

**NESTA EDIÇÃO**

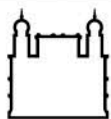


**HIV e liberdade**  
Caso em Sorocaba  
reforça debate  
sobre o direito à  
maternidade

# RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 68 • Abril de 2008

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

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

**Impresso  
Especial**

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

...CORREIOS...



# HANSENÍASE

O sistema de saúde está de olho nos jovens de até  
15 anos, grupo etário que a doença mais afetou

**DENGUE CAI NO BRASIL E CRESCE NO RIO**

# “Nossa saúde, nosso futuro”

# 60 years



World Health Organization

Our health  
Our future


Este é o slogan da Organização Mundial de Saúde para 2008, quando completa 60 anos. As comemorações começam em 7 de abril, Dia Mundial da Saúde, sob o lema “Protegendo a saúde das mudanças climáticas”, e vão até outubro, sendo o ponto alto a Assembléia

Mundial da Saúde, em maio, com destaque para dois assuntos: o futuro da atenção primária e tecnologias de informação e comunicação.

Entre os principais marcos de sua história a OMS cita a primeira vacina eficaz contra a pólio, a erradicação mundial da varíola, o lançamento da política de atenção primária, o

programa de controle do tabaco, a revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Como parte dos festejos, mostra de fotos históricas destes marcos está viajando pelo mundo, e podem ser vistas no site da organização ([www.who.org](http://www.who.org)).

Entre elas, a de seu segundo diretor-geral, o sanitarista carioca Marcolino Gomes Candau (1911-1983), graduado na UFF e especializado em Saúde Pública na Johns Hopkins (EUA), que teve longo mandato: 1953 a 1973. Sob seu comando a OMS ergueu a sede em Genebra, atualizou o RSI, focando-o em cólera, peste, varíola e febre amarela, e lançou os programas de erradicação da malária (fracassado) e da varíola (bem-sucedido).

A mostra estará na sede da ONU em Nova York no Dia Mundial da Saúde, voltará à Suíça para a assembléia mundial e viajará por várias regiões entre agosto e setembro. A revista *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* (jul/set 2006) publicou análise dos dilemas políticos que envolveram a OMS desde sua criação: “A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde”, dos pesquisadores Theodore M. Brown, Marcos Cueto e Elizabeth Fee. 



A foto dos fundadores, em 1948, e o segundo diretor-geral, o sanitarista brasileiro Marcolino Gomes Candau



Esforço global contra o sarampo, em 2001, com Unesco e Cruz Vermelha



Em 2003, o primeiro alerta contra Sars, a pneumonia asiática



Expansão da imunização (1966), contra o preconceito em HIV (1988), Atenção Primária (1978) e erradicação da varíola (1979): marcos da OMS



Em 2000, as Metas do Milênio

# Doenças endêmicas

Você acha que já ouviu tudo sobre aids e hanseníase? Pois esta edição traz informações novas e relevantes sobre as duas doenças. Com a dengue ocorre triste fenômeno: enquanto o combate sistemático fez cair a incidência (ainda alta) em todo o país, no Rio, o descaso das autoridades sanitárias levou a epidemia a resultados inaceitáveis.

A incidência da hanseníase, que não perdeu todo o estigma com a troca do nome lepra pelo que homenageia o norueguês descobridor do bacilo de Hansen, continua lamentavelmente a maior do mundo, depois da Índia. Apesar de tratamento e cura simples, risco de contágio restrito e deformidades evitáveis quando diagnosticada cedo, a doença teve 2,3 novos casos a cada 10 mil habitantes em 2007. Número bem menor que os 19,5 de 1990 e dos 4,52 de 2004 – mas a meta para 2005 era a erradicação da doença. O SUS oferece consulta, tratamento e remédios gratuitos. Falta informação para a sociedade e a melhora da atenção à saúde, com a busca ativa dos locais de maior incidência para que o diagnóstico seja feito precocemente.

A aids retorna à nossa pauta com a emocionante história da menina Ana Vitória, que nasceu sem o vírus de mãe contaminada ao nascer, há 20 anos, por ser filha de portadora do HIV. O fato suscita novas questões polêmicas, como o direito – e os cuidados – a relações sem proteção e à maternidade. No balanço do que falta na elogiada política brasileira contra a aids, preocupa a constatação de que diagnóstico e in-

cio do tratamento ainda são tardios, o custo alto do tratamento e a tendência à pauperização da doença. Com tratamento universal (oferecido a todos), mas numa sociedade desigual (em que nem todos têm informação e acesso), os especialistas se perguntam se a aids não está se tornando mais uma endemia brasileira, como a tuberculose, a hanseníase e a malária.

Doenças crônicas como câncer têm no fumo um dos principais determinantes. Preocupa, portanto, a mudança epidemiológica do tabagismo: dos países ricos, onde o fumo decresce, para os países em desenvolvimento, onde se esperam 80% das mais de 8 milhões de mortes anuais por doenças relacionadas ao fumo para 2030. Não é mero acaso. A indústria tabagista escolheu como foco de seu marketing os jovens, especialmente as mulheres jovens, e adultos dos países pobres, adverte relatório da Organização Mundial de Saúde.

Enquanto isso, no Brasil os recursos da Saúde seguem insuficientes e sujeitos a cortes. No Orçamento 2008, o corte só na Fiocruz chegou a 72,6 milhões, atingindo setores como produção de vacinas, reagentes para diagnóstico e medicamentos, análise de qualidade de produtos em saúde, pesquisas clínicas, serviços laboratoriais de referência para controle de doenças, desenvolvimento tecnológico, comunicação e informação.

Rogério Lannes Rocha  
Coordenador do Programa RADIS

## Comunicação e Saúde

- ♦ "Nossa saúde, nosso futuro" 2

## Editorial

- ♦ Doenças endêmicas 3

## Cartum

3

## Cartas

4

## Súmula

5

## Toques da Redação

7

## Orçamento da saúde

- ♦ Como sempre, recursos insuficientes 8

## Controle da hanseníase

- ♦ Agora, de olho nos jovens 10

## Vivendo com HIV/aids

- ♦ A conquista da maternidade 14
- ♦ Acesso ao diagnóstico ainda tardio 16

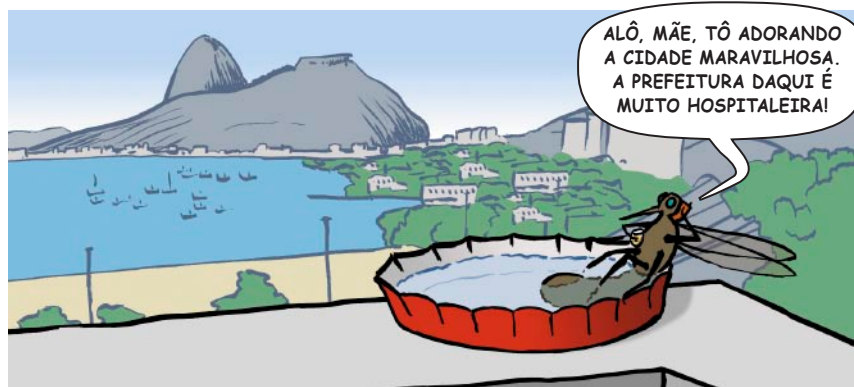
## Radis adverte

16

## Serviço

18

## CARTUM

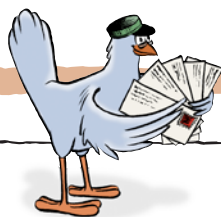


A.D.



## Pós-Tudo

- ♦ Saúde pública e comunicação 19



## CARTAS

### SOCIEDADE E COMPORTAMENTO

Exulto pela feliz idéia da entrevista com a douta socióloga Maria Cecília de Souza Minayo (*Radis* 64), que nos fez esclarecedores comentários não só sobre o conteúdo do filme *Tropa de elite*, como também enfocou com maestria as mudanças comportamentais de nossa sociedade; riqueza de detalhes e pontos fortes da fragilidade de nossos governantes e da sociedade em geral. Louvo a Dra. Maria Cecília de Souza Minayo e parabéns à *Radis*, sempre atualíssima.

♦ João José da Silva, Itajaí, SC

Leio todos os números do fim ao começo. A dificuldade para se colocar na rua uma publicação, gratuita e sem publicidade, é obra quixotesca que raramente dá certo, e *Radis* é, felizmente, uma gloriosa exceção. O objetivo da presente é a entrevista com a professora Maria Cecília de Souza Minayo, relativa ao filme *Tropa de elite*. Sou cinéfilo amador e crítico de cinema idem (ou seja, palpiteiro

mesmo), e tive minha imersão na questão de direitos humanos desde que fui um dos fundadores da seção brasileira da Anistia Internacional (AI) e de seu grupo médico, nos idos de 1980; saí da entidade depois de alguns anos para dar mais atenção à minha vida profissional, e algum tempo após a seção do Brasil foi fechada pelo Secretariado de Londres — nunca soube exatamente o motivo, mas algumas poucas matérias que saíram em poucos órgãos de imprensa indicam que provavelmente funcionários desviaram quantidade respeitável de dinheiro, que é todo provindo de membros ativos, simpatizantes e recursos do Reino Unido. Muito triste.

Como disse a entrevistada, violência há muito deveria fazer parte das preocupações com saúde pública, e o tema ser tocado dessa maneira por *Radis* é passo importante nesse sentido. Assisti ao filme em SP, e observei que não houve tantos apupos públicos como no Rio, pelo fato de a película se passar na realidade carioca, por ser o Bope, e não a Rota ou o GOE etc. Mas as pessoas pensaram certamente da

mesma maneira, como foi fácil observar na enormidade de artigos contra e a favor publicados, assim como nos espaços de cartas de leitores. Sou convidado para as sabatinas da *Folha de S. Paulo* desde a primeira eleição de Lula, e estive presente à de José Padilha: foi bom ouvir dele mesmo o que tinha a dizer.

O filme, minha opinião, é bem feito, com ótimo roteiro, fotografia, direção e edição. O que mais me chocou, em todos os sentidos, não foram as cenas de tortura e corrupção, mas a plena identificação de grandes contingentes de pessoas com os policiais e os métodos do Bope. Maria Cecília abrandou um pouco o assunto, discorrendo sobre causas, mas que o filme despertou o lado fascista e vingador da população, isso ocorreu sim, e como! Fiquei assustado: por exemplo, nos meus tempos de AI, fazíamos debates em universidades sobre tortura e pena de morte, e muitas pessoas nos criticavam. Agora parece que ninguém tem mais pudor em violação de direitos fundamentais, desde que seja para o "bem". Se a América de George W. Bush pode ter Guantánamo, prisões secretas, *waterboarding* [simulação de afogamento] e afins contra o "eixo do mal", assim como Nova York teve sua "tolerância zero", por que não se pode agir assim cá no Brasil, com tecnologia devidamente adaptada ao nosso solo? É um alerta para o Mussolini que vive adormecido nos recônditos do cérebro de todos nós.

♦ Celio Levyman, médico, ex-diretor do CRM-SP, São Paulo

## EXPEDIENTE



Ministério  
da Saúde



FIOCRUZ



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SÉRGIO AROUCA  
ENSP

*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 Sérgio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal  
Tiragem 61.000 exemplares  
Assinatura grátis  
(sujeita à ampliação do cadastro)

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

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

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

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

Arte Aristides Dutra (subeditor)  
Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís  
Tavares e Sandra Suzano Benigno  
Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa,  
Fábio Renato Lucas e Cristiane de Matos  
Abrantes  
Informática Osvaldo José Filho

### Endereço

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

E-mail [radis@ensp.fiocruz.br](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)

Site [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis) (a seção *Radis*  
na Rede é semanal; Últimas Notícias atualiza  
matérias da edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

USO DA INFORMAÇÃO — O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente utilizado e reproduzido em qualquer meio de comunicação impresso, radiofônico, televisivo e eletrônico, desde que acompanhado dos créditos gerais e da assinatura dos jornalistas

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

### CASA-MODELO CONTRA A DENGUE

Sou coordenadora da equipe de educação em saúde de meu município e gostei muito da matéria "Brasil leva surra do *Aedes aegypti*" (*Radis* 64), pois concordo plenamente. Nossa equipe realizou durante o mês de março campanha de "casas-modelo contra a dengue" nas escolas: um aluno era sorteado para uma visita a sua casa; se estivesse de acordo com os critérios anteriormente divulgados, o aluno e a dona da casa recebiam um brinde e o título de "casa-modelo". O resultado foi muito bom.

Gostaria muito de que essa atividade fosse divulgada. Aproveito a oportu-

tunidade para agradecer e parabenizá-los por essa maravilhosa revista.

♦ Roseli Antonia de Souza, Curvelo, MG

### PARABÉNS, SÃO CARLOS

Tomei ciência da *Radis* no meu curso de Serviço Social: além de dona-de-casa, mãe etc. também sou estudante. Li o artigo sobre o NAI (*Radis* 57) e fiquei muito feliz em saber que neste país ainda existem pessoas que querem fazer o bem, ajudando nossos jovens. Parabéns, São Carlos, por essa iniciativa e a integração dos órgãos. Tomara que sirva de exemplo para outros estados.

♦ Lucy Venuto Gonçalves, Itaperuna, RJ

### RADIS PARA MUITOS

Quero parabenizar pelo excelente conteúdo das revistas. Nas oportunidades que tenho, me surpreendo com a qualidade das edições, que tanto vêm a contribuir com o meu dia-a-dia.

Sou conselheira de saúde, representante dos Agentes Comunitários de Saúde do meu município, e fico muito satisfeita quando tenho a *Radis* nas mãos, mas são muitos conselheiros, e não há uma edição para cada um. Já adquiri muito conhecimento por essa revista e ficaria grata se pudesse recebê-la em minha casa, sem depender do conselho; assim, poderia ler sem pressa.

♦ Juciléia Izabel de Moraes, Acari, RN

▣ *Esperemos que um dia quem decide o orçamento no país perceba que cada conselheiro ter sua Radis na mão é investir no SUS.*

### RADIS PARA DOIS

Gostaria de cancelar a minha assinatura, pelo fato de ter me casado e minha esposa já ser assinante. Com isso, continuarei tendo acesso a esta belíssima revista e darei oportunidade a alguém que esteja na fila de espera. Agradeço desde já.

♦ Adriano Ribeiro da Silva, Itaqui-tinga, PE

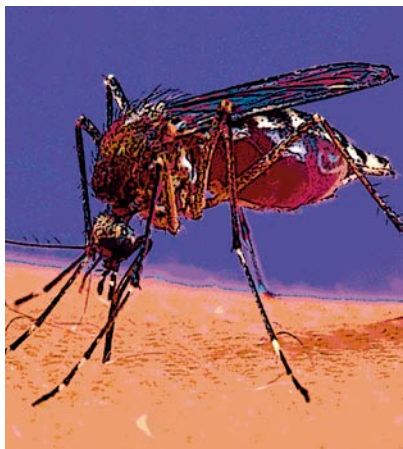
▣ *Nós é que agradecemos, Adriano!* ▣

### 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

### DENGUE: NOVA CRISE NO RJ



ARTE SOBRE FOTO DO USDA

O Ministério da Saúde mal pôde festejar a queda no Brasil de 39,65% dos casos de dengue nas primeiras cinco semanas de 2008 em relação ao mesmo período de 2007. Se no país foram notificados 32.122 casos em fevereiro contra 53.224 no ano passado, o Estado do Rio registrou aumento de 117,42% no número de casos no período analisado: 8.486 casos, ou 16% dos casos do país. Em 20/3, a situação já era de crise: 1.233 novos casos em 24 horas. Na cidade do Rio, 21.502 casos, com 29 mortes; no Estado do Rio, 32.615 casos entre janeiro e março, com 47 mortos. O Ministério da Saúde decidiu montar um "gabinete de crise" no Rio, onde despachariam os secretários de Atenção à Saúde, Gerson Penna, e de Vigilância em Saúde, José Noronha.

A Prefeitura do Rio manteve postura defensiva: não há epidemia, afirmavam as autoridades. O Sindicato dos Médicos decidiu levar notícia-crime ao Ministério Público estadual e federal contra Prefeitura, governo do estado e União — a primeira por não combater a proliferação do *Aedes aegypti* e não oferecer atendimento mínimo à população; o segundo, por não regular e fiscalizar os municípios; o terceiro, por não monitorar a aplicação das verbas federais.

O Rio tinha 14 bairros com casos de dengue em fevereiro. A preocupação maior: a doença atingia mais as crianças até 14 anos — 30% dos infectados, índice que em anos anteriores não chegava a 20%. Entre os internados, as crianças representavam 62%. Em março a TV exibiu cenas dramáticas de crianças à espera de atendimento em hospitais, que não tinham leitos disponíveis.

No país, segundo a primeira avaliação da dengue no ano, nenhum estado teve relato de epidemia de grande magnitude, como Mato Grosso do Sul registrou em 2007, praticamente 20 mil casos. A Região Centro-Oeste apresentou o maior percentual de queda (81,12%), seguida do Nordeste (26,55%), do Sul (25,51%) e do Sudeste (5,46%). A Região Norte apresenta tendência de aumento: 54,57% a mais em 2008 em relação a 2007. Santa Catarina continua sem transmissão local da doença: todos os casos notificados foram "importados".

### Aedes albopictus, novo risco

A presença do mosquito *Aedes albopictus* em áreas de circulação do vírus da febre amarela traz risco de ressurgimento da forma urbana da doença, afirma estudo financiado pelo Ministério da Saúde, divulgado pelo Estado de S. Paulo (22/2). "Corremos um sério risco", alerta Almério de Castro Gomes, pesquisador do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. "Todos os testes mostram que este mosquito é suscetível ao vírus da febre amarela; se ele é suscetível e transita em área onde há circulação do vírus, pode fazer a ponte deste e de outros vírus silvestres para as áreas urbanas". O trabalho foi publicado na edição de janeiro de revista do SUS. O pesquisador ressalva que ainda não foi comprovado o envolvimento do *Aedes albopictus* em casos da doença entre humanos, mas o trabalho alerta para que a vigilância de focos do *A. albopictus* seja adotada como ação preventiva contra a expansão da doença, nos moldes da vigilância do *Aedes aegypti*, transmissor da dengue.

Os mosquitos foram encontrados em três municípios do Rio Grande do Sul e de Minas, onde há circulação do vírus. Segundo os autores, "a infestação da espécie cresce na direção de focos silvestres do vírus", evolução que parece estar ocorrendo em Minas e Goiás.

Assim como o mosquito da dengue, o *Aedes albopictus* gosta de água parada e limpa, mas prefere locais arborizados para reprodução. De origem asiática, o *albopictus* tem o corpo com manchas brancas e pica durante o dia. O mosquito da dengue também pode transmitir a febre amarela urbana, mas ele não transita por

matas. É necessário que um homem seja infectado em ambiente silvestre e depois picado pelo *Aedes aegypti* na cidade para a transmissão a outras pessoas de área urbana. Já o *Aedes albopictus* pode transitar, contaminado, da mata para cidades, infectar alguém e, com a ajuda de seu "parente", levar ao rápido crescimento da doença.

O brasileiro Jarbas Barbosa, gerente de Vigilância em Saúde e Gestão de Doenças da Opas/OMS, disse à Agência Estado (21/3) que há "99% de chance" de que, pela primeira vez em 60 anos, o continente apresente casos de febre amarela urbana: teria sido em San Lorenzo, região metropolitana de Assunção, no Paraguai. "Provavelmente será confirmada febre amarela urbana", declarou, de Washington, o antigo secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde do Brasil. Ele aguardava o resultado dos exames de nove infectados — três morreram. A área, sem matas próximas ou mosquitos silvestres, tinha infestação alta do *Aedes aegypti*, transmissor da febre amarela urbana e da dengue.

#### VENDA DE GENÉRICOS CRESCE 44,3%

Cresceram 44,3% as vendas de medicamentos genéricos em 2007 — US\$ 1,52 bilhão em relação aos US\$ 1,05 bilhão de 2006. Em reais, a alta foi de 27,8%: R\$ 2,95 bilhões. A evolução é resultado também do crescimento em unidades. Em 2007, a alta foi de 20,1%, com 233 milhões de caixas de genéricos vendidas.

#### A CPMF E OS PREÇOS

A CPMF acabou, mas os preços não baixaram para o consumidor, afirma levantamento do professor Marcos Cintra, da Fundação Getúlio Vargas. Para a indústria farmacêutica, por exemplo, a CPMF pesava 1,49%, mas em janeiro, em vez de cair, os preços subiram 0,15%. "Sabíamos que a derrota da CPMF não traria melhoria para a maioria da população, mas sim retiraria recursos de programas como o SUS e a aposentadoria rural", disse a líder do PT no Senado, Ideli Salvatti (SC). "O fim da CPMF serviu para concentrar mais renda, pois engordou a margem de lucro das empresas."

#### CÉLULAS-TRONCO, NOVA ESPERA

Como se esperava, o ministro Carlos Ayres Britto, do Supremo Tribunal Federal, deu voto favorável às pesqui-

sas com células-tronco de embriões na sessão de 3 de março, considerando impropriedade a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3510, ajuizada pelo ex-procurador-geral da República Claudio Fonteles, católico fervoroso, contra o artigo 5º da Lei de Biossegurança, que autoriza as pesquisas.

O relator expôs seu voto, de 72 páginas, por quase duas horas, mas não cansou a platéia que lotou o STF nem o público que acompanhava a sessão pela TV Justiça: o texto mostrava sua preocupação em fazer-se claro para a maioria. Para o ministro, a Lei de Biossegurança está bem fundamentada e prevê todas as cautelas. Não impõe "um frio assassinato" aos embriões: possibilita, ao contrário, uma solução ao "infortúnio alheio", o de pessoas com doenças hoje incuráveis. No entendimento dele, o zigoto (embrião em estágio inicial) é a primeira fase do embrião humano, a célula-ovo ou célula-mãe, distinta da pessoa. "O zigoto não pode antecipar-se à metamorfose", defendeu. "Seria ir além de si mesmo para ser outro ser". Como exemplo citou semente e planta, crisálida e lagarta. "Ninguém afirma que a semente já é planta ou a crisálida, borboleta", argumentou. "Não há pessoa humana embrionária, mas um embrião de pessoa humana: esta, sim, recebe tutela constitucional, moral, biográfica, espiritual, é parte do todo social, medida de todas as coisas".

Sabia-se que o ministro Carlos Menezes Direito, outro católico praticante, em seguida pediria vistas dos autos para retardar a decisão, que se previa favorável às células-tronco. Mas o ministro Celso de Mello pediu a palavra para afirmar que o voto de Ayres Britto tinha sido "antológico" e entraria para a história ao permitir a milhões de brasileiros que sofrem "o exercício concreto de um direito básico e inalienável, de que ninguém pode ser privado — o direito de viver com dignidade".

Direito, alegando que o tema exige mais tempo de estudo, pediu de fato vistas. A presidente do STF, ministra Ellen Gracie, não hesitou em repreendê-lo, lembrando que a ação ingressou no tribunal em maio de 2005. "São, portanto, quase três anos", tempo em que as pesquisas sofreram "sensível desestímulo". Para ela, o STF não foi chamado a decidir sobre a correção ou a superioridade de uma corrente científica ou tecnológica sobre as demais: "Não somos uma academia de ciências", continuou. "O que nos cabe fazer é contrastar o

artigo 5º da Lei 11.105 com os princípios da Constituição". A ministra antecipou seu voto, acompanhando o do relator (íntegra em [www.stf.gov.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/adi3510EG.pdf](http://www.stf.gov.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/adi3510EG.pdf)).

#### CONTROLE DO TABACO EM 2007

A Organização Mundial da Saúde divulgou em fevereiro seu relatório sobre controle do fumo em 2007. As notícias não são boas: apesar de algum avanço, nenhum país implementou totalmente as seis medidas-chave de controle do fumo.

Segundo a OMS, o relatório "é revolucionário" por oferecer abordagem rigorosa da epidemia tabagista e dados sólidos de avaliação fornecidos por 179 países-membros. Não só nenhum país implementou todas as seis políticas recomendadas pela OMS, como 80% dos países não implementaram nem sequer uma política. As seis políticas (chamadas MPower) são: monitoramento do uso de tabaco e adoção de políticas de prevenção; proteção da população da fumaça de cigarro; ajuda a quem deseja parar; advertências sobre o perigo do cigarro; proibição da propaganda de tabaco; aumento dos impostos sobre o tabaco.

As conclusões: apenas 5% da população mundial estão protegidos por legislação antitabagista e proibição da propaganda de tabaco; 40% dos países ainda permitem o fumo em hospitais e escolas; apenas 15 países (6% da população mundial) obrigam a indústria a publicar imagens negativas em maços de cigarro; apenas nove países têm serviços de tratamento da dependência (5% da população mundial); em média, os países recolhem 500 vezes mais dinheiro anualmente com os impostos sobre o tabaco do que gastam nos esforços antifumo — países desenvolvidos recolhem 340 vezes mais; nos países de renda média, essa relação é de 4 mil vezes; nos de baixa renda, 9 mil vezes.

O relatório documenta a mudança epidemiológica do tabagismo dos países ricos, onde o fumo decresce, para os países em desenvolvimento, onde se esperam 80% das mais de 8 milhões de mortes anuais por doenças relacionadas ao fumo para 2030. Essa mudança resulta da nova estratégia global da indústria tabagista de voltar seu foco para jovens, especialmente mulheres jovens, e adultos dos países pobres — "o mais sinistro desenvolvimento potencial da epidemia", diz o

relatório. (Íntegra em inglês: [www.who.int/entity/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/entity/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf))

#### FUNDAÇÕES: MINISTRO FESTEJA VITÓRIA

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, considerou uma vitória política a aprovação do projeto de fundações estatais de direito privado em três estados, Bahia, Sergipe e Rio de Janeiro, e três cidades de São Paulo. "Representa um avanço na administração das instituições de saúde", disse ele à Agência Saúde (20/2). "Ganhamos assim um reforço para dar apoio ao projeto que o governo federal encaminhou ao Congresso". O ministro defende fundações plenamente públicas e fiscalizadas por órgãos como CGU, TCU, auditoria do SUS.

O Projeto de Lei Complementar 92/2007, que prevê a criação de fundações estatais de direito privado, foi encaminhado à Câmara em julho de 2007. Seu relator, Pedro Henry (PP-MT), interrompeu sua tramitação para reexame, depois que substitutivo do deputado Pepe Vargas (PT-RS), com mudanças sugeridas pelos conselhos de saúde, foi apresentado em 12/3. O 92/07 vinha sendo seguidamente retirado de pauta a pedido do deputado Tarcísio Zimermann (PT-RS), conforme o serviço de acompanhamento de tramitação de projetos. Ex-secretário de Trabalho do RS, o deputado contestava o texto original. Para ele, era preciso primeiro garantir que as contratações se dessem por concurso público e que o projeto não fosse instrumento de privatização. "Nossa preocupação é muito mais pelo que o texto não diz do que pelo que diz", contou à *Radis*, por telefone.

O substitutivo agradou ao ministro da Saúde. "O novo texto ficou excelente", disse Temporão. "Responde a todas as exigências do Conselho Nacional de Saúde". Em sua opinião, os argumentos contra o projeto desapareceram. "Se não desapareceram, restaria a ideologia. E isso seria complicado".


#### ABORTO VAI A VOTAÇÃO

O novo presidente da Comissão de Seguridade e Família da Câmara, Jofran Frejat (PR-DF), ex-secretário de Saúde do Distrito Federal, prometeu levar a votação o projeto de descriminalização do aborto, que tramita há 16 anos. "Não vou protelar, apesar de ter gente que quer ficar empurrando esse assunto pra frente", disse. O relator, Jorge Tadeu Mudalen (DEM-SP), deu

parecer contrário ao projeto. Frejat parece concordar com Mudalen, segundo o *Estado de S. Paulo* (17/3). "A argumentação do ministro da Saúde não me convenceu completamente: me pergunto se, com o aborto liberado em qualquer tempo, os hospitais públicos terão condição de fazer esse tipo de procedimento", questionou Frejat. Para ele, a legalização prejudica a política do governo de controle da natalidade e de paternidade responsável. "A pessoa pode pensar que, se engravidar, poderá ir ao hospital e fazer um aborto."

#### RECEITA ERGUE BARREIRA À SAÚDE

O projeto do Ministério da Saúde de aumentar o preço do cigarro para reduzir o consumo bateu numa barreira, informou a *Folha de S. Paulo* (17/3). A Receita Federal acredita que um aumento forte de preços, como defende o Ministério da Saúde com a intenção de coibir o fumo, elevaria ainda mais o mercado ilícito de cigarros. Enquanto o Instituto Nacional de Câncer quer o preço do maço a R\$ 5, a Receita defende R\$ 1,74. O Brasil consumiu 150 milhões de cigarros em 2007: 39 milhões (40%) foram cigarros contrabandeados e 20 milhões foram produzidos por empresas brasileiras que não pagam impostos, afirma a Receita. Aumento de preço é a forma mais simples e eficaz de reduzir o consumo, segundo a OMS. Um aumento de 10% nos preços reduz o consumo em 8%. O cigarro no Brasil é um dos mais baratos do mundo. O maço de uma das marcas mais comuns, conforme levantamento feito em 87 países em 2001, custava o equivalente a US\$ 1,23, só perdendo para a Indonésia (US\$ 1,08). Para evitar o contrabando, a Receita reduziu o IPI do cigarro em 2000, o que representa perda de R\$ 18 bilhões em arrecadação.

O cigarro custa ao SUS pelo menos R\$ 338 milhões, o equivalente a 7,7% dos gastos de internações e quimioterapia no país. O cálculo, feito pela primeira vez no Brasil pela economista Márcia Pinto, da Fundação Oswaldo Cruz, considerou o gasto em 2005 com hospitalizações e terapias quimioterápicas em pacientes de 35 anos ou mais, vítimas de 32 doenças comprovadamente associadas ao tabagismo. Se todos os casos novos de câncer causados pelo cigarro procurassem o SUS, o gasto estimado seria de R\$ 1,12 bilhão. São fumantes 22,4% da população brasileira. 

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


toques da  
redação



DIVULGAÇÃO

**AH, VAI DE TÁXI?** – O mesmo Zeca Pagodinho que condenou a crítica do ministro Temporão à insensibilidade dos artistas na propaganda massificante de bebidas alcoólicas estrelou, bem comportadinho, a "Campanha pela vida no trânsito", do Detran-RJ. "Táxi, leva eu!", dizia o título, seguido da frase "Deixa a vida te levar... mas se beber deixa que o táxi te leve!" No Carnaval, recomendou moderação na bebida, enquadrado, quem diria!, pela própria indústria da cerveja, que não é boba nem nada. Sentindo próximo o peso da lei que proíbe a propaganda em horário de criança acordada, resolveu "colaborar". Podiam todos ter dormido sem essa, não?, pergunta, triunfante, nosso Fontes Fidedignas.

**FARMÁCIA-MERCADO** – José Temporão recebe ligação no celular. "Ministro, estou aqui numa farmácia. É incrível, estão vendendo seguros". Temporão pergunta: "De vida?". A resposta: "Não, de carro". (*Informe JB*, 22/2)

**FALHA NOSSA!** – A redação da *Radis* foi honrada com telefonema da pesquisadora Isar Oswaldo Cruz, neta do grande sanitarista, que nos deu um baita puxão de orelha: a Revolta da Vacina, em 1904, deu-se em função da vacinação contra a varíola, e não contra a febre amarela, como afirma a *Radis* 66. Embora o combate enérgico ao mosquito estivesse entre as ações sanitárias, a par da caçada aos ratos da peste bubônica, foi a picada antivariólica que levantou a população. A vacina definitiva contra a febre amarela só surgiu em 1937. Pedimos perdão pelo erro histórico e agradecemos à leitora ilustre a correção. 

## ORÇAMENTO DA SAÚDE

# Como sempre, recursos insuficientes

Com três meses de atraso, várias tentativas fracassadas de acordo e muito bate-boca entre governo e oposição, o plenário do Congresso Nacional enfim votou, na noite de 12 de março, a Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2008, que prevê despesas de R\$ 1,423 trilhão para a União. O texto já inclui as perdas resultantes da extinção da CPMF — originalmente, o corte previsto seria de R\$ 40 bilhões, revisto para R\$ 12,4 bilhões a partir do aumento da arrecadação de impostos. Mesmo assim, esperava-se do Ministério do Planejamento um contingenciamento de R\$ 12 bilhões — ou seja, o tradicional bloqueio de recursos do orçamento que o governo desvia majoritariamente da área social para pagamento dos juros da dívida do país. No ano passado, R\$ 16 bilhões foram contingenciados. A área social participou com 46%: o Ministério da Saúde sozinho perdeu R\$ 5,7 bilhões.

Para este ano foram reservados à Saúde R\$ 48,4 bilhões, não os R\$ 47,8 bilhões da proposta original. Apesar do aumento, especialistas e defensores do SUS garantem que os recursos são insuficientes. Para o sanitarista Gilson Carvalho, pediatra que se especializou em financiamento da saúde, o mínimo

indispensável seria de R\$ 58 bilhões: os R\$ 47,8 bilhões anunciados na proposta orçamentária acrescidos de cerca de R\$ 6 bilhões, conforme apontaram Conass e Conasems, os conselhos nacionais dos secretários estaduais e municipais de Saúde, mais R\$ 4 bilhões do Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (o PAC-Saúde). “Eles chamam atenção para a necessidade de mais recursos para a atenção básica, para média e alta complexidade, para atendimento de emergências e para medicamentos excepcionais”, lembra Gilson.

Joellyngton Medeiros, especialista em Economia da Saúde e assessor técnico do Conasems, esclarece que os R\$ 20 bilhões previstos na proposta orçamentária original para média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, por exemplo, não bastam. “Podem trazer significativas dificuldades para oferta e ampliação de atendimento”, salienta. E cabe ressaltar que os recursos previstos representam aumento de R\$ 605,23 milhões (3,12%) em relação à LOA de 2007. Mas, tomando como base a população brasileira do ano passado (189.335.187 habitantes), esse valor equivale a R\$ 105,63 *per capita*. “Apesar do aumento sobre 2007 (R\$ 102,44 *per capita*), esses recursos são insuficientes para fazer frente ao reajuste na tabela de procedimentos

e ao aumento dos limites financeiros das unidades federais desse último quadrimestre”, compara.

## REPASSE INSUFICIENTE

A proposta, segundo o especialista, teria que contemplar várias questões: os limites financeiros atuais, recursos para novos serviços, aumento na tabela de procedimentos e redução das desigualdades regionais. “A partir desses parâmetros, faz-se necessário um aumento de pelo menos R\$ 4,5 bilhões em média”, calcula.

Para a atenção primária, a proposta orçamentária de 2008 reservara R\$ 3,05 bilhões, um incremento de 2,7% em relação a 2007 — também insuficiente. “Como esses recursos são repassados com base *per capita*, fundo a fundo, tomando-se a população brasileira de 2007 e considerando-se que há municípios em que o *per capita* chega a R\$ 18, conclui-se que há pouca ou nenhuma margem para qualquer incremento”, avalia.

Joellyngton sugere que o repasse federal *per capita* — hoje de R\$ 15 — atinja R\$ 18,59 por habitante ao ano. Isso porque a inflação acumulada de janeiro de 1998 (quando da implantação do Piso da Atenção Básica) até outubro de 2007 ficou em 85,87%, conforme o Índice de Preços ao Con-



sumidor (IPC) medido pela Fundação Instituto de Pesquisa Econômica (Fipe) para o setor saúde. Assim, aplicado esse índice ao *per capita* de R\$ 10 em 1998, o resultado seria de R\$ 18,59, sendo necessários mais R\$ 3,5 bilhões. "O que implica acréscimo de aproximadamente R\$ 469 milhões ao orçamento de 2008, segundo a proposta inicial", acentua.

### PROGRESSÃO ALARMANTE

Outro segmento da saúde que exige mais dinheiro é o de medicamentos excepcionais. "A progressão de gastos totais com eles é alarmante", observa. Em 2002, foram gastos R\$ 638,6 milhões; em 2003, R\$ 1,05 bilhão; em 2004, R\$ 1,4 bilhão; em 2005, R\$ 1,9 bilhão; em 2006, a estimativa é de R\$ 2,3 bilhões; em 2007, de R\$ 2,8 bilhões. Para este ano, a previsão de gasto é de R\$ 3,3 bilhões, equivalentes ao valor de 2007 mais a variação média dos últimos dois anos (20%). "Em nosso entendimento, dos gastos totais o ministério deve arcar com 80%". Por isso, no orçamento de 2008, a esse bloco deveria ser repassado o valor de R\$ 2,6 bilhões, o que representa necessidade de acréscimo de R\$ 708 milhões à proposta orçamentária.

Nessa lógica, o montante a mais destinado ao Ministério da Saúde deveria ser de pelo menos R\$ 5.960.526.292,00, assim discriminados: R\$ 4.582.515.165,00 para o bloco da Média e Alta Complexidade, contra os atuais R\$ 24.582.515.165,00 da proposta votada no Congresso; R\$ 3,05 bilhões para a Atenção Básica, contra os atuais R\$ 469.741.127,00; R\$ 1,980 bilhão para os medicamentos excepcionais, contra os atuais R\$ 708 milhões; e R\$ 200 milhões para as unidades do componente pré-hospitalar fixo da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Gilson Carvalho defende a retomada, no Senado Federal, do projeto original de regulação da Emenda Constitucional 29 do ex-deputado Roberto Gouveia (PLP 01/2003) ou o do senador Tião Viana (PLS 121). Os dois determinam que a União destine 10% de suas receitas correntes brutas à saúde. Essa proposta foi retirada e substituída pela variação nominal do PIB acrescida de

R\$ 24 bilhões em quatro anos, quando da aprovação do PLP 1-B/03 na Câmara dos Deputados, em outubro de 2007. "Nossa expectativa é que o projeto original volte a ser votado no Senado", diz. "O que foi aprovado na Câmara caducou, pois o aumento estava condicionado à aprovação da CPMF, rejeitada posteriormente". Aprovada no Senado, a proposta teria que voltar à Câmara para nova votação.

### TAREFA ÁRDUA

Calcular quanto se gasta com saúde no Brasil continua tarefa árdua. "Temos dificuldades em obter dados precisos e seguros", lamenta Gilson. Por isso ele costuma dizer que "faz o exercício de estimar". Foi dessa forma que se debruçou sobre os gastos da área em 2007, tanto do setor público quanto do privado.

Em 2007, os gastos em saúde pública foram de R\$ 94,41 bilhões. Os dispêndios federais do Ministério da Saúde, segundo relatório da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, entregue rotineiramente ao Conselho Nacional de Saúde, chegaram a R\$ 44,343 bilhões (até dezembro). Quanto aos estados, sem declaração do Siops, a estimativa é de R\$ 24,33 bilhões (com base nos R\$ 22,42 bilhões gastos em 2006 acrescidos de reajuste de 8,52%, segundo a taxa de variação nominal do Produto Interno Bruto). Esse montante revela que 18 das 27 unidades da Federação deixaram de cumprir a EC 29. "São os grandes vilões do orçamento", aponta Gilson. Mas são também vítimas, "pois é a área econômica que lhe nega os recursos mínimos", atenua. Também sem as informações de 2007, sabe-se que os gastos dos municípios, em 2006, segundo o Siops, foram de R\$ 23,73 bilhões. Feita a correção, a estimativa para 2007 é de R\$ 25,75 bilhões.

Segundo estudos de Gilson, é cada vez menor a participação da União no financiamento da saúde e maior a responsabilização de estados e municípios. Em 1980, a União participava com 75%; estados, com 17,8% e municípios, com 7,2%. Em 1995, respectivamente, 63,8%, 18,8% e 17,4%; em 2000, 59,74%, 18,53% e 21,73%; em


2006, 46,7% (União), 26,12% (estados) e 27,18% (municípios).

Depois das transferências constitucionais, porém, os recursos deveriam ficar da seguinte forma: 60% da União, 24% dos estados e 16% dos municípios. Se então foram gastos R\$ 94,41 bilhões com a saúde em 2007, à União caberia uma participação de R\$ 56,65 bilhões (60%); aos estados, de R\$ 22,65 bilhões (24%); e aos municípios, R\$ 15,11 bilhões (16%). "Nesse raciocínio, do *óbolo da viúva*, quem menos arrecada é que está gastando mais".

### BAIXA PARTICIPAÇÃO

De acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE de 2003, que são os últimos dados disponíveis neste início de 2008, e depois de um reajuste de 21,8% a partir do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) de 2007, Gilson calcula que o gasto privado total com saúde no ano passado foi de R\$ 67,49 bilhões.

Esse valor implica gastos com medicamentos (R\$ 27,38 bilhões), com planos e seguros de saúde (R\$ 19,04 bilhões) e o desembolso direto com consultas, exames, internações, entre outras ações (R\$ 21,07 bilhões). Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o gasto com planos e seguros em 2006 foi de R\$ 41,80 bilhões. Como esses recursos não incluem o sistema de auto-gestão patrocinado, Gilson acrescentou 5%, elevando o gasto com planos e seguros a R\$ 43,89 bilhões. Considerando-se ainda o aumento do número de beneficiários e a correção dos valores dos planos e seguros entre 2005 e 2006 (13,54%), mais medicamentos e desembolso, estima-se que o setor privado gastou no ano passado R\$ 98,38 bilhões.

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. 

## CONTROLE DA HANSENÍASE



# Agora, de olho nos jovens

Katia Machado

O Brasil não conseguiu eliminar a hanseníase até 2005, como pretendia em 2000 (*Radis* 27). Apesar do tratamento e da cura comprovadamente simples, do risco de contágio restrito e deformidades evitáveis quando diagnosticada cedo, a doença teve em 2007 taxa de prevalência de 2,3 novos casos a cada 10 mil habitantes — bem abaixo dos 19,5 de 1990 e dos 4,52 de 2004, mas ainda quase três vezes maior que o índice



aceito pela Organização Mundial da Saúde, de menos de um caso a cada 10 mil habitantes. O país é responsável por 90% dos casos no continente americano e continua em segundo lugar no ranking mundial de novos casos, atrás apenas da Índia, que detecta 600 mil novos casos por ano numa população de 1,12

bilhão de habitantes (julho de 2007). O Brasil, com 186,4 milhões neste mês de abril, registra em média 47 mil a cada ano. (Tabela 1, na pág. 11)

O estado de Mato Grosso é considerado hiperendêmico (coeficiente de detecção de 14,82 casos); no ranking do país seguem-se Roraima (9,99), Pará (6,97), Rondônia (8,65) e Maranhão (7,34), segundo o Programa Nacional de Controle da Hanseníase, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS). Apenas Rio Grande do Sul (0,18), São Paulo (0,51) e Santa Catarina (0,36) têm média inferior a um caso a cada 10 mil habitantes.

Mas houve queda importante no número de casos com deformidades. Em 2003, foram diagnosticadas quase 6 mil pessoas com deformidades; em 2007, a média foi de 3 mil. Para a dermatologista Maria Leide de Oliveira, coordenadora do Programa da Hanseníase desde 2006, isso se deve

à melhora na detecção precoce, antes que apareçam as seqüelas.

A má notícia é que a doença se mantém alta entre os menores de 15 anos. (Tabela 2, na pág. 12) Nesse grupo, o índice nacional é de 0,6 a cada 10 mil habitantes, mas chega a dois nas regiões Norte e Centro-Oeste. Por isso, o plano do Ministério da Saúde até 2010 é priorizar o combate à doença nas áreas críticas, oferecendo diagnóstico precoce e tratamento oportuno, especialmente aos pacientes com menos de 15 anos. É que, depois do contágio, a hanseníase pode levar entre dois e cinco anos para se manifestar, com períodos maiores para as formas mais graves.

“Se há crianças adoecendo significa que contraíram o bacilo de Hansen (*Mycobacterium leprae*), causador da hanseníase, há pouco tempo, em foco de transmissão ativa. Se diagnosticadas no início dos sinais e sintomas da doença, serão facilmente tratadas, sem

Tabela 1 ♦ CASOS NOVOS DE HANSENÍASE (1994-2007\*)

Região e UF	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Norte</b>	<b>6.872</b>	<b>7.816</b>	<b>9.021</b>	<b>9.794</b>	<b>9.398</b>	<b>9.549</b>	<b>9.486</b>	<b>9.458</b>	<b>10.516</b>	<b>10.878</b>	<b>10.498</b>	<b>9.755</b>	<b>9.729</b>	<b>6.230</b>
Rondônia	1.239	1.326	1.640	1.382	1.118	1.220	1.095	1.164	1.238	1.391	1.341	1.273	1.352	1.054
Acre	232	327	372	367	344	380	351	411	380	415	324	367	534	113
Amazonas	1.542	1.464	1.426	1.502	1.339	1.279	1.174	1.253	1.372	1.136	1.037	945	919	631
Roraima	96	130	147	221	281	263	264	297	307	333	293	265	403	72
Pará	2.994	3.598	4.121	4.903	4.934	5.071	5.211	5.108	5.838	6.101	6.030	5.486	4.955	3.100
Amapá	131	173	214	227	176	153	197	134	186	228	189	163	184	122
Tocantins	638	798	1.101	1.192	1.206	1.183	1.194	1.091	1.195	1.274	1.284	1.256	1.382	1.138
<b>Nordeste</b>	<b>10.377</b>	<b>11.597</b>	<b>12.243</b>	<b>14.470</b>	<b>13.969</b>	<b>13.500</b>	<b>13.862</b>	<b>15.861</b>	<b>16.595</b>	<b>18.888</b>	<b>19.262</b>	<b>19.728</b>	<b>17.358</b>	<b>12.245</b>
Maranhão	2.630	3.023	3.490	4.545	4.254	4.208	4.550	4.455	4.768	5.057	5.318	5.657	4.540	3.678
Piauí	1.300	1.176	1.159	1.202	1.373	1.491	1.573	1.772	1.692	1.885	1.708	1.780	1.365	978
Ceará	1.806	2.018	1.919	2.443	2.521	2.079	2.156	2.603	2.443	2.807	2.717	2.787	2.975	2.032
Rio Grande do Norte	138	178	170	244	212	230	241	232	260	248	316	455	274	225
Paraíba	329	449	525	649	620	720	813	826	886	947	922	1.035	956	633
Pernambuco	2.365	2.645	2.636	2.976	2.762	2.388	2.062	3.088	3.306	3.634	3.394	3.309	3.254	2.362
Alagoas	155	206	194	192	195	286	317	370	411	524	436	444	438	353
Sergipe	297	486	480	449	349	494	457	297	438	590	564	665	519	63
Bahia	1.357	1.416	1.670	1.770	1.683	1.604	1.693	2.218	2.391	3.196	3.887	3.596	3.037	1.921
<b>Sudeste</b>	<b>8.435</b>	<b>8.680</b>	<b>9.877</b>	<b>11.000</b>	<b>9.933</b>	<b>10.178</b>	<b>8.979</b>	<b>10.142</b>	<b>11.421</b>	<b>11.336</b>	<b>10.578</b>	<b>9.966</b>	<b>9.334</b>	<b>6.820</b>
Minas Gerais	2.262	2.479	2.694	2.961	2.845	3.030	2.871	2.722	3.372	3.392	3.190	2.984	3.422	1.962
Espirito Santo	967	1.113	1.183	1.425	1.189	1.214	1.301	1.436	1.707	1.832	1.603	1.553	1.299	1.152
Rio de Janeiro	2.277	2.469	3.099	3.701	3.278	3.096	1.909	3.008	3.417	3.106	2.986	2.723	2.531	1.906
São Paulo	2.929	2.619	2.901	2.913	2.621	2.838	2.898	2.976	2.925	3.006	2.799	2.706	2.082	1.800
<b>Sul</b>	<b>1.296</b>	<b>1.528</b>	<b>2.039</b>	<b>2.045</b>	<b>1.827</b>	<b>1.975</b>	<b>1.968</b>	<b>1.865</b>	<b>2.181</b>	<b>2.231</b>	<b>2.357</b>	<b>2.119</b>	<b>1.918</b>	<b>1.607</b>
Paraná	874	1.083	1.602	1.643	1.444	1.602	1.566	1.489	1.722	1.766	1.865	1.638	1.511	1.242
Santa Catarina	237	265	232	201	191	188	204	174	217	238	241	232	214	198
Rio Grande do Sul	185	180	205	201	192	185	198	202	242	227	251	249	193	167
<b>Centro-Oeste</b>	<b>6.210</b>	<b>6.642</b>	<b>7.325</b>	<b>7.816</b>	<b>7.317</b>	<b>7.187</b>	<b>7.010</b>	<b>7.542</b>	<b>7.887</b>	<b>8.264</b>	<b>7.775</b>	<b>7.938</b>	<b>8.196</b>	<b>3.688</b>
Mato Grosso do Sul	2.797	454	592	669	647	562	502	563	603	716	695	622	623	447
Mato Grosso	469	2.909	3.090	3.160	2.748	3.072	3.042	3.526	3.457	3.672	3.360	3.629	4.239	2.543
Goiás	2.663	2.996	3.374	3.679	3.612	3.260	3.143	3.003	3.348	3.412	3.323	3.289	3.070	502
Distrito Federal	281	283	269	308	310	293	323	450	479	464	397	398	264	196
<b>Brasil</b>	<b>33.190</b>	<b>36.263</b>	<b>40.505</b>	<b>45.125</b>	<b>42.444</b>	<b>42.389</b>	<b>41.305</b>	<b>44.868</b>	<b>48.600</b>	<b>51.597</b>	<b>50.470</b>	<b>49.506</b>	<b>46.535</b>	<b>30.590</b>

Fonte: Sinan/SVS/MS; \* 2006 e 2007: dados provisórios

riscos de seqüela”, analisa Maria Leide. Além disso, quando diagnosticado esse grupo é também identificado o foco da infecção: provavelmente adultos contaminados há mais tempo. Quando não houver menores de 15 anos adoecendo, mas somente adultos, é porque foram contaminados anos antes. “Esse é um indicador importante para o controle da doença”, diz. Hoje, como recomenda a OMS, a meta é o controle da hanseníase. “Não se pode falar em erradicação sem uma vacina eficaz, num país com tamanha iniquidade social. Contudo, com medidas efetivas, podemos controlar a longo prazo”.

Nesse trabalho de controle, algumas peças da campanha “Hanseníase – Todos precisam reconhecer para acompanhar” foram produzidas recentemente pelo ministério para jornais, revistas e portais de saúde, com depoimentos de pacientes curados, entre eles uma enfermeira, mostrando que a doença tem

tratamento e cura. Outros tiveram que fazer cirurgia de reabilitação, já que a hanseníase não-tratada traz deformidades. “Não é só uma manchinha na pele”, diz a coordenadora.

### É PRECISO MAIS

Em sua análise, tudo começa pela informação com qualidade. “As pessoas ainda acham que lepra é uma coisa e hanseníase é outra, muito menos grave”, refere-se Maria Leide à mudança de nome da doença proposta há 38 anos. Embora defenda o termo hanseníase, Maria Leide acredita que a troca não foi bem-explicada à população, o que só ocorreu nos anos 80. Era necessário relacionar *lepra*, conhecida mundialmente, a *hanseníase*. “Há pessoas que nem sequer sabem pronunciar a palavra, já que se escreve com *h* e tem som de *r*”, diz. Em 1970, a doença foi rebatizada de hanseníase em homenagem ao médico norueguês

Gerhard Armauer Hansen (1841-1912), que descobriu o bacilo em 1873. Trata-se de iniciativa brasileira, apoiada pelo Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), única no mundo, criada em 1982 por ex-portadores da hanseníase.

É preciso fazer mais, conclama Maria Leide, para quem é urgente a melhora do atendimento nos serviços de saúde, normalmente feito às pressas. “Para diagnosticar, é preciso examinar todo o corpo da pessoa, apalpar os membros (braços e pernas), fazer um bom teste de sensibilidade superficial da pele, pedir ao paciente que feche os olhos para ver se ele perdeu a sensibilidade à dor e ao calor, avaliar se há perda da força muscular de mãos e pés”, recomenda a dermatologista aos profissionais de saúde. “São exames clínicos simples, mas demorados, que exigem paciência e dedicação”.



## Tabela 2 • CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS E COEFICIENTE

Região e UF	1994	Coef.	1995	Coef.	1996	Coef.	1997	Coef.	1998	Coef.	1999	Coef.	2000	Coef.	2001	Coef.
<b>Norte</b>	973	2,36	1.079	2,56	1.102	2,69	1.272	3,02	1.268	2,74	1.214	2,57	1.118	2,33	1.017	2,10
Rondônia	93	1,91	106	2,10	138	3,25	143	3,29	105	2,23	90	1,88	86	1,81	76	1,60
Acre	31	1,69	41	2,19	35	1,93	43	2,30	39	1,90	46	2,18	29	1,34	44	2,00
Amazonas	263	2,82	246	2,58	213	2,41	250	2,74	201	2,01	183	1,78	141	1,29	138	1,20
Roraima	9	0,98	16	1,68	15	1,65	23	2,45	43	4,16	38	3,60	29	2,32	34	2,60
Pará	506	2,66	586	3,01	627	3,13	699	3,40	711	3,16	730	3,18	718	3,13	615	2,60
Amapá	14	1,04	20	1,45	26	1,82	27	1,78	22	1,29	15	0,84	11	0,59	10	0,50
Tocantins	57	1,48	64	1,63	48	1,30	87	2,28	147	3,52	112	2,62	104	2,55	100	2,40
<b>Nordeste</b>	1.057	0,64	1.206	0,73	1.462	0,98	1.736	1,15	1.737	1,07	1.751	1,07	1.384	0,88	1.433	0,90
Maranhão	333	1,57	418	1,94	583	3,00	838	4,25	835	3,93	880	4,10	526	2,50	488	2,30
Piauí	117	1,13	94	0,90	111	1,20	110	1,18	127	1,28	161	1,61	138	1,45	128	1,30
Ceará	79	0,33	112	0,46	133	0,58	166	0,72	171	0,68	142	0,56	115	0,46	145	0,60
Rio Grande do Norte	9	0,10	9	0,10	16	0,20	20	0,24	21	0,23	19	0,21	14	0,16	13	0,10
Paraíba	34	0,29	38	0,32	38	0,36	41	0,38	33	0,29	46	0,40	57	0,53	75	0,70
Pernambuco	389	1,53	389	1,51	355	1,55	380	1,64	385	1,55	311	1,24	355	1,44	371	1,50
Alagoas	15	0,15	21	0,21	24	0,26	25	0,27	17	0,17	26	0,26	25	0,25	1	0,00
Sergipe	2	0,03	0	0,00	46	0,85	22	0,40	26	0,43	42	0,69	38	0,64	20	0,30
Bahia	79	0,17	125	0,26	156	0,38	134	0,32	122	0,27	124	0,27	116	0,28	192	0,50
<b>Sudeste</b>	444	0,23	461	0,24	533	0,30	595	0,33	548	0,28	555	0,28	423	0,22	532	0,30
Minas Gerais	88	0,17	150	0,29	164	0,34	178	0,37	160	0,31	147	0,28	143	0,28	145	0,30
Espirito Santo	84	0,93	69	0,76	102	1,24	108	1,29	79	0,87	81	0,88	95	1,07	77	0,90
Rio de Janeiro	153	0,44	156	0,44	169	0,52	208	0,63	224	0,63	236	0,66	102	0,28	209	0,60
São Paulo	119	0,12	86	0,09	98	0,11	101	0,11	85	0,09	91	0,09	83	0,09	101	0,10
<b>Sul</b>	47	0,07	36	0,05	48	0,07	54	0,08	37	0,05	49	0,07	30	0,04	36	0,10
Paraná	32	0,12	26	0,10	38	0,15	43	0,16	29	0,10	45	0,16	24	0,09	32	0,10
Santa Catarina	9	0,06	8	0,05	7	0,05	6	0,04	4	0,03	1	0,01	2	0,01	2	0,00
Rio Grande do Sul	6	0,02	2	0,01	3	0,01	5	0,02	4	0,01	3	0,01	4	0,02	2	0,00
<b>Centro-Oeste</b>	534	1,61	562	1,66	572	1,82	514	1,60	421	1,20	484	1,35	463	1,33	441	1,20
Mato Grosso do Sul	17	0,27	26	0,41	20	0,34	26	0,43	32	0,49	22	0,33	17	0,27	20	0,20
Mato Grosso	304	3,85	309	3,80	308	4,31	277	3,79	216	2,71	269	3,32	259	3,25	259	4,00
Goiás	196	1,43	212	1,52	232	1,76	194	1,43	157	1,06	180	1,18	164	1,12	153	1,00
Distrito Federal	17	0,32	15	0,27	12	0,23	17	0,32	16	0,27	13	0,22	23	0,39	9	0,20
<b>Brasil</b>	3.055	0,61	3.344	0,66	3.717	0,80	4.171	0,88	4.011	0,79	4.053	0,78	3.418	0,68	3.459	0,70

Fonte: Sinan/SVS/MS; \* 2007: dados provisórios



FOTOS: ANA CAROLINA LANDI

Artur Custódio, também conselheiro nacional de saúde.

O projeto começou por Maranhão, Tocantins e Pará, com alto índice da doença. Em dezembro estava em Araguaína (TO), onde atendeu 200 pessoas em quatro dias e detectou 20 novos casos, incluindo três crianças. Em São Luís, 300 pessoas passaram pela carreta-consultório, com 21 casos diagnosticados. O *Caminhão da Saúde* traz um palco para apresentação de peça teatral sobre sinais, sintomas e cuidados em relação à hanseníase, além da exibição de vídeos sobre a doença.

O Morhan atravessa, no entanto, dificuldades financeiras. Por falta de verba, o Telehansen (0800 26-2001) está desativado, e Artur Custódio tem atendido as emergências pelo próprio celular.

## Um caminhão de soluções

O Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) lançou em novembro de 2007 o projeto *Caminhão da Saúde*, veículo que abriga cinco consultórios destinados à detecção e ao diagnóstico da doença e um laboratório para exames,

com resultados imediatos, além de banheiro e elevador para deficientes físicos. O objetivo é levar assistência médica à população carente. "O caminhão vai a lugares onde há dificuldade de se levar saúde à população", informa o coordenador nacional do Morhan,



## DE DETECÇÃO (Brasil, 1994 a 2007\*)

2002	Coef.	2003	Coef.	2004	Coef.	2005	Coef.	2006	Coef.	2007	Coef.
1.135	2,30	1.207	2,40	1.157	2,20	1.027	1,90	999	1,80	623	1,09
87	1,80	120	2,40	110	2,20	73	1,40	107	2,00	72	1,31
34	1,50	31	1,30	31	1,30	38	1,50	56	2,10	12	0,44
153	1,30	136	1,20	110	0,90	83	0,70	92	0,70	74	0,56
36	2,70	35	2,50	33	2,30	36	2,40	56	3,60	17	1,06
702	2,90	740	3,00	741	3,00	673	2,60	556	2,10	334	1,24
17	0,80	21	1,00	21	1,00	8	0,30	14	0,60	12	0,48
106	2,50	124	2,90	111	2,50	116	2,50	118	2,50	102	2,14
1.529	0,90	1.729	1,10	1.778	1,10	1.894	1,10	1.618	1,00	1.013	0,59
592	2,70	584	2,70	573	2,60	670	2,90	489	2,10	338	1,45
129	1,30	170	1,70	143	1,40	155	1,50	144	1,40	72	0,70
151	0,60	136	0,50	182	0,70	191	0,70	203	0,70	119	0,43
18	0,20	15	0,20	26	0,30	44	0,50	24	0,20	27	0,28
77	0,70	89	0,80	66	0,60	83	0,70	76	0,70	41	0,36
327	1,30	378	1,50	371	1,40	337	1,30	353	1,30	248	0,93
3	0,00	2	0,00	22	0,20	34	0,30	33	0,30	14	0,13
40	0,60	51	0,80	48	0,80	62	0,90	42	0,60	5	0,07
192	0,50	304	0,70	347	0,80	318	0,70	254	0,60	149	0,33
592	0,30	649	0,30	641	0,30	576	0,30	526	0,20	396	0,18
172	0,30	202	0,40	218	0,40	177	0,30	188	0,30	98	0,18
123	1,30	138	1,50	120	1,30	138	1,40	106	1,10	98	0,97
203	0,50	209	0,60	198	0,50	183	0,50	173	0,40	125	0,31
94	0,10	100	0,10	105	0,10	78	0,10	59	0,10	75	0,07
56	0,10	77	0,10	145	0,20	60	0,10	32	0,00	32	0,04
40	0,10	63	0,20	129	0,40	49	0,20	29	0,10	23	0,08
8	0,10	9	0,10	9	0,10	7	0,00	3	0,00	4	0,02
8	0,00	5	0,00	7	0,00	4	0,00	0	0,00	5	0,02
499	1,40	525	1,40	467	1,20	503	1,30	460	1,20	84	0,21
24	0,30	39	0,50	34	0,40	33	0,40	26	0,30	12	0,17
281	4,30	283	4,30	258	3,80	280	4,00	241	3,40	42	0,45
175	1,10	187	1,20	169	1,10	180	1,10	184	1,10	28	0,16
19	0,30	16	0,30	6	0,10	10	0,20	9	0,10	2	0,03
3.811	0,70	4.187	0,80	4.188	0,80	4.060	0,70	3.635	0,70	2.148	0,38

O exame de contato facilita o diagnóstico precoce e evita a evolução da doença tanto do ponto de vista da infecção quanto da deformidade.

Nesse sentido, o Programa de Controle da Hanseníase tem buscado sensibilizar gestores municipais e estaduais para que ampliem o atendimento – atualmente, apenas 34% da rede básica de saúde fazem diagnóstico e tratamento da doença. “É preciso reconhecer que essa é uma doença endêmica de forte impacto na saúde do indivíduo”, alerta. “Estamos habituados a nos pautar pelas epidemias e as emergências e nos esquecemos das endemias”.

### O QUE É A HANSENÍASE

A doença é causada por um micróbio (o bacilo de Hansen), transmitido por vias respiratórias, que ataca principalmente nervos periféricos, pele e mucosa nasal,

podendo afetar fígado, testículos, gânglios, juntas e olhos quando em fase avançada e sem tratamento. O sinal característico da doença é a perda da sensibilidade ao calor, à dor e ao tato nas áreas afetadas. Com tratamento à base de cartelas de poliquimioterapia (PQT), ou seja, um conjunto de comprimidos que matam os bacilos, muitas lesões são reversíveis, permitindo a cura da doença.

Em termos técnicos, a doença pode ser paucibacilar e multibacilar. Somente a segunda forma é transmissível, devido à produção de grande quantidade de bacilos no organismo. O risco de transmissão cessa assim que iniciado o tratamento. Qualquer que seja a forma de manifestação, a hanseníase tem cura. O importante é não interromper o tratamento, que deve ser oferecido em centros de saúde, pelo Programa Saúde da Família e outras estratégias da Atenção Básica.


Pelo SUS, consulta e tratamento, incluindo remédios, são gratuitos.

A hanseníase carrega estigmas seculares (*Radis* 27). A política de isolamento compulsório foi abolida oficialmente em 1962, mas acabou de fato em 1986, quando a 8ª Conferência Nacional de Saúde recomendou a transformação de alguns leprosários em hospitais gerais, como ocorreu com o Hospital de Curupaiti, no Rio de Janeiro, ou com o antigo Sanatório Aymorés, em Bauru (SP), hoje Instituto Lauro de Souza Lima. Algumas dessas instituições remanescentes da política de isolamento foram mantidas, apesar de não serem mais colônias, para abrigo de ex-pacientes e suas famílias, muitos sem casas e condições de trabalho. Hoje sobram 30 hospitais-colônia dos 101 criados nos tempos da política de isolamento dos pacientes.

### RESGATE DOS DIREITOS

Em 24 de maio de 2007, o presidente Lula assinou a Medida Provisória nº 373, que concede pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase e submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônia até 31/12/1986. Ex-internos têm direito a R\$ 750 por mês, como forma de reparação e resgate dos direitos humanos. O exemplo foi copiado de países como o Japão.

Em dezembro do ano passado, um primeiro grupo de 22 pessoas, selecionadas pela Comissão Intermunicipal de Avaliação, formada por representantes dos ministérios da Previdência, da Saúde, do Desenvolvimento Social e do Planejamento, coordenada pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR), recebeu cerca de R\$ 5.500 – pagamento retroativo a maio de 2007, quando finalmente foi assinada a medida. Outras 56 pessoas passaram a receber o benefício no fim de janeiro, com prioridade para ex-internos de idade. “Seis beneficiados, por exemplo, têm mais de 100 anos”, conta a assessora da SEDH/PR Sueli de Paula.

A estimativa é que quatro mil pessoas tenham direito a essa pensão, e devem ser atendidos até o fim deste ano pelo menos 70% dos requerimentos. “Muitos vivem nos 30 hospitais-colônia e são idosos com muitas seqüelas”, diz ela. “A pensão é uma forma de repararmos a violação aos direitos humanos dessas pessoas, que viveram na exclusão e no preconceito”. A maioria dos beneficiários tem entre 50 e 70 anos e é do sexo masculino. 

VIVENDO COM HIV/AIDS

# A conquista da maternidade



FOTOS: REPRODUÇÃO TV GLOBO

Luciane, a primeira criança no mundo a tomar anti-retroviral, está casada com Daniel e é mãe de um bebê saudável



Bruno Dominguez

Nasceu em 15 de janeiro, na maternidade do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, em São Paulo, a menina Ana Vitória, pesando 3,6 kg, medindo 48 cm e esbanjando saúde. Seria um nascimento como outro qualquer não fosse Ana filha de Luciane Aparecida Conceição, 20 anos, a primeira criança no mundo a receber o coquetel contra a aids. Infectada ao nascer, porque a mãe recebera sangue contaminado na gravidez, Lu veio ao mundo numa época em que aids era sinônimo de morte iminente.

Rejeitada pela mãe e adotada por família pobre, aos 8 anos Luciane tinha tuberculose, pneumonia, peso baixo,

dificuldade de andar, queda de cabelo, feridas pelo corpo. A infectologista Rosana Maria Paiva dos Anjos, que cuida dela desde o nascimento, calculou que a menina teria 15 dias de vida. “Não respondia ao tratamento, chegou a um estado que a gente chama de final”, lembra a médica, que conseguiu mudar o rumo desta história — e de muitas outras mundo afora.

Numa ação de emergência, Rosana receitou a Lu coquetel anti-retroviral (d4T, 3TC e ritonavir), então só indicado a adultos. A Secretaria de Saúde de São Paulo rejeitou a decisão. Para salvar sua pequena paciente, Rosana precisou recorrer à Justiça. E venceu. Hoje, 12 anos depois, Luciane tem carga viral indetectável — tão baixa que não se pode medi-la. Sua saúde representa um avanço da ciência no tratamento da aids, avanço

que serviu para que crianças em todo o planeta se recuperem como ela.

Para Lu, faltava apenas um acontecimento para afirmar que, sim, ela tem uma vida igual à de qualquer outra mulher da mesma idade: engravidar. Quando criança, sonhava se formar em Medicina; casar e ser mãe nunca tinham sido prioridades. “Não pensava nisso por conta da aids”, conta à *Radis*, em entrevista pelo telefone. Aos 19 anos, porém, as feridas psicológicas não a impediram de se apaixonar pelo pedreiro Daniel Ribeiro Martins, de 30 anos, e de aceitar seu pedido de casamento.

Lu morava na mesma rua que a irmã de Daniel, mas só conhecia o homem que viria a ser seu marido de longe — “não era muito de conversar”. Coube a ele a tarefa de se aproximar,

em setembro de 2006. Daniel aproveitou que Lu tinha dificuldade de pegar amoras num pé e se ofereceu para ajudá-la. Os dois acabaram conversando. “Mas só como amigos, pois tinha medo de me aproximar”, ressalva ela. As conversas tornaram-se freqüentes. A revelação de que era soropositiva só veio no sexto mês de namoro. O pedreiro já sabia — a irmã contara: “Na hora não acreditei, bem bonita que ela era”. Foi Daniel quem fez Lu rever seus planos de vida e optar pelo casamento e pela gravidez. “Ela não queria, eu que quis ter filhos”.

Juntos, foram ao Conjunto Hospitalar para se informar sobre os riscos. O médico consultado desaconselhou a gravidez, mas o casal decidiu por conta

própria suspender o uso de preservativo. “Sempre usei porque tinha medo de que ele pegasse, aí me sentiria culpada”, conta a jovem. Ela cedeu ao ouvir o marido dizer que confiava em Deus — o casal é evangélico —, que ele não pegaria e o bebê também não.

O teste de detecção do HIV em Daniel preocupou-a mais do que o de gravidez. Para felicidade do casal, o dele deu negativo; o de gravidez, positivo. A fé de Daniel, felizmente, contara com a contrapartida científica: como Luciane tem carga viral indetectável, eram pequenas as chances de contaminação do parceiro e do feto.

Por conta de casos bem-sucedidos como o de Lu, o Ministério da Saúde

pretende rever sua posição sobre os direitos reprodutivos dos portadores do vírus HIV, segundo a diretora do Programa Nacional de DST e Aids, a médica Mariângela Simão. A orientação atual do ministério é que todos os soropositivos usem preservativos em todas as relações. Mariângela ressalva que a política brasileira de prevenção já está calcada na “decisão informada”, pela qual o indivíduo escolhe a melhor opção a partir de evidências — inclusive relações sem camisinha.

Para Mariângela, essa revisão é necessária porque há um grande contingente de pessoas vivendo com aids que apresentam cargas virais indetectáveis e desejam constituir família. Seguida a

## “Dilema do milênio”

Quando optaram pela gravidez, Luciane e Daniel ouviram críticas de amigos. Para evitar comentários, Lu chegou a esconder a barriga. O médico Clóvis Ricardo Montenegro de Lima, professor da Universidade Federal de Santa Catarina, acredita que, em casos como o de Lu, é preciso fugir do aspecto disciplinador das recomendações médicas, “faça isto, não faça aquilo”. Em seu primeiro mestrado (UFRJ, 1992), na dissertação “Aids, uma epidemia de informações”, analisou a medicina como estratégia de poder, “um dispositivo de controle nas sociedades pós-industriais”.

A racionalização das relações interpessoais leva a mulher a lidar com sua gestação a partir das indicações do obstetra, e com o filho, a partir das indicações do pediatra, observa. A análise de Clóvis parte do conceito de “ortopedia social”, denominação dada pelo filósofo francês Michel Foucault (1926-1984) ao processo de disciplinarização dos corpos e das populações pelos governos.

“De certo modo, essa burocratização da vida esvazia a dimensão humana da existência: a relação das pessoas consigo mesmas, com os outros e com o mundo passa a ser mediada pelos saberes racionais”, opina. Clóvis lembra que antigas recomendações foram superadas, tendo causado sofrimento em muitas pessoas. Nos anos 80, por exemplo, viu professores seus da Faculdade de Medicina da USP defenderem a exclusão social dos

portadores do HIV. “O déficit de legitimidade do conhecimento disponível em cada tempo histórico tem que ser preenchido pela discussão pública e, no fim das contas, pelo desejo de cada um”.

Para Francisco Inácio Bastos, do Ictict/Fiocruz, os direitos reprodutivos dos soropositivos são o dilema do milênio, o principal desafio da prevenção da aids. “O avanço da ciência no tratamento propiciou vida longa e saudável a portadores do HIV, e é natural que queiram ter filhos”. No Brasil, prevê, não haverá impacto nas taxas de fecundidade. Mas na África, onde famílias, tribos e clãs estão sendo dizimados pela aids, os infectados que sobreviverem, acredita, tentarão recompor suas origens. “Se a reprodução for um fenômeno de massa e não houver pré-natal adequado, pode haver o caos”.

Integrante do Núcleo de Pesquisa e Prevenção em Aids da USP e também professor da Faculdade de Medicina, o médico José Ricardo Ayres, acredita que cabe ao casal decidir se terá ou não filhos. Para ele, a portadora do vírus tem direito à gravidez e o profissional de saúde tem o dever de informá-la dos riscos de contaminação — tanto do pai quanto do bebê. “Nosso papel não é julgar moralmente ninguém, e sim usar todos os recursos para o bem-estar das pessoas e da saúde pública”, diz Ricardo.

Em sua opinião, se a mulher decidir engravidar o profissional deve seguir os procedimentos que evitam



FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Dr. Rosana: “A decisão cabe ao paciente”

a transmissão vertical e apoiar a paciente para que consiga enfrentar o preconceito. Se a mulher abrir mão de ter filhos, deve sugerir medidas alternativas, como a adoção.

Professora da Faculdade de Medicina da PUC/SP, Rosana Paiva, a médica que cuida de Luciane desde que ela nasceu, defende a autonomia do sujeito: “A nós compete aconselhar, mas a decisão cabe exclusivamente ao paciente”. A infectologista conta ter ficado surpresa e contente ao saber da gravidez da jovem. Contenta porque, quando a questionavam sobre o futuro de Lu, ela respondia que a menina poderia ter vida normal, boa qualidade de vida, constituir família. “Mas era mais uma torcida do que uma previsão”. (Colaborou Adriano De Lavor)

recomendação do ministério, a única maneira segura de um soropositivo ter filhos é a reprodução assistida. O serviço é oferecido pelo SUS, mas a demanda reprimida é grande e casais com problemas de infertilidade têm preferência, informa Mariângela.

Vários países debatem o tema, embora ainda não haja consenso global. Em janeiro, a Comissão Nacional Suíça de Aids apresentou estudo segundo o qual portadores do HIV submetidos regularmente a tratamento anti-retroviral não oferecem risco de contaminação aos parceiros — logo, podem manter relações sem proteção. A Organização Mundial da Saúde discordou: como considera que as provas não são conclusivas, reforçou o apelo ao sexo seguro.

### CUIDADOS EXTRAS


A transmissão vertical é a única passível de erradicação. Mas, como nem todas as gestantes têm acesso ao pré-natal — ou não o procuram — e aos exames de detecção do vírus, a doença segue sendo transmitida de mãe para filho (*Radis* 51). Dados de 2004 indicam que, no Brasil, essa taxa é de 8%, com grande variação entre regiões, de acordo com Mariângela. “Se forem tomadas todas as medidas que recomendamos, o índice pode cair para menos de 1%”, frisa.

Mesmo quando a grávida tem carga viral indetectável, o risco de contaminação do bebê não é nulo. Por isso, Luciane e outras soropositivas que engravidam precisam passar por um pré-natal diferenciado: o protocolo do ministério preconiza que todas as gestantes tomem comprimidos de AZT (zidovudina) nos últimos seis meses de gravidez. No parto, também há

procedimentos especiais: a mãe deve receber injeção intravenosa de AZT e o recém-nascido deve ser manipulado de maneira diferente da convencional — é preciso limpar precocemente todas as secreções, por exemplo. Até a sexta semana de vida, indica-se xarope de AZT. A amamentação é contra-indicada — uma fórmula láctea infantil substitui o leite materno. Lu nem teve tempo de lamentar o fato de não poder amamentar a filha: seu leite secou naturalmente.

Tanto o pré-natal de Luciane quanto os cuidados com Ana Vitória, comandados pelo médico Luiz Sampaio, do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, seguiram as recomendações do ministério. O resultado do tratamento correto é a boa saúde de Ana Vitória: o primeiro teste de contaminação deu negativo. “Já no primeiro momento em que a vi, falei que ela não teria nada”, lembra Lu. Ainda assim, chorou de felicidade quando veio a confirmação.

Nem a extrema timidez de Lu esconde a emoção com o nascimento de Ana Vitória. Toda orgulhosa, conta que a filha não dá trabalho, não acorda mais durante a madrugada (só acordava para tomar o “remedinho”), engordou um quilo e cresceu sete centímetros em menos de dois meses. “Ela é meu xodó”, ri.

O sofrimento da infância provavelmente multiplica o encantamento natural de Lu pela filha. “Estou até agora boba, olho para ela e fico pensando: nossa, eu sou mãe, essa menina é minha filha”, festeja. Tanto que, quando perguntada sobre o que quer no futuro, Lu não revela desejos pessoais. “Pretendo ter uma casa para minha filha, dar tudo o que ela merece, tudo de bom que eu não tive”, diz. “Agora só penso nela”. 

# Acesso ao diagnóstico ainda tardio

“Resposta Brasileira à Epidemia de Aids 2005-2007”, relatório submetido a cada dois anos à Assembleia Geral Especial das Nações Unidas sobre HIV e Aids (na sigla em inglês, Ungass), trouxe uma surpresa desagradável ao país, que registra tendência de queda na incidência de aids — 32.628 novos casos em 2006 contra 38.816 em 2002: das 115.441 pessoas que começaram a se tratar entre 2003 e 2006, 50.393, ou 43,7%, chegaram tardiamente às terapias. Há várias causas para esse fenômeno, no entendimento de Mariângela Simão, diretora do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde.

A primeira está ligada ao diagnóstico precoce: quanto mais cedo, melhor. Dos 50.393 em tratamento tardio, 28,7%, ou 14.462, morreram no início da terapia. Mas as taxas variam conforme a região: no Sul, 59% iniciam o segmento clínico (acompanhamento) em período oportuno (quando ainda não há sintomas nem imunodeficiência); na Região Norte, esse índice cai para 47%. “Então, existe um gradiente regional”, avalia Mariângela.

“A pauperização da aids também tem influência nisso, porque a pobreza está ligada à dificuldade de acesso ao serviço”, diz. Outra causa pode ser o medo do estigma, da discriminação que ainda cerca o viver com aids. A terceira é a percepção da vulnerabilidade. No Brasil, a aids é predominantemente heterossexual e está distribuída em 85% dos municípios (85% deles têm pelo menos um caso), ou seja, circula quase no país inteiro. “Há o lado do profissional, que não reconhece na pessoa que procura o serviço as situações de vulnerabilidade”, observa. Às vezes é uma mulher casada de meia-idade e o profissional não pede um teste — que não é obrigatório. “Então, vemos casos de pacientes que circulam por vários serviços antes de o diagnóstico ser feito”. Há também o paciente que reluta em se submeter ao teste.



## Radis adverte

O inverno vem aí:  
é hora da vacina  
contra a gripe para os  
maiores de 60 anos!



“Se acha que se expôs a uma situação de risco, como sexo sem preservativo, tem que procurar a testagem”.

A taxa está na média de alguns países do Primeiro Mundo, mas isso não consola Mariângela. “É inaceitável porque os resultados do Brasil deveriam ser melhores que os dos EUA”, diz. “O Brasil tem oferta de diagnóstico e tratamento em todo o território nacional, enquanto os EUA não têm política de acesso universal”, lembra. “Deveríamos estar melhores do que eles, não é?”

A versão preliminar do relatório, apresentada à Ungass em fevereiro, responde a 25 indicadores em três categorias – de compromisso e ação nacionais (indicadores 1 ao 11), de conhecimento e comportamento (do 12 ao 21) e de impacto (22 a 25) –, e é produto do esforço conjunto de várias áreas do governo, da sociedade civil, de universidades e organismos internacionais. Um dos participantes foi o sanitarista Francisco Inácio Bastos, do Ict/Fiocruz, que antecipou à *Radis* alguns dados da pesquisa inédita que inscreveu para a Conferência Internacional de Aids, no México, em agosto.

Os dados apontam forte diferencial no início do segmento clínico entre categorias de exposição – como homossexuais, que são mais mobilizados, e usuários de droga, que costumam a procurar o serviço e muitas vezes desistem logo do tratamento. “A longo prazo, pode haver um paradoxo: uma situação de acesso universal com utilização diferenciada”, avalia. “Achamos que o acesso universal garante o tratamento, por exemplo, de todos os doentes com hanseníase e tuberculose, mas isso não acontece, e minha pergunta é: será que a aids vai virar mais uma endemia brasileira, como tuberculose, hanseníase e malária? A classe média se trata e vira uma doença dos pobres?”

Para Francisco, recentemente indicado representante da América do Sul no Grupo de Referência da ONU em HIV e Uso de Drogas Injetáveis, a questão é interessante, pois normalmente se pensa que acesso universal é sinônimo de equidade, e não é. O professor também destaca a importância da procura do exame pela população. A transmissão vertical, por exemplo, poderia ser eliminada. “Há falhas no diagnóstico, sim, mas há também mulheres que não procuram uma unidade para fazer o pré-natal”, observa. “Um percentual expressivo de mulheres não recebe o diagnóstico



no momento adequado e outras nem sequer fazem pré-natal: é preciso melhorar o serviço, diminuir as filas, o tempo de espera etc. e também conscientizar a população de que a procura rápida é fundamental”.

Francisco considera as campanhas brasileiras de boa qualidade. “Viajo muito e vejo que não é um problema de mídia: o Brasil tem cobertura da rádio e TV gigantesca, poucos segmentos isolados não têm acesso a informação”, diz. “Na minha opinião, as limitações são estruturais: desigualdade, problemas na educação”.

Mariângela Simão agrega que o ministério já vem buscando ampliar o acesso ao diagnóstico. “É uma questão que está posta sempre: desde 2003 fazemos a campanha *Fique Sabendo*, disponibilizando testes rápidos, um deles fabricado pela Fiocruz e outro pela Universidade Federal do Espírito Santo”, conta. “É um avanço”.

A situação do tratamento tardio é mais grave entre homens e pessoas mais velhas: 50% dos homens com HIV procuram tarde o tratamento, mas entre as mulheres doentes o índice cai para 36% – graças, inclusive, ao pré-natal. Entre os jovens de 15 a 19 anos, 83,8% iniciaram o tratamento no momento adequado. Mas, com os brasileiros acima de 60 anos, a probabilidade de procura tardia é sete vezes maior.

O professor Francisco destaca outros pontos do relatório. Na opinião dele, 2007 foi um ano paradoxal para a aids. Houve ampliação do acesso ao tratamento, novos remédios foram lançados e o Brasil participa das pesquisas. Por outro lado, duas áreas centrais da produção, vacinas e microbicidas, tiveram resultado negativo, aponta. “Uma pesquisa de microbicida foi suspensa, uma de vacina da Merck também, ou seja, foi um ano em que as estratégias de prevenção tiveram resultado muito ruim”.

“São recursos que não funcionam como o esperado: do ponto de vista social, a frustração desses estudos impacta fortemente a comunidade que participava deles”, atesta. “Os próximos deveriam ser mais cautelosos, levarem em conta a esperança que se dá a comunidade”. Na avaliação de Francisco, nos países em desenvolvimento houve ampliação do acesso a medicamentos e também na área de genéricos, com oferta variada. Já no licenciamento compulsório a dificuldade é maior. “Estamos sempre correndo atrás do prejuízo, mas solução a longo prazo é produzir inovações”. Para o professor, pela primeira vez vemos pesquisas básicas consistentes, com grupos tentando produzir seus anti-retrovirais. “É um caminho longo até os testes com animais e depois as pesquisas clínicas”.

Um ponto que Francisco destaca é o relacionado aos custos. “O Brasil vai se defrontar com grande dificuldade nos próximos anos”, afirma: na medida em que os soropositivos vivem mais, a tendência é o aumento dos custos. Até 2005, houve redução devido à melhora nos padrões, mas desde 2006 sobe o preço dos medicamentos. “Os novos tratamentos são muito refinados e devem ficar mais dispendiosos”. A saída é justamente o diagnóstico precoce: “Os pacientes não entrarão em tratamento com a saúde já debilitada e, sem dúvida, os custos serão menores”. (Colaborou Marinilda Carvalho)

#### Mais informações

♦ Íntegra do relatório no site do RADIS [www.ensp.fiocruz.br/radis/68/web-01.html](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/68/web-01.html)

♦ Programa Nacional de DST e Aids  
Tel. (61) 3448-8000  
Disque-saúde (0800) 61-1997  
Site [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

## SERVIÇO

## EVENTO

## 7º CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DAS DST E AIDS

Sob o tema *Município-mundo*, o evento pretende explorar as relações entre o global e o local na formulação de respostas para o enfrentamento da epidemia de aids e das demais DST. O objetivo é proporcionar um espaço de reflexão crítica sobre os muitos significados que o campo da prevenção construiu nesses anos para compreender e transformar os contextos de risco e vulnerabilidade das pessoas e coletividades. Nesse sentido, vem compartilhar o desafio da construção de respostas que sejam efetivas, justas e pautadas pelas perspectivas da saúde coletiva e dos direitos humanos. **Data** 25 a 28 de junho  
**Local** Centro de Convenções de Florianópolis – Florianópolis, Santa Catarina  
**Mais informações**  
**E-mail** congressoprev2008@aims.gov.br  
**Site** <http://sistemas.aims.gov.br/congressoprevencao/2008>

## 60ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC

A Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência promove em julho, na Unicamp, a 60ª edição de sua reunião anual, que debaterá o tema "Energia, ambiente, tecnologia". A SBPC espera 20 mil participantes este ano em Campinas, cidade que sediou sua primeira Reunião Anual. As inscrições para graduados, pós-graduados, professores, pesquisadores, técnicos ou profissionais de qualquer área devem ser feitas no site do evento. Os trabalhos científicos poderão ser apresentados em formato pôster e serão publicados nos *Anais* do evento. As inscrições para os minicursos poderão ser feitas a partir de abril. **Data** 25 a 28 de junho  
**Local** Universidade Estadual de Campinas, SP  
**Mais informações**  
**Tel.** (11) 3259-2766 / **Fax** (11) 3106-1002  
**E-mail** sbpc@sbpcnet.org.br  
**Site** [www.sbpcnet.org.br/eventos/60ra](http://www.sbpcnet.org.br/eventos/60ra)

## INTERNET

## REVISTA DE SAÚDE

Volume 5, número 3 da revista impressa *Trabalho, educação e saúde*, publicada pela Escola Politécnica

de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), discute os 10 anos da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que a partir de 1997 implantou a reforma do ensino médio e alterou, por extensão, o ensino técnico no Brasil. Outros destaques da edição são uma entrevista com o professor Miguel Márquez, médico equatoriano que vive há anos em Cuba, e um relato da experiência de iniciação à educação politécnica da EPSJV. A versão online está disponível no site da escola ([www.revista.epsjv.fiocruz.br](http://www.revista.epsjv.fiocruz.br)).

## VÍDEOS

## HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA

O selo audiovisual Fiocruz Vídeo relança, em DVD duplo, os documentários *Oswaldo Cruz na Amazônia* (2002, 55 minutos) e *A Revolta da Vacina* (1994, 23 minutos), ambos produzidos pela equipe de realizadores do Arquivo de Imagem e Som da Casa de Oswaldo Cruz, dando início a lançamentos sobre temas ligados à história da saúde pública. O primeiro filme, com pesquisa, roteiro e direção de Eduardo Vilela Thielen e Stella Oswaldo Cruz Penido, lembra a viagem de inspeção sanitária feita por Oswaldo Cruz a Belém e às obras de construção da estrada de ferro Madeira-Mamoré. Quase um século depois, pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz (centro de pesquisa da história da saúde da Fiocruz) reze seu percurso, gerando este documentário.

A *Revolta da Vacina*, de Eduardo Vilela Thielen, reúne esquetes teatrais e depoimentos de médicos, pesquisadores e historiadores para apresentar a história da varíola, da vacina e da revolta popular de 1904, no Rio de Janeiro.  
**Informações e aquisições**  
**Tel.** (21) 3882-9039/9007/9041  
**Site**  
[www.fiocruz.br/editora/fiocruzvideo](http://www.fiocruz.br/editora/fiocruzvideo)  
**E-mail** [fiocruzvideo@fiocruz.br](mailto:fiocruzvideo@fiocruz.br)

## PUBLICAÇÕES

## EXPERIMENTAÇÃO ANIMAL

*A ciência entre bichos e grilos: reflexões e ações da biossegurança com*

*animais* (Hucitec/Faperj), organizado por Telma Abdalla de Oliveira Cardoso e Marli B. M. de Albuquerque Navarro, dos núcleos de Biossegurança da Ensp e da Fiocruz, reúne 20 artigos de diversos autores sobre um tema que tem preocupado a sociedade nos últimos 30 anos, a partir da necessidade de sistematização e unificação das boas práticas nas instituições de pesquisa. O livro aborda questões técnicas, éticas e históricas sobre o assunto e consolida algumas reflexões relevantes da biossegurança.



## FORMAÇÃO DE ACS

Coleção *Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde*, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fiocruz, reúne seis livros sobre temas mapeados a partir dos referenciais curriculares do curso técnico de agentes comunitários de saúde e de oficinas. Os títulos são: *O território e o processo saúde-doença; Estado, sociedade e direito à saúde; Educação e saúde; Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde; Modelos de Atenção e a Saúde da Família; e O processo histórico do trabalho em saúde*. A íntegra está nos sites da escola ([www.epsjv.fiocruz.br](http://www.epsjv.fiocruz.br)) e [www.retsus.epsjv.fiocruz.br](http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br).



## ENDEREÇOS

**Editora Hucitec**  
Rua Joaquim Antunes, 637,  
Pinheiros  
São Paulo • CEP 05415-011  
**Tel.** (11) 3060-9273  
**Fax** (11) 3064-5120  
**E-mail** [contato@hucitec.com.br](mailto:contato@hucitec.com.br)  
**Site** [www.hucitec.com.br](http://www.hucitec.com.br)

**EPSJV**  
Av. Brasil, 4.365, Manguinhos  
CEP 21040-900 • Rio de Janeiro  
**Tel.** (21) 3865-9797  
**Site** [www.epsjv.fiocruz.br](http://www.epsjv.fiocruz.br)

## PÓS-TUDO

# Saúde pública e comunicação

Moacyr Scliar\*

Nesta semana, o Ministério da Saúde está promovendo, em São Paulo, um evento de singular importância para a saúde pública: um seminário para comunicadores, abordando o tema da tuberculose em nosso país.

O seminário é importante, em primeiro lugar, por causa da doença. Muita gente pensa em tuberculose como coisa do passado, como ameaça já superada, semelhante às pestilências medievais. Perigoso engano. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo germe causador da doença; muitas dessas pessoas adoecerão. No Brasil, que está entre os 23 países mais afetados pela tuberculose, são 50 milhões de infectados; destes, 80 mil adoecem a cada ano, e cerca de 6 mil morrem; no mundo, são quase 2 milhões de óbitos pela doença. E isto que hoje existe tratamento capaz de curar 80% dos casos. Mas, simultaneamente, surgiram fatores que favorecem a disseminação e dificultam o controle. Muita gente vive nas cidades, às vezes em situação de confinamento; o sur-

gimento da Aids, que diminui a imunidade, favoreceu a disseminação do bacilo.

A tuberculose tem uma imagem, como mostrou a escritora norte-americana Susan Sontag no famoso livro *A doença como metáfora*, no qual analisa, do ponto de vista literário e cultural, a tuberculose, o câncer e a Aids, doenças que têm muito em comum: as três são vistas como estigmas, como castigo às vezes divino. A tuberculose era conhecida como “a peste branca” (por causa da palidez do doente), ou como tísica, termo que vem do grego e significa decair, definhar, ou ainda como “consumpção”. Era mais que um diagnóstico, era uma sentença de morte, como lembra Manuel Bandeira (que foi tuberculoso) num célebre poema: quando ele pergunta ao médico se há alguma coisa a fazer, a resposta do doutor é “Tocar um tango argentino”. Num romance de Stendhal, a mãe do personagem principal recusa-se a dizer a palavra “tuberculose”: acredita que assim acelerará a morte do filho. Franz Kafka, que morreu de tuberculose, escreveu a um amigo, do sanatório onde estava: “Cada vez que pergunto a respeito da doença, só recebo evasivas”.

A tuberculose vitimou um grande número de poetas (Castro Alves), de músicos (Chopin), de pintores (Modigliani). Curiosamente, tinha também uma aura: era a doença da paixão. Falava-se no “tesão dos tuberculosos”, e no sanatório em que trabalhei, logo depois de formado, uma das tarefas das religiosas que lá viviam era vigiar, à noite, o corredor que comunicava a ala masculina com a ala feminina, para evitar encontros furtivos.



Aliás, foi a tuberculose que me levou à saúde pública: dei-me conta de que não era suficiente tratar os casos, mas que algo precisava ser feito em termos de população. E a tuberculose é disso um grande exemplo. Por outro lado, o Brasil sempre teve excelente programa de tuberculose, graças a notáveis e dedicados profissionais (Noel Nutels, o médico dos índios, foi um deles). Eu tinha com quem aprender. E aprendi muito.

O problema em relação à tuberculose hoje é diferente. Ela já não assusta muito. E isso leva a uma certa displicência, tão perigosa quanto o medo excessivo. As pessoas precisam saber que tuberculose é um risco real. E, doentes, precisam se tratar. O tratamento é eficaz e não é difícil, mas exige um grau de persistência que muita gente não tem: daí o abandono, que hoje é uma das principais causas de fracasso no controle da tuberculose.

Diferente da febre amarela, a tuberculose não está nas manchetes, não está levando milhares de pessoas para os postos de vacinação. Mas precisamos falar em tuberculose. E nisso os comunicadores têm papel importante: eles sabem esclarecer a população, traduzindo o jargão técnico numa linguagem acessível. Entender a tuberculose é o primeiro passo para resolver o problema. Este problema pode e deve ser resolvido. Ou será melhor tocar um tango argentino? R



\* Sanitarista e escritor; Correio Braziliense, 15/2/2008



**MOSTRA  
2008**

# VideoSaúde

**MOSTRA NACIONAL DE VÍDEOS EM SAÚDE**

**inscrição** > 01/março a 31/maio/2008

**endereço**

Av. Brasil, 4036, sala 516,  
Manguinhos-Rio de Janeiro-RJ  
CEP 21040-361 / 9h às 17h  
videosaude@cict.fiocruz.br  
www.fiocruz.br/videosaude

**telefone**

(0xx21) 3882-9109 / 9110 / 9111 / 9147  
Telefax: (0xx21) 2290-4745

**20  
anos**

**PROMOVENDO  
INFORMAÇÃO  
AUDIOVISUAL  
EM SAÚDE**



**VideoSaúde**  
Distribuidora da Fiocruz

Ministério da Saúde



**FIUCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação  
Científica e Tecnológica em Saúde

