de S. Paulo*, em matéria sobre a campanha do Ministério da Saúde contra a doença. Os principais sintomas: urinar com frequência, especialmente à noite; dificuldade de iniciar o fluxo urinário; sensação de esvaziamento incompleto da bexiga após a micção; sangue na urina; dificuldade de ereção; dor freqüente na região pélvica, quadris e coxas.

Homens com antecedentes familiares de câncer de próstata têm mais chance de desenvolver a doença. Os riscos aumentam em 2,2 vezes quando um parente de 1º grau (pai ou irmão) tem o problema. Nos casos hereditários, o câncer se manifesta mais precocemente, até antes dos 50 anos. Por isso, os homens com histórico familiar devem realizar exames preventivos a partir dos 40, e não aos 50, como é recomendado habitualmente.

BANCO NACIONAL DE TUMORES

O país vai ganhar um banco nacional de tumores cancerígenos no Centro de Pesquisas Clínicas do Inca, reunirá informações necessárias para a elaboração do heterogêneo perfil genético da população brasileira, possibilitando estudos que permitirão o aprimoramento do diagnóstico e do tratamento da doença.

Inicialmente, serão coletadas amostras de tumores de maior incidência entre os brasileiros, como os de pulmão, mama, colo de útero, próstata e esôfago. A associação entre a análise dos tecidos cancerosos e os dados clínicos dos pacientes permitirá, por exemplo, a identificação dos genes em determinados tipos de tumor. O projeto do Banco Nacional de Tumores e DNA começou a ser elaborado há dois anos pelo oncologista Carlos Gil Ferreira, chefe de Pesquisas Clínicas do Inca, e saiu do papel graças à doação de US\$ 4 milhões da fundação suíça Swiss Bridge e de R\$ 250 mil da Finep, vinculada ao MCT. O Hospital do Câncer de São Paulo tem seu banco desde 1999, com amostras de 8 mil tumores.

HEMOBRÁS EM PERNAMBUCO



O Ministério da Saúde decidiu construir a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás) em Pernambuco. São Paulo e Rio de Janeiro também disputavam a fábrica e havia empate no quesito técnico entre os três concorrentes (*Radis* nº 20). O argumento para a escolha foi a opção por investimentos fora do eixo Rio-São Paulo, para descentralizar a produção técnica e científica.

Pernambuco foi o primeiro estado a reivindicar a fábrica, no governo Fernando Henrique, e a Fundação Hemocentro de Pernambuco é pioneira no fracionamento do sangue para a obtenção da albumina. O *Estado de São Paulo* informou em 26/11 que o senador Sérgio Guerra (PSDB-PE), que preside a Frente Parlamentar da Saúde, condicionou a aprovação do projeto da Hemobrás à instalação da fábrica em Pernambuco, segundo o jornal porque o senador quer evitar que o ministro aproveite sozinho os frutos políticos do empreendimento. O diário afirma que o ministro é candidato ao governo de Pernambuco em 2006. ■

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



DESPEDIDA — O sanitarista Gastão Wagner chorou muito em seu discurso de despedida da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, no dia 11 de novembro. Falando no Conselho Nacional de Saúde, Gastão defendeu a redução de poderes da administração federal sobre o SUS. "Só vamos assistir à melhora do sistema com o aumento da participação da sociedade." Ao *Estado de São Paulo*, dias depois, Gastão disse que, no trato com a equipe econômica, sofreu "verdadeiras agressões por representar o SUS".

"Há um movimento no governo para retardar a regulamentação da vinculação dos recursos para a saúde", afirmou, referindo-se à PLP 01/03, que tramita no Congresso (*Radis* nº 27).

PÓS-GRADUAÇÃO NO INCA — O Inca (Instituto Nacional de Câncer) será a primeira instituição no Estado do Rio a oferecer pós-graduação stricto sensu em oncologia. Os cursos de mestrado e doutorado terão início no primeiro semestre de 2005, e receberam parecer favorável da Capes (MEC). Inicialmente serão oferecidas 10 vagas para o mestrado e 10 para o doutorado.

Mais informações

Instituto Nacional de Câncer
Tel. (21) 2506-6103 / 2506-6108;
E-mail imprensa@inca.gov.br

GOOGLE SCHOLAR — Uma versão especial para pesquisadores é a novidade oferecida pelo Google, o popular serviço de busca na internet. O Google Scholar (<http://scholar.google.com>), ainda em fase de testes, varre a web atrás de artigos científicos, relacionando os textos por importância segundo a palavra-chave e indicando quantas citações mereceram em outros artigos disponíveis na web.

O Google Scholar permite também a busca de teses, livros, resumos, relatórios técnicos e outras publicações científicas em todas as áreas do conhecimento. Por enquanto a edição é em inglês, mas a ferramenta localiza artigos também em outras línguas, informa a Agência Fapesp. Dificulda-

des com a versão beta podem ser relatadas aos desenvolvedores e um interessante fórum de discussão formouse sobre o Google Scholar (<http://groups-beta.google.com/group/Google-Labs-Google-Scholar>).



PREPARE-SE PARA O DIA — A saúde da mãe e da criança

é o tema escolhido pela OMS para o Dia Mundial da Saúde de 2005 — celebrado em 7 de abril com atividades em todo o mundo. Na data será lançada a edição de 2005 do Relatório Mundial da Saúde, cujos dados justificam a escolha do assunto: anualmente, quase 11 milhões de crianças até 5 anos morrem por doenças que poderiam ser prevenidas ou tratadas; mais de meio milhão de mães morrem no parto, por hipertensão, hemorragias, abortos e infecções. A OMS indica a questão como prioridade política para os Estados-membros.

INDIGESTO — Nosso bravo repórter Inocêncio Foca, que esteve em Caldas Novas (GO) para cobrir o 2º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária (cobertura na próxima edição), ficou perplexo ao ver que um dos hotéis participantes do evento — como, aliás, os demais restaurantes e bares da cidade — não cumpria as normas mínimas da Anvisa: a comida ficava exposta por longas horas, apesar dos enxames de moscas. Pelo menos sete participantes do evento tiveram intoxicação alimentar. Outro estranho hábito da cidade: os motoristas de táxi, que não têm taxímetro, cobravam por qualquer corrida o valor de R\$ 10, fosse curta ou longa a distância a percorrer. No encerramento, reclamação geral: encontros de porte devem ser organizados em cidades com maior infra-estrutura. ■

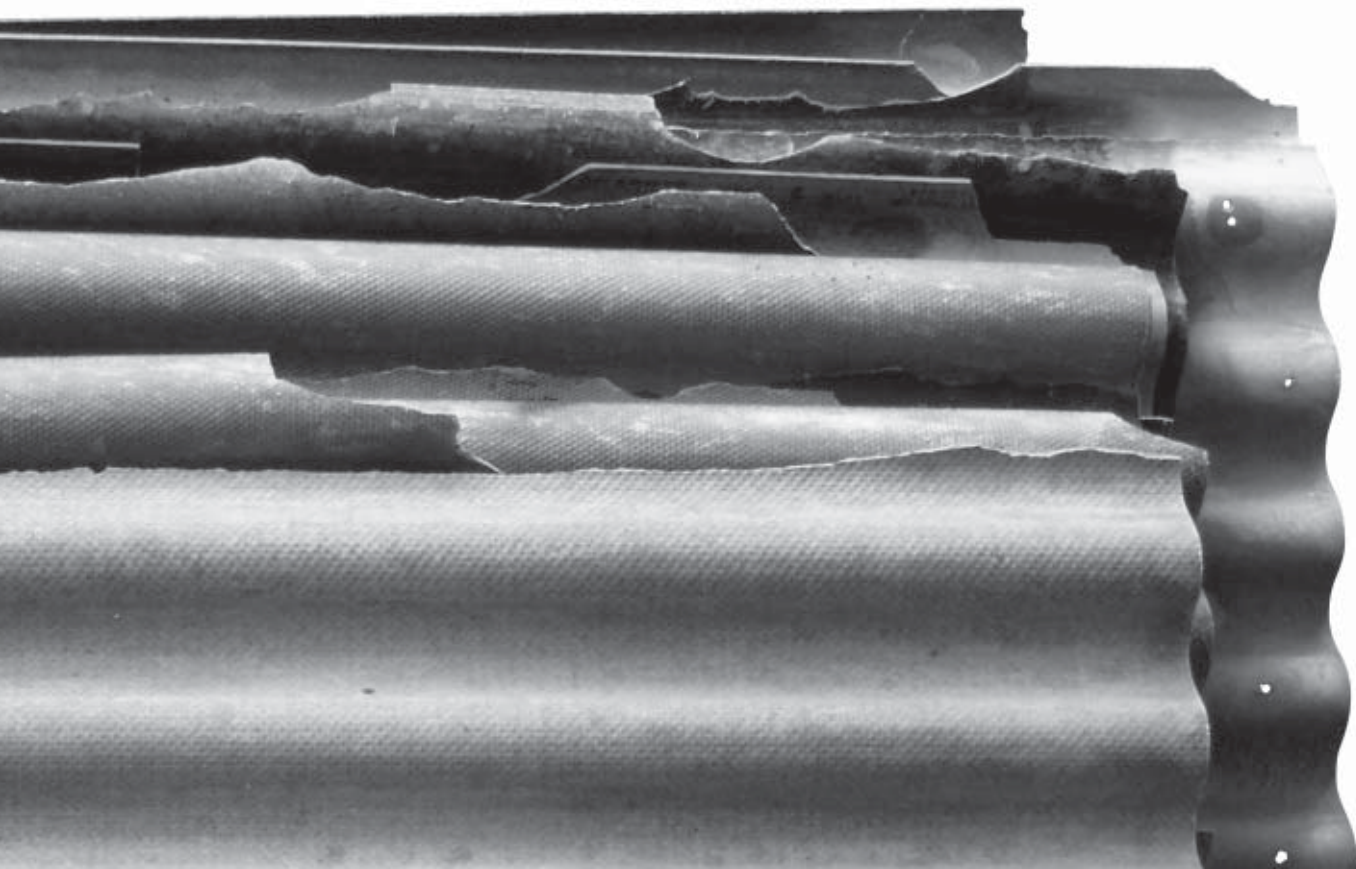
Amianto, a fibra que mata

Katia Machado

Astrogildo Adulcino da Rosa, 69 anos, sempre freqüentou academias do Rio de Janeiro: adorava praticar jiu-jitsu. Em 1984, teve que abandonar as atividades físicas, pois começou a sentir cansaço, dores intensas na região pulmonar e falta de ar em consequência de uma asbestose — doença crônica de origem ocupacional que deixa o pulmão endurecido. A doença surgiu depois de 28 anos trabalhando na Eternit, fabricante de telhas e caixas d'água de amianto.



Astrogildo é um dos milhares de ex-operários das indústrias brasileiras que empregam o amianto, fibra mineral natural, como matéria-prima em mais de 3 mil produtos — roupas, telhas, caixas d'água, canos, isolantes, fibrocimento, pisos, adesivos, tintas e impermeabilizantes, sistemas de embreagem e freio de veículos. Ou seja, o amianto está em toda parte, mas especialmente nas fábricas de material de construção, de tecidos e de autopeças. Das variedades de amianto existentes na natureza, seis são usadas comercialmente. No Brasil, atualmente, o amianto crisotila é o mais utilizado.

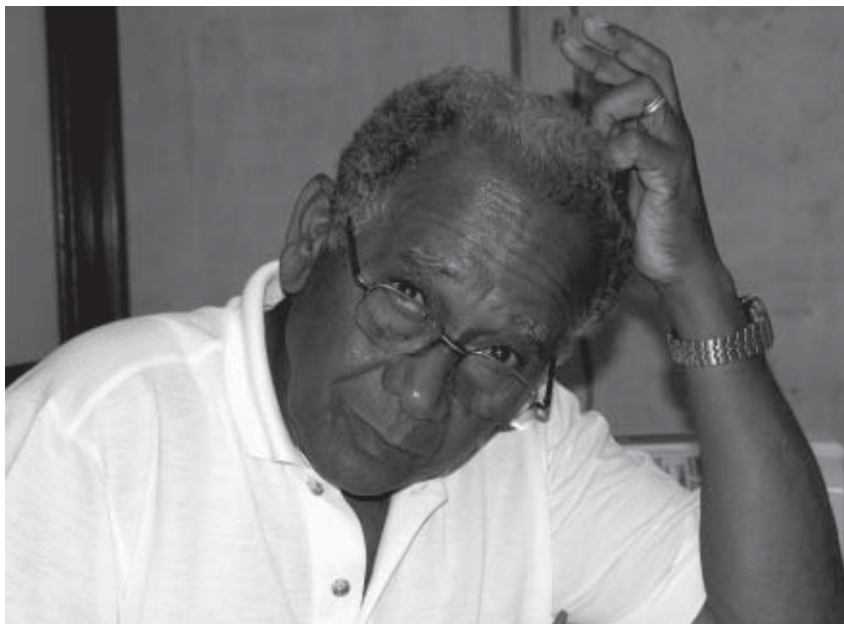


Esta, porém, é uma fibra maldita. A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi taxativa em sua classificação: trata-se de produto cancerígeno. De saída provoca a doença chamada asbestose, geralmente em forma de fibrose pulmonar, que pode ser acompanhada de câncer brônquico, como resultado da inalação de pó ou poeira de amianto. Além do câncer de pulmão e do trato gastrointestinal, causa ainda o mesotelioma, tumor maligno raro e de prognóstico sombrio, que atinge a pleura e o peritônio, com período de latência em torno de 30 anos. Num paciente com mais sorte, ocasiona problemas respiratórios, como placas pleurais, e alterações funcionais no pulmão. Em todos os casos o doente sente fortes dores pulmonares, cansaço físico e falta de ar. O tratamento possível inclui remédios e fisioterapia pulmonar, quando não a cirurgia.

A indústria do amianto, proibida no mundo desenvolvido, lançou recentemente no Brasil campanha publicitária ousada, que começa dizendo: "Amianto crisotila, respeitando a vida, fazendo o Brasil crescer"; e encerra com uma apelação recorrente nestes tempos de globalização e neoliberalismo: "Esta verdade não tem dois lados: a amianto crisotila gera mais de 200 mil empregos no Brasil". Forçados a retirar a propaganda das ruas, por desrespeito a quatro artigos do Código Brasileiro de Auto-Regulamentação Publicitária, induzindo o consumidor a erro, os representantes da indústria do amianto já tiveram que mudar três vezes seu conteúdo. Mas acabam sempre voltando.

A indústria alega que o amianto é a oitava maravilha do mundo: "Resistente como o aço e imune ao fogo, o amianto ou asbesto tem alta resistência mecânica, boa qualidade isolante, durabilidade, flexibilidade, indestrutibilidade, resistente ao ataque de ácidos, álcalis e bactérias e facilidade de ser tecido". Amianto, em grego, significa imaculado ou incorruptível, e asbesto pode ser traduzido para perpétuo, inextinguível. Para gregos e troianos, a tragédia é seu baixo preço, o que atrai a indústria.

O Brasil iniciou a produção comercial de amianto em 1938, na Bahia. A extração foi interrompida em 1967, com a exaustão da mina, pertencente à Mineração de Amianto Ltda. (Sama). A empresa partiu então para a exploração das jazidas de Goiás, descobertas em 1962. A produção nacional passou de 2.145 toneladas por ano, em 1965, para a auto-suficiência em 1985, com 165.062 t/ano; as 200 mil t/ano



Astrogildo, 28 anos em fábrica de amianto, tem asbestose. E também sua mulher: ela lavava em casa as roupas do marido, sujas pelo pó da fibra

atuais saem da mina situada em Minaçu (GO). O Brasil é o quarto maior produtor de amianto do mundo, atrás apenas de Rússia, Canadá e China.

A MORTE POR COMPANHIA

A morte acompanha esses números. "Vi famílias inteiras e muitas pessoas queridas adoecerem e morrerem porque trabalharam em empresas de amianto", conta Ruth Maria do Nascimento, 47 anos. Ex-operária da antiga Asberit, hoje Teadit, indústria têxtil do Rio de Janeiro, trabalhou como fiadeira de 1978 a 1990. E tem asbestose. Os indícios da doença, como falta de ar, dores intensas e muito cansaço, surgiram em 1988. Mas só teve diagnóstico em 1997, após exames no Ambulatório de Pneumologia Ocupacional do Cesteh, o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Ensp/Fiocruz, que acompanha desde 1992 um grupo de trabalhadores expostos ao amianto.

Ruth jamais foi informada dos malefícios da fibra. Fazia exames médicos de seis em seis meses, mas nunca teve acesso aos resultados. "Nas crises de cansaço e falta de ar diziam que estava com alergia ou resfriado", denuncia ela a incúria da fábrica. E sempre manipulou a fibra diretamente. A máscara de proteção só era obrigatória em dias de fiscalização trabalhista. "Quando os fiscais iam embora, podíamos tirar a máscara".

As condições de trabalho: turnos de oito horas, sem intervalo para refeições; os operários almoçavam, lanchavam ou jantavam quase sempre no setor de produção, junto à poeira do

amianto. Hoje, presidindo o braço carioca da Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (Abrea), uma das maiores e mais importantes representações na guerra contra o amianto, que tem sede nacional em São Paulo, Ruth luta na Justiça por indenização por perdas e danos.

Alguns de seus companheiros nesta luta e as doenças que os acompanham: Jorge Pereira, 61 anos, operador de silo de cimento por 28 anos na Eternit (placas na pleura); Rosa Amélia Alves de Araújo, 65 anos, fiadeira da Teadit por 14 anos (asbestose); Noêmia Rodrigues Barbosa, 58 anos, fiadeira da Teadit por 16 anos (asbestose) – sem aposentadoria e desempregada, briga por indenização e pelo auxílio do INSS; e Astrogildo Adulcino da Rosa, o personagem da abertura desta matéria. Ana Maria da Costa Celestina, 25 anos, nunca trabalhou em fábrica de amianto, mas aderiu à campanha em



ONG fundada em 1995, em Osasco (SP), reúne trabalhadores expostos ao amianto e suas famílias. Busca também conscientizar a população sobre os riscos do amianto. Por sua contribuição à luta e à organização das vítimas e na mobilização da sociedade contra o amianto, a Abrea-RJ recebeu o 1º Prêmio Sergio Arouca de Saúde e Cidadania, criado pela Associação dos Servidores da Fundação Oswaldo Cruz (Asfoc).



Da esquerda para a direita, Deisimar do Nascimento (secretária da Abrea), Astrogildo, Jorge, Noêmia, Ana (com o filho) e Rosa

nome da família. A tia Dulcelina da Costa Alegrete, vice-presidente da associação, morreu no ano passado de câncer no pulmão — era fiadeira da Teadit. Ana chora toda vez que fala do assunto, porque perdeu o pai, um tio e outra tia, todos ex-operários da fática Teadit.



A Abrea luta na Justiça para que as empresas de amianto se responsabilizem por essas mortes.

O Instituto Brasileiro do Crisotila se atribui caráter técnico-científico. E divulga em seu site (crisotilabrasil.org.br) estudo (há pesquisadores para tudo...) que afirma ser o crisotila (ou amianto branco) — o Brasil é seu maior produtor — mais facilmente expelida pelo pulmão do que outros tipos da fibra. “Há inúmeros estudos que demonstram o menor potencial agressivo do crisotila”, afirmou à *Radis*, em entrevista por e-mail, a presidente executiva do Instituto, Marina

Júlia de Aquino. “Outros ainda mostram que, quando a saúde do trabalhador foi comprometida, é porque havia traços de amianto do tipo anfibiótico na crisotila utilizada”. Marina citou relatório produzido pela agência ambiental do governo dos EUA, segundo o qual o aparecimento de doenças como o mesotelioma e a asbestose requer altas cargas de crisotila.

SEM LIMITE SEGURO

Para o biólogo Marcos Menezes, chefe do Laboratório de Toxicologia do Cesteh, isso é mentira. “A OMS e o Instituto Internacional do Câncer, responsáveis pela classificação toxicológica das diversas substâncias, afirmam que o amianto e qualquer de suas variações são cancerígenos”.

O mesmo afirma o pneumologista Hermano Albuquerque de Castro, médico do trabalho do Ambulatório de Pneumologia Ocupacional do Cesteh.

“Documento da OMS de 1999 reúne vários estudos sobre a crisotila, e mostra que não há limite seguro para seu uso”. Para o médico, que acompanha 300 trabalhadores e ex-trabalhadores de indústrias que manipulam amianto, não há como dizer que esse ou aquele tipo causa mais ou menos prejuízos à saúde. “Seja qual for a dose inalada, uma pessoa que trabalhe com a fibra por um ou dois anos pode vir a ter câncer 20 anos depois, já que a crisotila ficou no pulmão”.

O Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica, da França, afirma que todos os tipos de amianto são cancerígenos. Quando a França ainda produzia a fibra, morriam 2 mil pessoas anualmente vítimas do amianto: 40% de mesotelioma e 60% de câncer no pulmão. Uma lei proibiu, a partir de 1º de janeiro de 1997, a importação, a fabricação e a venda de produtos que contenham amianto e suas variações em território francês. Que beleza de país, a França, hão de pensar os leitores. Mas a empresa francesa Saint-Gobain, instalada no Brasil desde 1937, juntou-se em 1992 às brasileiras Eternit e Brasilit e ampliou sua produção de telhas e caixas d’água de amianto. Hoje, ligada apenas à Eternit, tem quase 50% do mercado. “Eles saem de seus países e continuam a trabalhar com a fibra nos países pobres”, denuncia Marcos Menezes.

Uso, produção e venda de amianto estão proibidos em 42 países, entre eles Alemanha, Arábia Saudita, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Holanda, Inglaterra, Itália, Noruega, Nova Zelândia, Polônia, República Checa, Suécia, Suíça, Chile, El Salvador e Argentina. A União Européia vai banir o amianto definitivamente de toda a Europa até 2005.

Propaganda condenada

Em outubro, o Conar (Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária) proibiu a propaganda do Instituto Brasileiro do Crisotila, que defende seu uso “controlado”. Denúncia da Abrea motivou a proibição. Argumento: a campanha continha erros e inverdades.

Modificada três vezes, a campanha acabou liberada pelo Conar. A afirmação da propaganda de que o amianto gera mais de 200 mil empregos no Brasil vem, segundo o Instituto Brasileiro de Crisotila, do cálculo de empregados diretos e indiretos da mineração

e das indústrias de transformação do amianto crisotila, das pessoas que trabalham na rede de distribuição de amianto e seus derivados e também aos trabalhadores ligados a fornecedores. “Número também divulgado pelo Ministério da Saúde”, alega Marina Júlia de Aquino, presidente executiva do Instituto.

A Abrea briga na Justiça para que a propaganda seja retirada definitivamente das ruas. E busca espaço na imprensa para divulgar os riscos do amianto, mesmo em sua versão dita “inofensiva”, a crisotila.

No Brasil, o amianto foi proibido nos estados de Pernambuco (Lei nº 12.589, de 26/05/2004), Rio de Janeiro (Lei nº 3579 de 07/06/2001) e Rio Grande do Sul (Lei nº 11643, de 21/06/2001). São Paulo e Mato Grosso do Sul regrediram: aprovaram a proibição, embargada depois pelo Supremo Tribunal Federal, que favoreceu a indústria sob a alegação de “prejuízos econômicos”. O Projeto de Lei nº 2.186 (de autoria de Eduardo Jorge (ex-deputado) e do deputado federal Fernando Gabeira), que prevê a proibição do amianto crisotila, está em tramitação de tartaruga desde 1996, sem previsão de votação. Os estados que produzem ou vendem a fibra estão embasadas na Lei nº 9055, de 1995, que permite a extração, produção, industrialização, utilização e comercialização da crisotila e proíbe o uso das demais, como a actinolita, a amosita, a antofilita, a crocidolita e a tremolita.

O GOLPE DOS PAÍSES RICOS

O Instituto Crisotila Brasil argumenta que o uso do amianto crisotila no Brasil está respaldado no disposto da Convenção 162, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que estabelece parâmetros para o uso “controlado” da fibra.

E o que dizer dos países ricos que ainda mantêm a produção para exportar aos pobres? Ciente do mal que representa, o Canadá consome menos de 3% de amianto, mas vende quase 98% de sua produção (580 mil toneladas/ano) ao exterior. Por sinal, vale comparar os riscos a que são submetidos os cidadãos: o americano se expõe em média a 100g de amianto ao ano; um canadense, a 500 g/ano. Um brasileiro, a 1.200g/ano.

Se o amianto é comprovadamente cancerígeno (como descobriu em 1906 o médico francês Armand Auribault), pergunta-se: por que o amianto ainda não foi banido? Afinal, o número de pessoas sujeitas às doenças do amianto é expressivo. A partir de estudo desenvolvido na Fiocruz, Hermano estima que 50 mil trabalhadores estejam expostos ao amianto no Brasil, em atividade ou não. O número, porém, pode ser maior se considerados os operários da construção civil, o tempo todo cortando telhas, canos, instalando caixas d’água. “Não há como controlar esse tipo de trabalho”, lamenta Hermano.

Para Marcos e Hermano, continuar a produzir amianto é questão puramente econômica e, por isso, perversa. “A sociedade já se posicionou contra o amian-



Ana chora sempre que lembra do pai e dos três tios mortos pelo contato com o amianto

to”, diz Hermano. “Mas há pressão em favor do amianto de Goiás”. Argumento econômico por argumento econômico, lembra o pneumologista, o amianto também prejudica os cofres do país, pois é crescente o custo das internações hospitalares, dos remédios e do tratamento dos doentes.

NÃO BASTA “CONTROLAR”


A saída é a substituição do amianto. Há muitos substitutos: fibras de vidro, lã de rocha, PVC (policloreto de vinila), PVA, PP (polipropileno), lã de vidro, alumínio, fibras de aramida, fibras de celulose etc., informa Marcos Menezes. Uma comissão na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) discute isso. Já foi comprovado que PVA e PP não causam danos à saúde. O PVA é inviável por questões econômicas (sempre elas...), porque é importado da China. Mas quanto ao PP, de produção nacional, já se discute seu uso em substituição do fibrocimento, para a produção de telhas e caixas d’água, com boa aceitabilidade das indústrias do ponto de vista tecnológico e de custo-benefício, informa. Marcos ainda cita a fibra de coco como uma substituição natural e sustentável.



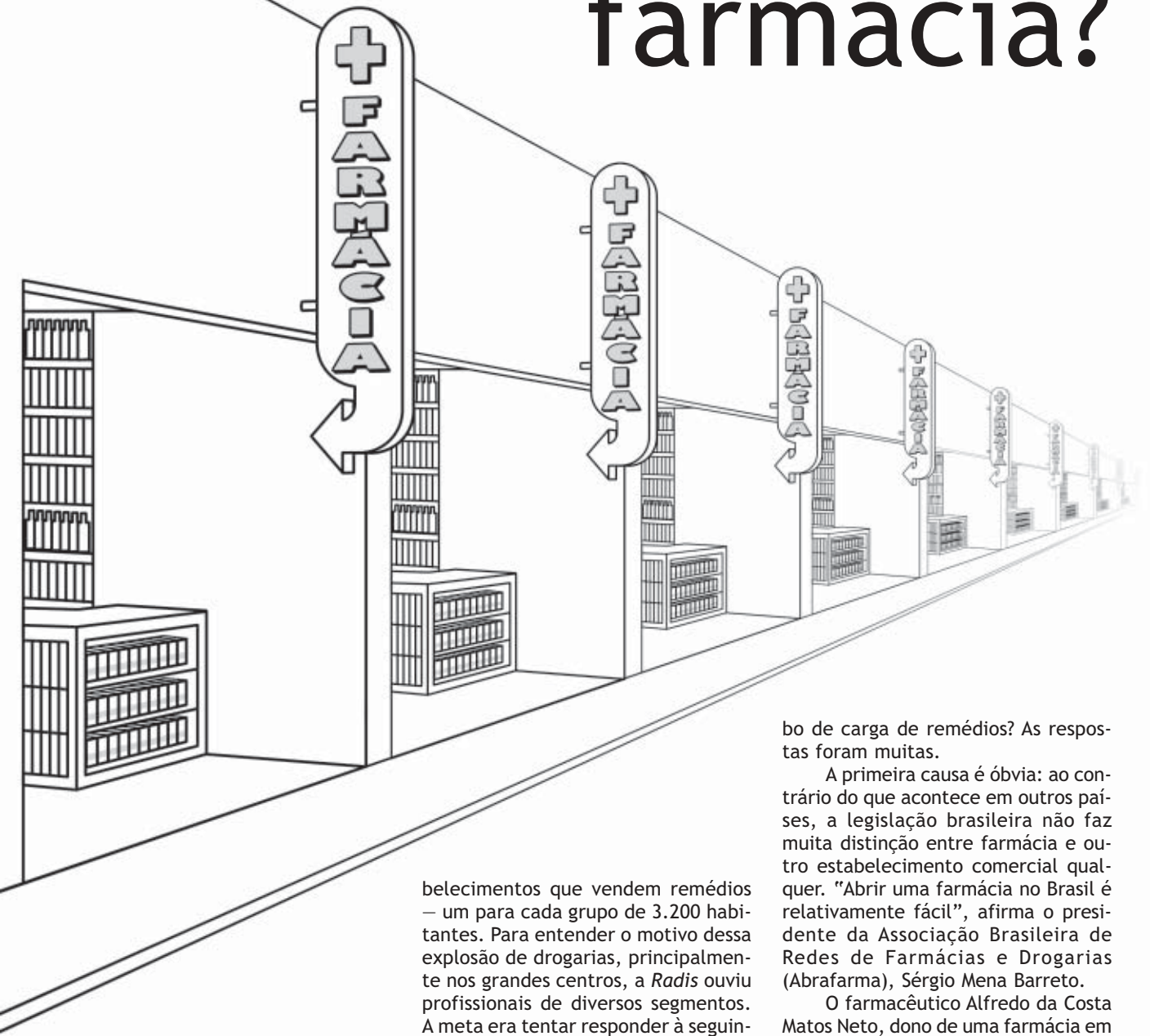
Ruth tem problemas no pulmão desde 1988, mas a empresa nunca a informou sobre a doença

As empresas que exploram o amianto afirmam não haver mais risco para o trabalhador. Porque obedecem, dizem elas, às exigências de segurança da Vigilância Sanitária e às normas da Organização Internacional do Trabalho, oferecendo máscaras e roupas apropriadas — que nunca devem sair do local de trabalho. “Minha mulher cansou de lavar minhas roupas sujas de pó de amianto”, conta Astrogildo. “Hoje, faz tratamento de asbestose”. As empresas associadas ao Instituto Brasileiro do Crisotila, informou Marina, afirmam realizar exames médicos periódicos, conforme determinação do Ministério do Trabalho, e sem restringir o acesso a eles.

Só que as medidas ditas eficientes não são suficientes, afirma a Abrea. Isso porque a fibra é facilmente inalada, mesmo com toda a precaução, garante Marcos Menezes. Além disso, os produtos prontos, como as telhas que soltam pó do amianto quando quebradas ou cortadas, representam permanente risco indireto.

Não basta, portanto, controlar. Tem que proibir, como já fizeram muitos países, diz Ruth. Isso significa parar de produzir e vender, parar de importar e exportar, e substituir os produtos que levam amianto. “Quando se para de produzir já se reduz o risco de doenças, pois o trabalhador deixa de ter contato direto com a fibra”, informa Hermano Castro, do Cesteh. O passo seguinte é substituir sem demora os produtos já prontos, como freios, telhas e caixas d’água. Mas isso exige, em vez de um olhar econômico, muita vontade política. 

Por que tanta farmácia?



Jesuan Xavier

O brasileiro tem a sensação de que esbarra com uma farmácia em cada esquina. Pelo menos nesse quesito, o país exhibe números de fazer inveja ao Primeiro Mundo: são 54 mil esta-

belecimentos que vendem remédios — um para cada grupo de 3.200 habitantes. Para entender o motivo dessa explosão de drogarias, principalmente nos grandes centros, a *Radis* ouviu profissionais de diversos segmentos. A meta era tentar responder à seguinte pergunta: por que há tantas farmácias no Brasil?

Cultura da auto-medicação, legislação flexível, propagação de medicamentos mais acessíveis (genéricos e similares), autorização para venda de outros produtos, ausência de uma lei de zoneamento, fachada para lavagem de dinheiro, aumento do rou-

bo de carga de remédios? As respostas foram muitas.

A primeira causa é óbvia: ao contrário do que acontece em outros países, a legislação brasileira não faz muita distinção entre farmácia e outro estabelecimento comercial qualquer. "Abrir uma farmácia no Brasil é relativamente fácil", afirma o presidente da Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma), Sérgio Mena Barreto.

O farmacêutico Alfredo da Costa Matos Neto, dono de uma farmácia em Duque de Caxias (RJ), concorda: "Infelizmente, o empresário entende o medicamento como uma mercadoria qualquer". E disso ele discorda: "Saúde e educação não poderiam ser atividades com fins lucrativos". Mas são de acordo com dados da Abrafarma, o setor de drogarias movimentou anualmente R\$ 16 bilhões.

Embora o mercado seja composto essencialmente por micro e pequenas empresas (85%), as grandes redes abocanham um terço do total do faturamento (R\$ 5,6 bilhões). “Os pequenos se sustentam por causa do regime diferenciado de impostos, apesar de o lucro ser baixo”, esclarece Mena Barreto. Como exemplo, ele cita São Paulo. “As pequenas farmácias recolhem 3,5% de ICMS, enquanto as grandes lojas pagam 18%”.

MERCADO PARALELO

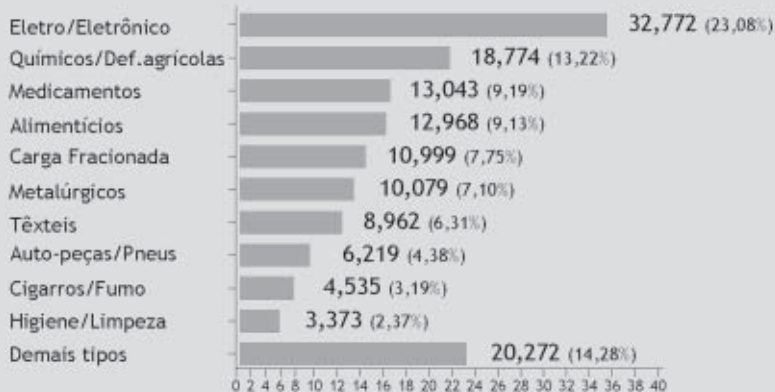
Há tempos o remédio vem sendo encarado como um produto de alto valor agregado. Segundo levantamento do Sindicato das Empresas de Transporte de Cargas de São Paulo, o roubo de medicamentos já ocupa o terceiro lugar entre as mercadorias mais visadas no estado – perde apenas para produtos químicos/defensivos agrícolas e eletro-eletrônicos, respectivamente (ver tabela). Entre janeiro e setembro deste ano foram desviados R\$ 13,4 milhões em remédios. Em 2003, o valor total do roubo de medicamentos chegou a R\$ 16 milhões.

Para quem estranhou a afirmação sobre a lavagem de dinheiro, a explicação: um dos bandidos mais conhecidos do Rio de Janeiro, Darcy da Silva Filho, o Cy de Acari, era dono de uma grande rede de farmácias – com cerca de 200 lojas em todo o estado. Traficante, acabou morto por enforcamento no presídio de segurança máxima Bangu 1, em 1999: ele utilizava as farmácias para lavagem de dinheiro do tráfico. Afinal, é fácil abrir uma farmácia...

A Confederação Nacional do Transporte (CNT) admite o crescimento no roubo de cargas como um todo, mas ainda não tem levantamento por segmento de mercadorias. De acordo com a assessoria da entidade, a CNT já faz um trabalho conjunto com a Polícia Rodoviária Federal para, em breve, ter um mapa da situação no país.

Há quatro anos, quando a CPI dos Medicamentos investigou a falsificação e o roubo de remédios no Brasil, o deputado Robson Tuma, sub-relator da comissão, fez uma afirmação chocante: “Noventa por cento das farmácias não têm noção da origem dos produtos que vendem”. No relatório final da CPI, as conclusões não deixaram dúvidas sobre a existência de uma estrutura mafiosa para o roubo e a distribuição de remédios. “Uma carga de medicamentos pode chegar a milhões”, disse Tuma, na época, à revista *IstoÉ*. O relatório apontava ainda

Roubos de Cargas - Jan a Set/2004



Fonte: SETCESP/FETCESP

para um complicador: empresas e fabricantes de remédios tinham participação no desvio das cargas. De acordo com a investigação, essa era uma das formas de desafogar medicamentos com data de validade a vencer.

Alfredo confirma que o mercado trabalha com remédios sem nota fiscal. “Não sei se chega a 90%, mas não tenho dúvida de que grande parte dos remédios consumidos no país é fruto de roubo”, diz. “Trabalhar com medicamento industrializado, devidamente legalizado, dá uma margem muito pequena de lucro”.

Para tentar conter o crescente desvio de carga de remédios, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), determinou, pela Resolução nº 320, de novembro de 2002, que as empresas atacadistas e as distribuidoras de remédios passassem a informar nas notas fiscais o número do lote dos medicamentos. A agência até oferece um site na internet, atualizado com frequência, com alertas sobre carga roubada: www.anvisa.gov.br/medicamentos/roubados/alerta_2004.htm – com o nome do laboratório, a quantidade e o lote desviado.



“EMPURROTERAPIA”

O coordenador-executivo da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime), José Ruben de Alcântara Bonfim, defende um critério de zoneamento urbano para a abertura de novas farmácias. Para ele, é relativo centrar o debate apenas num número absoluto de estabelecimentos. “Acho que a questão

maior é a falta de um critério de zoneamento sanitário. Hoje percebemos localidades com concentração muito grande de estabelecimentos e outras sem nenhum”.

Ele dá como exemplo a grande São Paulo. “Na Avenida Paulista, onde circula o dinheiro e há dezenas de consultórios, há uma farmácia a cada 100 metros; na periferia, esse número diminui muito, há regiões que não têm nenhuma”. Ruben cita outro problema, relativo à segurança (ou insegurança): é comum, numa região mais pobre, haver farmácias que não atendem completamente o público. “Remédios caros, essenciais para um doente de câncer, por exemplo, não são encontrados na periferia, pois o dono tem medo de ser assaltado”.

Alfredo, dono da farmácia de Caxias, também se mostra favorável a uma lei que regularize a distância entre os estabelecimentos. “Antigamente existia uma lei de zoneamento básico, que não permitia uma farmácia a menos de 500 metros de outra; hoje, vemos uma colada na outra”.

A percepção dele é a mesma de qualquer cidadão carioca. O número de farmácias no Rio de Janeiro saltou de 1.756, em 2001, para 2.051 no primeiro semestre deste ano, segundo o Núcleo de Estudos Econômicos e Microdesenvolvimento (Neem) da Coordenação de Licenciamento e Fiscalização da Prefeitura. “A cultura da auto-medicação e a famosa empurroterapia, em que o balconista sugere ao cliente um remédio do qual ele não precisa, alavanca o setor”, diz Alfredo.

Ele afirma que o mercado está acostumado a trabalhar com o que chama de Linha Guelta. "Ou seja, a dúzia de 36: é quando compramos do fabricante ou fornecedor um remédio e ganhamos três. Geralmente são similares a um custo muito mais baixo do que o normal".

Por sua vez, o presidente da Abrafarma, Sérgio Mena Barreto, rejeita a explicação de que o Brasil é o país dos hipocondríacos. "É mais uma das muitas falácias que pairam sobre o mercado". E apresenta dados de uma

pesquisa para provar que o consumo médio de remédios no Brasil vem caindo desde 1997 e está abaixo do de países da América Latina, como México, Argentina, Venezuela e Chile. "No ano passado, as vendas caíram 7,2% em relação a 2002".

Sérgio Mena Barreto ainda desmente que a Organização Mundial de Saúde (OMS) tenha qualquer recomendação sobre o número ideal de farmácias por habitante. "Freqüentemente vemos, na grande imprensa, que a OMS recomenda uma farmácia para cada 10 mil pes-

soas. Isso é mentira". Segundo ele, a Abrafarma solicitou, por escrito, esclarecimento da própria OMS. "Eles nos responderam que nunca houve qualquer sugestão sobre isso".

De acordo com estudo da Abrafarma realizado em abril deste ano, pelo menos dois países da Europa têm mais farmácias (proporcionalmente) do que o Brasil. "Na França há uma para cada 2.648 habitantes, e na Espanha, uma para 2.001. Já na Inglaterra são 12.224 (uma para cada 3.875), uma proporção muito parecida com a nossa".

Pregão, uma solução econômica para o gestor



Pregão de 17/11 na Fiocruz: disputa entre 28 representantes de laboratórios

"Tombou ali na estrada". A frase, sempre repetida em tom irônico, é um código bem-humorado para as ofertas de remédios a preço baixo. Aparece rotineiramente nos pregões — um leilão ao contrário — para compra dos medicamentos que abastecem as 26 unidades do programa Farmácia Popular, uma responsabilidade da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O pregão torna possível a compra de remédios a preço mais baixo: numa operação comercial comum, os laboratórios alegariam ser impossível oferecer mais barato.

Para entrar nos cada vez mais concorridos leilões da Fiocruz, fabricantes e distribuidores precisam comprovar idoneidade e procedência de seus produtos — remédio roubado não concorre. "O pregão é público, qualquer um que tenha autorização para a venda de remédios do Ministério da Saúde pode participar, mas é necessário apresentar uma série de documentos que avalizam a boa-fé das empresas", afirma Nercilene Santos da Silva, chefe do Serviço de Compras da Diretoria de Administração (Dired/Fiocruz).

A grande diferença entre os pregões e as antigas licitações é a rapidez. A burocracia é deixada de lado. "Tudo é resolvido no mesmo dia. Após a oficialização do lance, a empresa tem cinco dias úteis para cumprir a entrega", conta.

A *Radis* acompanhou um dia desses pregões, em 17 de novembro de 2004. Vinte e oito empresas compareceram para disputar 18 itens que foram divulgados em edital no Diário Oficial da União. A primeira impressão é que se está numa sala de aula. Os representantes das distribuidoras disfarçam a tensão com muita brincadeira — até bolinhas de papel voam pelo local. "É que há muita coisa em jogo, e temos que esperar um certo tempo até iniciarmos os lances", explica Reinaldo Marches, representante da Faxfarm. "É uma forma de descontrairmos a tensão".

Inicialmente, a pregoeira Isabel Cristina Fortuna de Santa Rita confere, uma a uma, a documentação de cada inscrito — essa conferência demora cerca de cinco horas, o que explica a grande ansiedade dos participantes. Há pouco menos de um ano, quando a Fiocruz

começou a fazer esses pregões, vinham, em média, seis empresas. "Ninguém sabia direito como funcionaria a compra para a Farmácia Popular; hoje, todo mundo quer ter como cliente a Fiocruz", diz Marches. "Ela compra grandes volumes e paga bem, em dia, conforme o combinado". O que não ocorre com alguns governos estaduais e municipais. Outro participante acrescenta: "O Estado do Rio, por exemplo, compra mas não paga, e a Prefeitura compra mas paga atrasado".

As propostas, contidas em envelopes lacrados, são então abertas, e o pregão realmente começa: uma empresa apresenta o preço mais baixo para determinado lote de remédios. Só participam do pregão as empresas que oferecerem até 10% acima deste preço, e elas podem refazer sua proposta. Cientes da oferta do concorrente, inicia-se uma consulta desenfreada à direção das empresas. Pelo celular, os representantes ficam sabendo até que ponto podem baixar seus preços. Em frações de segundos, o preço despencava. Para se ter uma idéia, na negociação do item 3, para a compra de 600 caixas com 10 comprimidos de Amiodarona 200 mg (para o tratamento de arritmias), o lote caiu de R\$ 77.658 para R\$ 64.800 — tudo em menos de cinco minutos antes da batida final do martelo.

Bom negócio para as empresas, bom negócio para o governo, bom exemplo para qualquer gestor. "Esse tipo de pregão, presencial, traz reduções nos preços de até 30%", avalia Nercilene. Qualquer órgão, federal, estadual ou municipal, pode fazer um pregão: o Ministério da Fazenda regulamenta e autoriza a realização do pregão presencial para a compra de quase todos os produtos, não apenas para a aquisição de medicamentos. "É excelente para todos os envolvidos." (J.X.)

LEI DE INOVAÇÃO APROVADA

Prepare suas boas idéias!

Wagner Vasconcelos

A ciência e a tecnologia brasileiras vivem momentos de renovação. Aprovada em regime de urgência e por unanimidade pelo Senado em 11 de novembro de 2004, a Lei de Inovação chega, ainda que atrasada, com ares de revolução. Afinal, pretende, entre outras coisas, flexibilizar a participação de pesquisadores do setor público no setor privado — o que, espera-se, pode encerrar a fuga de especialistas brasileiros que buscam no exterior melhores condições de trabalho. Tem mais. A lei assegura um percentual mínimo de recursos do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT) a ser destinado exclusivamente à inovação, com prioridade às áreas estratégicas na nova política industrial, como fármacos e medicamentos, softwares e semicondutores, por exemplo. Esse percentual, de acordo com o parágrafo 4º do Artigo 19 da lei, ainda exige regulamentação.

A Lei de Inovação, como ficou conhecido o Projeto de Lei nº 49/2004, estava em gestação há três anos. Na 1ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação, em 2001, foi apresentado um anteprojeto de lei sobre o tema. No ano seguinte, o então presidente Fernando Henrique encaminhou ao Congresso a primeira versão do projeto. O teor da proposta não agradou e, em 2003, o atual governo formou um grupo de trabalho com acadêmicos e representantes de associações empresariais para discutir novas sugestões.

E deu certo. A lei vai permitir, como declarou à imprensa o ministro da Ciência e Tecnologia, Eduardo Campos, que “o conhecimento acumulado nas instituições de pesquisa seja oferecido à economia brasileira, para melhorar a produtividade e a capacidade de competir com o mercado global”.

ESTÍMULO AO PESQUISADOR

O otimismo é amparado pelos artigos da lei que asseguram, no caso do pesquisador, a propriedade intelectu-

al do que desenvolveu e, também muito importante, sua participação financeira nos lucros resultantes de seu trabalho — o que estimularia a inovação. Essa participação será, de acordo com o Artigo 13 da lei, de no mínimo 5% e, no máximo, de um terço dos ganhos auferidos pela sua criação.

Outro estímulo a quem se dedica à pesquisa é a permissão para se afastar da instituição pública à qual esteja ligado para abrir empresa na área de inovação. “Estamos vivendo um momento histórico”, disse em entrevista à *Radis* o secretário de Políticas Tecnológicas e Inovação do Ministério da Ciência e Tecnologia, Francelino Grando. “O pesquisador poderá se lançar numa aventura inovadora com a segurança de ter seu cargo público preservado”, prevê ele. Atualmente, o afastamento é negado pela dificuldade de substituição do profissional. Com a lei, a substituição será imediata. Espera-se acabar com o que Grando classifica de “represamento de boas idéias”.

O FIM DO FOSSO

“Pela primeira vez temos um conjunto de mecanismos favoráveis à inovação organizados num marco legal”, observa o secretário. Ele acredita que o grande fosso entre instituições públicas e privadas será drasticamente reduzido pelo compartilhamento de infraestrutura, laboratórios e pessoal qualificado. E a lei vai facilitar a implantação de incubadoras de empresas, elemento vital para o desenvolvimento das micro e pequenas empresas dedicadas à inovação. “A lei autoriza o aporte de recursos públicos diretamente a empresas inovadoras”, diz.

O Artigo 4º da Lei de Inovação estabelece regras de atuação e parceria das Instituições Científicas e Tecnológicas (ICTs). Determina, por exemplo, que, mediante remuneração e por prazos estabelecidos em contratos ou convênios, as ICTs poderão compartilhar laboratórios, equipamentos, instrumentos, materiais e instalações com micro e pequenas empresas em atividades de inovação tecnológica, “para a consecução de atividades de

incubação, sem prejuízo de sua atividade finalística”. Também autoriza as ICTs a permitirem o uso de seus laboratórios e equipamentos por empresas nacionais e organizações de direito privado sem fins lucrativos voltadas para atividades de pesquisa.

MUDANÇAS CULTURAIS

As empresas precisarão passar por processos contínuos de reavaliação de suas estratégias. Francelino Grando pondera que isso requer mudanças culturais, que, acredita, devem ocorrer a longo prazo. Ele indica os setores de ponta, como de software, equipamentos médicos e equipamentos da área de energia como os que mais rapidamente devem se beneficiar com a lei. A sociedade também vai ganhar: “Empresas de base tecnológica, que geram produtos de alto valor agregado, criam inclusive mais empregos”.

Dados da Associação Nacional de Pesquisa, Desenvolvimento e Engenharia das Empresas Inovadoras (Anpei) mostram que os riscos econômicos, os custos da inovação, a escassez de fontes apropriadas de financiamento e a falta de informações sobre o mercado são as principais razões apontadas pelas empresas para não investir em inovação. Os dados foram apresentados por Olívio Ávila, diretor da Anpei, no 14º Seminário Nacional de Parques Tecnológicos e Incubadoras de Empresas, encerrado em Porto de Galinhas (PE) no mesmo dia da aprovação da lei: a grande expectativa de mudança nas empresas é o fim da chamada cultura de importação de tecnologias.

Para contornar o problema de juros e impostos elevados para a empresa, o Artigo 28 do texto aprovado pelo Senado determina que, num prazo de 120 dias após a promulgação da Lei de Inovação, o governo terá de apresentar projeto de lei de regulação tributária da matéria. Essa regulação foi propositadamente deixada fora do projeto como estratégia do Executivo para acelerar a tramitação. O projeto a ser elaborado, já em mãos dos técnicos, segundo Francelino Grando será muito mais do que uma lei de incentivos fiscais. ■

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE



Uma TV a serviço do SUS

Marinilda Carvalho e Katia Machado

O que a Fundação Osvaldo Cruz tem a ver com um canal de televisão? O presidente da Fiocruz, Paulo Buss, diz que sempre causa espanto quando informa, em suas palestras externas, que a instituição tem um canal de TV, uma editora, uma revista. “É um Roberto Marinho!”, murmuram as platéias. A imagem pode ser engraçada, mas a idéia que a sustenta é muito séria. Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, informação em saúde é considerada atividade essencial ao êxito da reforma sanitária, e a Fiocruz, comprometida com essa reforma, investe recursos importantes na área.

Então, para que serve uma TV na Fiocruz? O superintendente-geral do Canal Saúde, Arlindo Fábio Gómez de Sousa, tem a resposta: “O Canal Saúde é, foi na origem e pretende continuar a ser um instrumento do Sistema Único de Saúde, a serviço da reforma sanitária brasileira”. Assim como qualquer mídia está comprometida com seus objetivos, disse ele, também o Canal Saúde está comprometido com seu objetivo, que é o fortalecimento do SUS.

Pois o Canal Saúde faz isso há 10 anos, e comemorou a data com muito trabalho. Primeiro, percorrendo o Bra-

sil entre agosto e novembro para registrar experiências bem-sucedidas na área de saúde, qualidade de vida, meio ambiente, que vem apresentando em seus programas na TVE (sábados, 9h). Depois, nos três dias (1º, 2 e 3 de dezembro) do seminário “Que Canal Saúde você vê?”, um balanço de suas atividades e uma avaliação do tratamento dado à saúde nos meios audiovisuais.

Falando à *Radis* sobre a origem do projeto, Arlindo disse que não foi casual a parceria de duas instituições públicas. A Fiocruz e a Embratel, que na época ainda era estatal, integravam, com outras instituições, o Comitê de Entidades no Combate à Fome e pela Vida, criado pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho. Como lembrou Arlindo, uma tinha o meio (a Embratel, com seu sinal de satélite e uma rede de TV executiva), a outra tinha a mensagem (a Fiocruz, seu conhecimento e seu núcleo de vídeo, hoje VideoSaúde), ambas interessadas em servir à cidadania e contribuir, com a proposta revolucionária de um canal de saúde pública, para a melhoria da vida dos brasileiros.

O resultado: no dia 12 de dezembro de 1994 foi ao ar a primeira transmissão do Canal Saúde, com falas de Betinho, Renato Archer (presidente da Embratel), Henrique Santillo (ministro da Saúde), Carlos Morel e Paulo Buss, respectivamente presidente e vice-presidente da Fiocruz, contou Arlindo

– que apresentou o programa – no editorial da revista *Canal Saúde* de outubro. Na abertura do seminário, o presidente da Fiocruz, Paulo Buss, relembrou os tempos amadores do projeto, as gravações na garagem da casa do cineasta Zelito Viana, no bairro de Laranjeiras, no Rio, sempre interrompidas por latidos de cachorro e picadas de abelha.

Hoje, superada a fase amadora, são mais de cinco horas de programas produzidos por semana, em 11 diferentes veículos, entre emissoras e servidores de internet, que atingem todo o Brasil e mais 28 países. Um estúdio no próprio campus da Fiocruz está a caminho.

A SAÚDE NA MÍDIA

No segundo dia do seminário, educadores e assessores de comunicação de várias secretarias de Saúde reuniram-se com a equipe do Canal Saúde para debates críticos: “A saúde que queremos não está na mídia” e o “Audiovisual nas políticas de saúde”. Renato Farias, apresentador e coordenador de Projetos Especiais do Canal, lembrou o seminário “Que saúde você vê?”, realizado em outubro de 2001 em Petrópolis (RJ), que analisou o tratamento que a mídia audiovisual dá à saúde. “Todos os programas selecionados para análise na época tinham como objetivo vender marcas, produtos ou mesmo idéias”, disse Renato.

A continuação desse debate no seminário “Que Canal Saúde você vê?” trouxe mais luzes ao conceito da mídia sobre saúde. “A mídia só mostra o que está errado: saúde é, para a TV, fila em hospitais, falta de medicamento, entre outros problemas”, ressaltou. Na contramão da mídia, informou Renato, o Canal vem se colocando a serviço das secretarias de Saúde e do SUS. Entre os objetivos do seminário, estava justamente avaliar o papel do vídeo nas práticas públicas de saúde e debater seu uso mais produtivo.

E como vem sendo utilizado o audiovisual nas políticas de saúde? Qualquer que seja a forma, disse a pesquisadora Inesita Araújo, do Departamento de Comunicação e Saúde do Cict/Fiocruz, o vídeo não pode ser entendido como uma estratégia de saúde, mas como elemento de uma estratégia – o modo particular que cada organização encontra para participar de um espaço polifônico, ou seja, composto por várias vozes, heterogêneo e multifacetário como é a saúde.

Para Inesita, os vídeos na saúde vêm sendo produzidos segundo prática concentradora, que tende a ser unidirecional: feitos por poucos para muitos assistirem, e não admitem intervenção depois de prontos. “Isso favorece os processos concentradores da palavra”, avaliou. A pesquisadora propõe a mudança dessas características, para que o vídeo se transforme num espaço em que todas as vozes afins pedem para (e conseguem) ser ouvidas. “Deverá servir para ajudar a pensar, a se expressar, fomentar o debate, e não para receitar uma fórmula de como as pessoas devem agir ou do que elas precisam ouvir”.

Em sua participação, a jornalista Márcia Correa e Castro, superintendente do Canal Saúde, disse que a interatividade no vídeo é difícil, porque ele segue a lógica da TV, pensada não para o diálogo, mas para modelar o pensamento. “Com a televisão, não era mais necessário sair de casa para buscar informação: por uma janela levava-se para dentro das casas o mundo que estava do lado de fora”, disse. Seguindo o legado da TV, o vídeo, introduzido no Brasil na década de 70 e popularizado em 80, tem como proposta mobilizar e impactar.

Se por um lado o vídeo pretende causar impacto ou mesmo emocionar, por outro acaba gerando falsas expectativas. Segundo Márcia, quando o Canal Saúde é procurado é porque a pessoa acha que com o vídeo poderá ficar conhecida e legitimar sua verdade, ou porque precisa registrar informações, o que está fazendo. Há ainda aqueles que pedem um vídeo mas não sabem como



Márcia Correa e Castro com Lúcia Dupret (Ensp/Fiocruz) e Inesita Araújo

usá-lo – porque muitos o entendem como um livro com imagens. Mas o vídeo é um veículo muito rápido. “Não adianta achar que com ele vai-se conseguir instruir alguém”, ressaltou. Para Márcia, todo vídeo deverá ser entendido como meio de predispor a quem assiste a discutir determinado assunto. Por isso, “o processo de comunicação de um vídeo começa quando ele passa, e não na sua execução”.

EXPERIÊNCIAS BEM-SUCEDIDAS

O seminário apresentou experiências bem-sucedidas no uso do audiovisual, como a TV Comunitária Sala de Espera, de Belo Horizonte. A programação, idealizada pelo médico-psiquiatra Lúcio Greco em 1994, era exibida inicialmente nas salas de espera das unidades de saúde da cidade, depois chegou a praças e espaços públicos e até foi transmitida em canal de baixa potência (ou seja, pirata). As comunidades sempre participavam da programação.

Também foi mostrado o trabalho da Escola de Saúde Pública do Paraná, que hoje, com seus 22 pólos de Educação Permanente, faz uso de teleconferências e vídeo-conferências para capacitar seus profissionais de saúde, realiza o acompanhamento “pedagógico” da produção e da distribuição das fitas de vídeo ou DVD sobre as ações de saúde e prevê ainda a produção de programas de rádio (o projeto está em estudo).

Além disso, foram apresentados o projeto da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, que, em parceria iniciada em 1996 com o VídeoSaúde do Cict/Fiocruz, leva vídeos a todos os municípios do estado (ver página 2), e o projeto Saúde a Distância, da Secretaria de Saúde do Pará, que visa integrar os 143 municí-


pios do estado por rádio, TV e internet.

E O FUTURO?

Para Paulo Buss, é necessário aproximar mais os recursos do Canal Saúde do projeto de ensino a distância da Fiocruz, e trabalhar na criação de uma linguagem que reúna todas as ferramentas do vídeo, da animação, da internet, da rede de bibliotecas da Fundação. “É um desafio lançado ao Canal Saúde”, interpretou a vice-presidente de Ensino e Recursos Humanos da Fiocruz, Tânia Celeste Matos Nunes, “alavancar os poderosos instrumentos do Canal para a formação de recursos humanos”. Para Tânia, a Fiocruz está habilitada a dar este passo. “Temos todos os mecanismos prontos, as pré-condições existem, o sistema de saúde o exige, os desafios estão lançados, agora é só desatar as amarras”, disse.

Márcia Correa e Castro conclamou os participantes a prepararem projetos que se insiram nos processos da convergência de mídias. Por exemplo, o futuro Portal da Saúde Pública, que reunirá várias unidades da fundação, sob a coordenação do Canal

Saúde, para integrar a Fiocruz à TV digital e ao programa federal de democratização da internet. Arlindo Fábio resumiu: “Queiramos ou não, 300 mil pontos de internet estarão sendo ligados nos próximos dois anos em todas as unidades de saúde, em todas as escolas, todas as delegacias”, avisou. “É avassalador, virá em dois anos, convergindo TV, internet, interatividade; se não entrarmos, alguém entrará, portanto temos que nos colocar em dia com essas tecnologias”.

Que sejam então desatadas as amarras. 

Mais informações

Programação e história do Canal Saúde www.canalsaude.fiocruz.br/



SERVIÇO

EVENTOS

3º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE

Promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o encontro tem como objetivo promover uma reflexão articulada no campo das ciências sociais e humanas sobre a saúde e a qualidade de vida das populações. Com o tema "Desafios da fragilidade da vida na sociedade contemporânea", serão debatidos os seguintes tópicos: Estado, instituições e políticas públicas; Sociedade civil, movimentos sociais e cultura; Ciência, saber e tecnologia; Trabalho, profissões e formação profissional; Subjetividade, corpo e pessoa; e Práticas corporais, atenção e cuidado à saúde.

Data 9 a 13 de julho de 2005

Local Florianópolis (SC)

Mais informações

Tel./fax (48) 248-5838

Site www.acorianaeventos.com.br

E-mail

abrasco2005@acorianaeventos.com.br

57ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC

As inscrições para a 57ª edição da Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) terminam em 31 de março de 2005 (para quem apresenta trabalho) e em 27 de junho de 2005 (para quem apenas assistirá ao evento). Com o tema central "Do sertão olhando o mar – cultura & ciência", o evento contará com conferências, simpósios, apresentação de temas livres e debate de metas estratégicas para o desenvolvimento do país. A reunião da SBPC reúne pesquisadores, professores de ensino superior, médio e fundamental, alunos de pós-graduação e graduação de todo o país.

Data 17 a 22 de julho de 2005

Local Universidade Estadual do Ceará, Av. Paranjana, 1.700, Itaperi, Fortaleza (CE)

Mais informações

Site <http://www.sbpcnet.org.br/eventos/57ra/>

E-mail eventos@sbpcnet.org.br

FÓRUM SOCIAL MUNDIAL DA SAÚDE

Os três últimos fóruns sociais mundiais, realizados em Porto Alegre e em Mumbai, foram antecedidos por

fóruns informais internacionais dedicados à defesa da saúde dos povos e à afirmação do direito universal à saúde. Agora vai ser oficial: o 1º Fórum Social Mundial da Saúde ocorrerá em Porto Alegre, de 23 a 25 de janeiro de 2005, imediatamente antes do 5º Fórum Social Mundial.

Cada fórum é uma convocatória a todos os movimentos sociais para que se mobilizem em torno da defesa do direito à saúde e à atenção à saúde. Em Mumbai, na Índia, 50 países enviaram representantes. E de 2005 vai analisar em profundidade os processos políticos do setor saúde e seguridade social em cada país, pela criação de uma Agenda Mundial pela Saúde e por reformas alternativas dos sistemas de saúde e seguridade social.

Mais informações

E-mail da Comissão de Programação: armandon@portoweb.com.br

PUBLICAÇÕES**LANÇAMENTO - EDITORA FIOCRUZ**

Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho, organizado por Selma Lancman e Laerte Idal Szelwar, apresenta uma compilação de textos do psiquiatra, psicanalista e professor francês Dejours e de outros autores renomados sobre o percurso teórico-metodológico de construção do campo da psicodinâmica do trabalho, que tem como referencial a psicopatologia do trabalho. Essa área do conhecimento científico tem se dedicado, desde a Revolução Industrial, no século 19, ao estudo dos impactos da organização do trabalho na saúde mental do trabalhador.

Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos 19 e 20, de Ana Paula Vosne Martins, faz parte da Coleção História e Saúde. O livro trata da formação de especialidades médicas que têm como objeto de conhecimento o corpo feminino, exemplo da obstetria e da ginecologia, abordando, entre outros temas, a forma com que lidavam com a natureza sexual e reprodutiva da mulher, os estudos das diferenças físicas entre homens e mu-

heres, que ganharam importância crescente. O livro trata ainda da disseminação dos silicões, do culto à malhação e à magreza, das bulimias e anorexias, mostrando que as mulheres continuam a depender do corpo para construir suas identidades e serem aceitas socialmente. Outro tema que a autora apresenta é a constituição da medicina da mulher e da ciência do feminino no Brasil.

Plantas medicinais: memória da ciência no Brasil

de Tânia Maria Fernandes, traz um estudo detalhado da constituição da comunidade brasileira de pesquisadores em plantas medicinais, entre 1960 e 2002. Nesse percurso, a autora aborda a origem do uso terapêutico de plantas, que remete aos primeiros agrupamentos humanos, mas só valorizada recentemente. A autora, além de informar sobre o desenvolvimento da pesquisa científica no país sobre as plantas medicinais, leva o leitor à reflexão sobre a inserção desse tema no contexto social brasileiro.

**Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**

de Rachel Aisengart Menezes, aborda o cuidado na morte de doentes terminais. A proposta desse debate surgiu em 1999 a partir de um trabalho de pesquisa realizado pela autora num Centro de Tratamento Intensivo de hospital público universitário, quando presenciou a morte solitária de um senhor de 80 anos, esquizofrênico crônico, cardíaco, com câncer e múltiplas metástases. Depois de acompanhar outras situações semelhantes, surgiram algumas indagações: "O que fazer com este paciente?"; "Como administrar seu fim de vida?"; "Justifica-se a manutenção do aparato tecnológico quando não há mais esperança de vida?"; "Quando interromper o tratamento curativo?". Tais perguntas levaram Rachel a debuchar-se sobre a temática.

Mais informações

Editora Fiocruz, Av. Brasil, 4.365, sala 112, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. CEP 21040-361.

Tel. (21) 2560-3537/3882-9039

E-mail editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora



PÓS-TUDO

Ilustrações esquecidas abrem discussão sobre ciência e arte

Sarita Coelho *

Há mais de 70 anos, uma série de ilustrações preparadas para acompanhar estudos sobre o barbeiro, inseto transmissor da doença de Chagas, encontra-se empilhada em um corredor do Instituto Oswaldo Cruz (IOC). O trabalho, considerado errado pelos cientistas que o encomendaram, jamais foi publicado. Um artigo da revista *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [ver pág. 18] recupera a história dos desenhos e levanta uma discussão sobre os limites entre ciência e arte. “O tipo de imagem que chamamos de ilustração científica deve ser útil à caracterização de um objeto, sem teoricamente conter ambigüidade ou outra característica que resulte em uma interpretação, por parte do leitor, diferente daquela que o cientista deseja transmitir”, diz o texto escrito por Ricardo Lourenço de Oliveira, do IOC, e Roberto Conduru, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A série é composta de 13 pranchas com representações coloridas de barbeiros, impressas pela Companhia Lithográfica Ypiranga, São Paulo-Rio de Janeiro. Estão assinadas por três desenhistas, Manoel de Castro Silva, Luiz Kattembach e Raymundo Honório Daniel. Como não continham referências sobre a época em que foram elaboradas, era preciso levantar documentos, fatos históricos e depoimentos de pesquisadores mais antigos, para tentar reconstituir sua história.

O maior conhecedor da história dessas ilustrações chamava-se Herman Lent [morto em 2004, um dos 10 pesquisadores da Fiocruz cassados pela ditadura militar no episódio conhecido como “Massacre de

Manguinhos”], que desenvolveu pesquisas em Manguinhos por mais de 70 anos e era conhecido como a maior autoridade brasileira no estudo da classificação biológica de triatomíneos (insetos que apresentam um rosto formado de três segmentos retilíneos e se alimentam de sangue).

Segundo Lent, os desenhos teriam sido encomendados por um dos maiores pesquisadores que já passaram pelo IOC, Arthur Neiva. Ele pretendia fazer, em parceria com Cesar Pinto, seu discípulo, uma revisão atualizada de triatomíneos de vários gêneros. Porém, as ilustrações foram consideradas erradas pelo próprio Neiva, que as abandonou e jamais publicou a revisão desejada. A partir das informações

obtidas sobre a trajetória dos desenhistas na Fiocruz, o artigo também sugere que a série ilustrada foi elaborada e impressa entre 1925 e 1930.

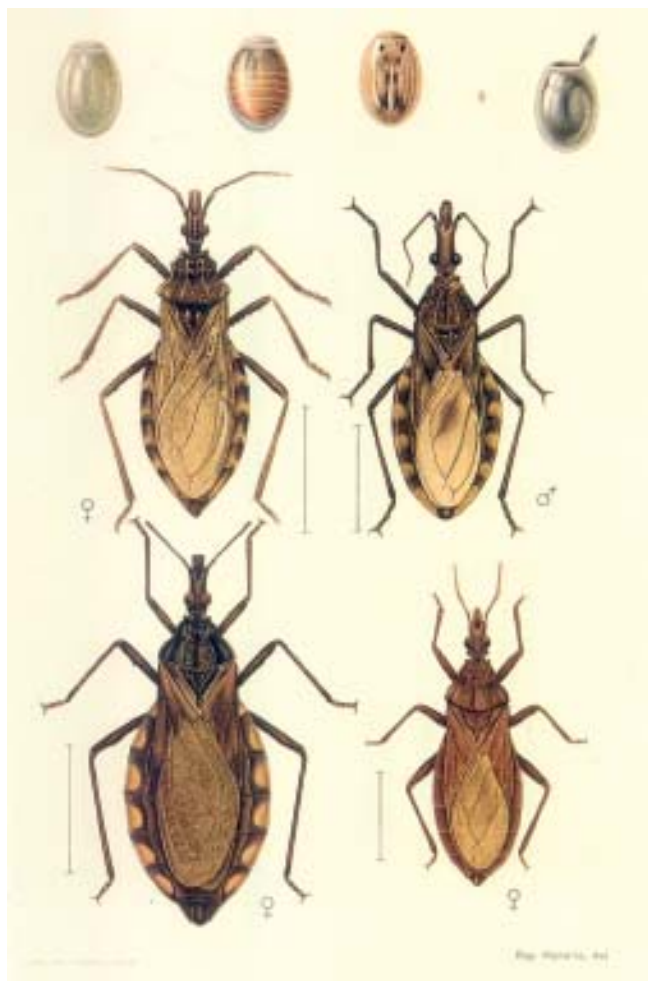
Quatro especialistas em barbeiros foram questionados sobre os erros encontrados nas figuras. Eles alegaram que cada prancha continha uma incorreção. Algumas espécies representadas já tinham sido postas em sinonímia com outras, a cor ou as proporções da ilustração não correspondiam à realidade e em alguns desenhos faltava a antena ou uma pata. Os pesquisadores também disseram que os desenhos eram muito artísticos e pouco científicos.

Apesar da avaliação, alguns desenhos da série foram aproveitados em publicações científicas. Duas das 13 pranchas che-

garam a ser reproduzidas na íntegra, cedidas por Lent a outros pesquisadores e aproveitadas num de seus trabalhos. Um artigo assinado por Lent em revista de divulgação científica voltada para o público leigo aproveitou uma das imagens.

Para os autores, as representações de barbeiro analisadas estão localizadas numa “terra de ninguém”, um ponto fronteiro entre a ciência e a arte. Segundo eles, a série é o mais belo exemplo de ilustrações de triatomíneos, não havendo na literatura um conjunto de imagens tão atraente sobre esse grupo de insetos. No entanto, o seu reconhecimento como algo que deve ser preservado não parece que virá por serem considerados obra de arte, mas sim por serem vistos como um conjunto curioso, uma relíquia que merece ser deixada à posteridade. ■

* Repórter da Fiocruz; texto publicado na página da CCS-Fiocruz (www.fiocruz.br/ccs/novidades/out04/desenhos_sar.htm)





ENSP

Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca

saúde pública
INOVAÇÃO E CIDADANIA