

NESTA EDIÇÃO

Esquistossomose

Encontro na Bahia aponta estratégias contra a doença

Determinantes Sociais da Saúde

Mais conclusões do relatório final

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



Nº 75 • Novembro de 2008

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

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso Especial

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

...CORREIOS...



FRONTEIRA OESTE

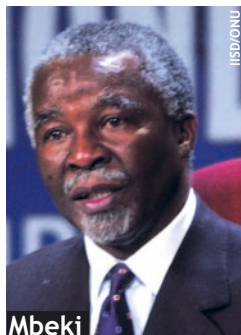
Muito por fazer em saúde e ambiente numa terra em que convivem agronegócio, nações indígenas e povos dos países vizinhos

Rivaldo Venâncio

"Ponte para a construção da vigilância solidária em saúde"



Já vai tarde, Dra. Beterraba!



Mbeki



Tshabalala



Madlala



Kgalema



Barbara

Marinilda Carvalho

Comunidade da saúde em festa! A África do Sul tem nova ministra da Saúde, Barbara Hogan. Mudou até o presidente. Após nove anos no poder, Thabo Mbeki, sucessor de Nelson Mandela, renunciou ao cargo em setembro. Seu legado, o que não fazer tanto na saúde pública — deixa 5,41 milhões de sul-africanos contaminados pelo HIV — como na comunicação em saúde: sua ministra Tshabalala Manto passou a gestão apregoando os benefícios do alho, da beterraba, da batata-doce e do limão no tratamento da aids.

Sites e blogs da saúde, sul-africanos ou internacionais, festejam a queda de “Dr Beetroot”, a *Dra. Beterraba*, como a apelidaram imprensa local e estrangeira, profissionais de saúde e pacientes inconformados com suas loucas “políticas de saúde”, com os escândalos — para seu transplante de fígado, furou a fila de espera com a bênção do presidente —, as cenas no local de trabalho, os vexames em eventos mundiais, quando ousava difundir suas receitas anti-HIV, e, principalmente, a morte de 2 milhões de sul-africanos por aids.

Receitinhas? A África do Sul apostou, como droga anti-HIV, no Virodene, químico com solvente para lavagem a seco, testado sem licença em hospital militar na Tanzânia; ali também experimentou o Oxihumate-K, derivado do carvão produzido pela Enerkom, subsidiária da estatal de energia associada, afirmam, à Universidade de Pretória. Paralelamente, aliou-se a Washington para usufruir dos milhões de dólares das políticas moralistas e inócuas à base de abstinência sexual do presidente Bush.

Cego, Mbeki afirmava que não conhecia ninguém “com aids”. E deixava o governo promover os “scalpel safaris”, safaris do bisturi, ou os “silicon safaris”: turista interessado em plástica de seios ou transplante — prática tornada famosa pelo pioneiro Christian Barnard — voava 12 horas para se operar a preço de banana nos luxuosos hospitais privados de Cape Town.

A comunidade da saúde protestava nas ruas. Na defesa de sua ministra, Mbeki, 66 anos, reprimiu ativistas, cortou relações com a imprensa que denunciava o caos na saúde e amadrou a South African Broadcasting Corporation (SABC), respeitada rede pública de rádio e TV que insistia em ouvir os críticos e esclarecia a população fragilizada em seus programas, transmitidos nos 11 idiomas oficiais da África do Sul.

Por anos, ativistas do mundo inteiro alertavam Mbeki dos erros na saúde. Diante de um milhão de crianças órfãs da aids, ele acusava laboratórios de inventarem o vírus para obrigar países pobres a comprarem seus remédios, duvidava da eficácia dos antirretrovirais, negava a relação entre HIV e aids e até questionava a existência da própria doença: passou anos patrocinando a *junk science* de “cientistas” americanos que refutam a ligação HIV-aids.

No início do ano passado, quando a *Dra. Beterraba* saiu de licença para trocar de fígado, Mbeki deu o cargo a Nozizwe Madlala-Routledge, que tentou reerguer o agonizante sistema de saúde e promover ações de combate à doença. Por “insubordinação”, foi demitida em agosto de 2007. O segundo mandato de Mbeki terminaria em 2009, mas ele acabou forçado à renúncia em manobras dos

rivalis no ANC, partido no poder desde o fim do apartheid.

Os intelectuais sul-africanos estendem a culpa dessa tragédia toda à imprensa internacional, que tanto ajudou a África do Sul a derrotar a segregação selvagem: os africanos negros são 79%, e os brancos, 9,6%; estima-se que a população total seja de 48.782.756, mas nem o acurado *Almanaque Mundial da CIA* (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook>) ousa confirmá-lo, já que as estatísticas de morte, especialmente por aids, não são confiáveis.

Determinada a não manchar a imagem do heróico Mandela, de seu partido e de seu herdeiro, a mídia adotou a “diplomacia do não-ataque”, protegendo Mbeki. No máximo criticava suas políticas neoliberais, que enriqueceram os mais ricos e duplicaram a pobreza dos mais pobres. O britânico *The Guardian* foi um dos poucos a tratar a política de saúde pelo nome: aberração.

Ativistas prometem processar a *Dra. Beterraba* por homicídio. O novo presidente, o moderado Kgalema Motlanthe, protegeu-a: ela é agora “ministra do gabinete”. Os profissionais da saúde, em extinção pela força da aids e da fuga ao exterior, preferiam Madlala-Routledge de volta, mas amam Barbara Hogan, deputada, veterana tesoureira do ANC, ativista provada na luta anti-apartheid, encarcerada por 10 anos.

Seu discurso numa conferência em outubro encerrou 10 anos de negação da aids no país. “Sabemos que o HIV causa a aids”, disse, para alívio mundial. “Era imperativo estar à frente da epidemia 10 anos atrás, mas perdemos terreno, e agora é imperativo o trabalho de prevenção”. E implorou: “Precisamos desesperadamente de uma vacina.”

Pantanal, África e Bahia

Fronteira não é limite, é espaço em que algo termina e algo começa, é lugar no qual dimensões diversas convergem. A fronteira oficial do oeste brasileiro não demarca a ocorrência de dengue, tuberculose, leishmaniose e malária. Da mesma forma, não é — e nem deveria ser — uma barreira para o fluxo dos povos amigos de Brasil, Bolívia e Paraguai. “A fronteira não é um muro”, define em nossa matéria de capa o infectologista Rivaldo Venâncio, responsável pelo escritório e futura unidade técnico-científica da Fiocruz em Campo Grande.

O sentido dessa fala: é preciso atuar solidariamente. É desejável que o princípio de atendimento universal do SUS contamine o Paraguai, por exemplo, onde ainda vigora a segregação que havia no Brasil antes da Constituição de 1988, quando só quem tinha carteira assinada era assistido pelo sistema de saúde.

A saúde da população no Centro-Oeste depende da valorização e preservação dos biomas do Pantanal e Cerrado, de ações sem fronteiras setoriais que regulem o avanço do agronegócio e agrotóxico, que superem a invisibilidade epidemiológica na saúde indígena e que potencializem a pesquisa, o ensino e a oferta de serviços de saúde.

Na página 2, a boa notícia do fim de um dos piores exemplos de ignorância, contra-informação e mistificação: a indicação de alho, beterraba ou limão no tratamento da aids. Os sul-africanos, que superaram sob a liderança de

Nelson Mandela o vergonhoso muro do apartheid na fronteira entre negros e brancos, não mereciam política de saúde tão obtusa e criminoso.

Em Salvador, especialistas reafirmaram a importância de saneamento, tratamento adequado e educação para a redução da esquistossomose, que atinge 200 milhões de pessoas em 74 países e cerca de 6 milhões no Brasil. A necessidade de políticas públicas intersetoriais é destaque também nas conclusões do relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.

Outra indesejável separação é a unilateralidade entre “emissor” e “receptor” na fronteira da comunicação. Sua superação caminha pela transformação desses polos em interlocutores, valorizando contextos e a produção conjunta dos sentidos. Que o digam nossos leitores da Bahia, dos mais assíduos na seção de Cartas. Uma das mais frequentes denúncias é quanto à resistência dos gestores ao controle social. Para matéria sobre essa forma de “coronelismo” aguardamos novos relatos quando os prefeitos eleitos e os secretários de Saúde iniciarem os mandatos.

À assistente social Claudia Capistrano, de Natal, um agradecimento em nome da equipe. Seja bem-vinda a nos visitar, convite extensivo aos 66 mil leitores. Quem sabe começaremos uma pequena revolução?

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

- ♦ Já vai tarde, Dra. Beterraba! 2

Editorial

- ♦ Pantanal, África e Bahia 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

6

Toques da Redação

7



Saúde na Fronteira Oeste

- ♦ Panorama tão rico quanto vulnerável 8
- ♦ Entrevista: Rivaldo Venâncio “A fronteira não é um muro” 14



Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

- ♦ Relatório pede articulação 15



11º Simpósio Internacional sobre Esquistossomose

- ♦ Alerta para novos focos da doença 16

Radis adverte

21

Serviço

22

Pós-Tudo

- ♦ Lei Arouca: Importante contribuição do Legislativo à área de C&T 23

CARTUM

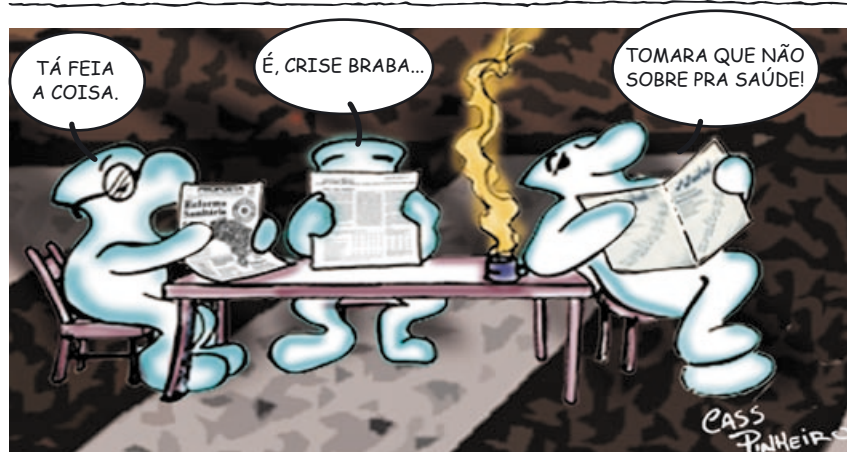
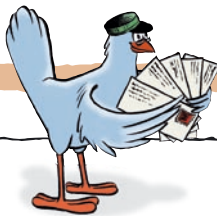


Foto da capa Adriano De Lavor

Cartum Cassiano Pinheiro, 2006
(adaptação Radis 60)



CARTAS

SUS, 20 ANOS



Gostaria de parabenizar pela excelente edição nº 72, que comemora os 20 anos de SUS. Penso que nestes 20 anos houve avanços, mas o princípio da universalidade ainda está longe de ser praticado. Na verdade deveria existir um sistema público de saúde bom, com resolutividade e em que não houvesse necessidade de as pessoas pagarem por plano de saúde. Estas pessoas, minoria da população, além de terem esta condição são beneficiadas quando deduzem seus custos no IR e são ressarcidas, ou seja, elas estão sendo "pagas" para terem plano de saúde.

Enquanto a medicina for desumanizada, sem acolhimento ao paciente, clinicar somente por meio de exames, trabalhar apenas na cura de doenças, e não na promoção da saúde com equipes multiprofissionais, não haverá sistema de saúde que consiga arcar com o ônus. Um grande abraço a todos que direta

ou indiretamente contribuem para que esta maravilhosa revista consiga chegar a nós.

♦ Valéria Margato, nutricionista, pós-graduanda em Saúde Coletiva na UFJF, Cataguases, MG

Estou satisfeita pelos exemplares da *Radis* que recebi. Sou participante do curso de especialização técnica em informação e saúde (EFTSPJN/SES, Salvador). A matéria sobre os 20 anos está completa, perfeita, me emocionei quando li o exemplar. O SUS ainda é um enigma, a população não tem ideia do que esta Constituição reservou para nós: saúde para todos, necessidade básica para a população seja pobre ou rica. Infelizmente, nossos governantes põem seus interesses à frente de tudo. Acredito que conseguiremos igualdade, porém é preciso que alguns políticos sejam desraizados de suas cadeiras. Estou com saudade dos dias em que "viajei" no estudo de comunicação em saúde no SUS. Que matéria interessante! Já estou

me deliciando com a *Radis*: parabéns, é um conteúdo pleno. Não conhecia a dimensão deste trabalho, e estou agradecida pela oportunidade de ser inserida neste contexto (aprendiz).

♦ Noildes Neves, curso Cetis, Salvador

Vinte anos de SUS: parabéns, povo brasileiro! É com esse entusiasmo que agradeço à *Radis* pela belíssima matéria acerca da "construção social" do SUS. É com muito orgulho que utilizo a revista a todo momento para contribuição em discussões, opiniões, consensos, reflexões, no trabalho e nas salas de aula. Nesses 20 anos de SUS, temos muito que comemorar! Só de pensar que antes do SUS tínhamos um sistema centralizado, corrupto, sem controle social, extremamente hospitalar, sem falar nas mazelas da prática clientelista, o SUS já se torna a maior política de saúde pública do Brasil. Poderia aqui escrever todos os problemas atribuídos ao SUS, porém, nesse momento, é importante salientar as qualidades.

Com a "maioridade", temos muito caminho a percorrer, mas devemos valorizar cada vitória que o povo brasileiro obteve com o SUS. Controlar a aids, erradicar poliomielite, controlar a doença de Chagas, combater a dengue, vigilância sanitária e inúmeras outras funções são ações que afetam diretamente a vida de todos os brasileiros. Mas não podemos esquecer do desfinanciamento da saúde, ainda o maior problema. Segundo Temporão (*Carta Capital*, 16/4/08), "enquanto no Brasil o custo diário por habitante é de 1 real, nos EUA é de 34 reais". Vale ainda refletir: "Por onde começa a sua saúde?" A minha começa pela participação direta na consolidação das ações do SUS, com a multiplicação das reportagens da *Radis*.

♦ Adernilson Queiroz Alves, Valença, BA

EXPEDIENTE



Ministério da Saúde



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

Periodicidade mensal
Tiragem 65.000 exemplares
Assinatura grátis
(sujeita à ampliação do cadastro)

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

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

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Marinilda Carvalho (Milênio)

Reportagem Katia Machado (subedição/Milênio), Adriano De Lavor, Bruno Dominguez (Milênio) e Roberta Pio (estágio supervisionado)
Arte Aristides Dutra (subedição/Milênio) e Dayane Pereira Martins (estágio supervisionado)
Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Suzano Benigno
Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Renato Lucas e Cristiane de Matos Abrantes
Informática Osvaldo José Filho e Tiago Souza de Oliveira (estágio supervisionado)

Endereço

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

E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (a seção *Radis* na Rede é semanal; *Últimas Notícias* atualiza matérias da edição impressa; *Exclusivo para web* contém informações adicionais às matérias publicadas)

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.

O FUTURO EM JOGO

Sou estudante do sexto período de Enfermagem pela Faculdade Teixeira de Freitas, também ex-conselheiro tutelar da minha cidade. Sou assinante da revista e espero ansioso por cada edição, pois as informações

são enriquecedoras para meu mundo acadêmico, pessoal e profissional. Quero parabenizá-los pela excelente matéria da *Radis* 70 sobre infância protegida. A entrevista com Renato Roseno foi maravilhosa, porque nos leva à reflexão sobre a notificação e a capacitação do profissional da saúde na detecção da violência a crianças e adolescentes, saindo da contextualização da área da saúde e voltando o olhar para a sociedade em geral, para buscar conhecer melhor a Lei 8.069/90, que fará 18 anos de criação. O passo fundamental para combater a violação de direitos é denunciar ao órgão competente e romper o medo de represálias, porque o futuro está em jogo.

♦ Sindicácio Souza Rocha, Medeiros Neto, BA

NOVA ATRAÇÃO TURÍSTICA!

É com grande satisfação que envio esta carta a vocês. Posso dizer que sou uma pessoa bem melhor depois que conheci a *Radis*. Não sei por onde começar os elogios a vocês todos que direta e indiretamente constroem esta revista. Parabéns! Por tudo o que vocês fazem para a população através deste instrumento de informação, que já faz parte da minha vida desde 2005. Tudo é maravilhoso. O que eu mais adoro é o editorial. Um beijo para o Rogério L. Rocha. Ele é demais. E um abraço bem carinhoso para o Aristides Dutra, com suas ilustrações maravilhosas e interessantíssimas. De uma criatividade incrível. Amo também a *Súmula*, as cartas, o Serviço — que me deixam sempre atualizada — e o Pós-Tudo. Enfim, a revista é toda maravilhosa.

Bem, pessoal, sou assistente social e especialista em saúde pública. Fiz a monografia da graduação e da especialização sobre educação e saúde. Meu estágio curricular foi numa ONG no setor de educação e treinamento na área da saúde. Em 2003 comecei a caminhar para o setor de saúde pública. E deu nisso: me encantei e nesse caminho conheci a *Radis*. Nunca pensei que existia algo que discutisse as informações em saúde desse jeito. Estou escrevendo essa carta emocionada. É um trabalho sério, que a gente vê que tem qualidade e conteúdo. Aonde chego divulgo a *Radis*. Já dei oficina com as reportagens da revista.

Sei que poderia dizer tudo isso por e-mail de forma mais rápida, mas achei melhor escrever. Se um dia for ao Rio de Janeiro, não quero

conhecer o Corcovado, nem o Cristo Redentor, quero ir à Fiocruz e passar o dia todo com vocês.

♦ Cláudia Capistrano, Natal

NA ESCOLA E NO POSTO

Sobre as máquinas de camisinha. Nas escolas, sem dúvida a educação sexual é função da escola, mas sobretudo dos pais. Tem sido mais abordada nas escolas porque muitos pais se recusam a orientar os filhos ou não têm instrução suficiente para fazê-lo. Se a realidade fosse encarada de frente, certamente seria menor o índice de adolescentes grávidas e a transmissão de DSTs. Tais máquinas também deveriam ser instaladas nos postos de saúde para atender a todos, não somente os estudantes.

♦ Mariana Diniz Costa, Divinópolis, MG

PARA TODOS OS USOS

A *Radis* é importante instrumento de minha atuação profissional e acadêmica. Sou professora do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba e acompanho diversos alunos que estagiam na área da Saúde, em especial do PSF, e a revista vem permitindo o debate atualizado sobre temas e processos políticos pertinentes à área, no cenário nacional. Recém-aprovada no curso de doutorado em Serviço Social, pela Universidade Federal de Pernambuco, na linha de pesquisa Política Social, também encontro na revista um importante instrumento de formação acadêmica.

♦ Sheyla Suely de Souza Silva, Recife

Sou estudante de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos e aqui temos a opção de fazer a licenciatura, e por esse motivo utilizei a *Radis* 69 para dar aula sobre tuberculose no curso técnico, principalmente em relação aos dados recentes. Também utilizei as referências bibliográficas. Quero agradecer por vocês estarem sempre contribuindo para a minha formação. Acho muito legal não cobrarem a assinatura, pois, pelo menos eu, sendo estudante, não tenho como pagar assinatura de revista.

♦ Luciana Teixeira Labella, São Paulo

Venho agradecer o envio mensal desta poderosa fonte de informação. Como assessora jurídica acompanho a Comissão de Saúde da Casa Legislativa de minha cidade, e utilizo muito a *Radis*. Também recebo o exemplar no meu escritório

particular e, para minha surpresa, muitos clientes a lêem entusiasmados, ou seja, a população comum se interessa pela *Radis*. Portanto, parabéns!

♦ Selma G. Nasser Sepini, Câmara Municipal de Paraguaçu, MG

Gostaria de informar que a *Radis* é um dos instrumentos de maior relevância para meu trabalho de conclusão de curso em Serviço Social da Federal do Espírito Santo. O tema é a influência das conferências internacionais de saúde promovidas pela ONU/OMS na política de saúde brasileira pós-Constituição de 1988. A *Radis* é citada uma diversidade de vezes, pois é um dos melhores canais de comunicação, um amigo acadêmico tão precioso quanto meu orientador, prof. Rafael. Um grande abraço a todos e obrigada pela dupla chance de realizar um sonho que sem a *Radis* mensalmente se tornaria muito difícil.

♦ Viviane Cabral, Vitória

Gostaria de agradecer à *Radis* por incluir na sua página *Serviço* a referência e um pequeno comentário sobre meu livro, *O preço do silêncio: mulheres ricas também sofrem violência* (*Radis* nº 71). Considero muito importante essa iniciativa, tendo em vista as dificuldades que enfrentamos para divulgação de trabalhos, principalmente, os da área de Ciências Humanas.

♦ Tânia Rocha, Vitória da Conquista, BA

Que maravilha receber a revista *Radis*! Sou estudante de Enfermagem e, se Deus quiser, pretendo trabalhar em saúde voluntária, pois sou amante da área. Para mim é um privilégio enorme receber a *Radis*, pois os assuntos são maravilhosos e têm me ajudado bastante nos estudos. Na revista de nº 69, por exemplo, me chamou muito a atenção a matéria sobre tuberculose. Aprendi muito. Enfim, todas as matérias da *Radis* são excepcionais. Sou um leitor fiel. Parabéns pelo excelente trabalho que, além de ser de qualidade, é gratuito. Obrigado!

♦ Elvanio Coelho Souza Santos, Upaçu, BA

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

CRISE E DEPRESSÃO

A crise financeira mundial preocupa a Organização Mundial de Saúde, que teme uma onda de problemas mentais e suicídios pela expansão da pobreza e do desemprego. Distúrbios como depressão e transtorno bipolar já afetam centenas de milhões, e o atual colapso financeiro pode agravar a sensação de desespero, disse a diretora-geral da organização, Margareth Chan. “Não deveríamos nos surpreender nem subestimar a turbulência e as possíveis consequências da atual crise”. Para ela, o impacto pode ser maior em países mais pobres, onde vivem três quartos das vítimas.

A OMS lançou em 9/10, Dia Mundial da Saúde Mental, programa para ampliar recursos e serviços nos próximos seis anos. No mundo, a maioria dos países não gasta nem 2% do orçamento de saúde no tratamento de doenças mentais.

NA CRISE, NOBEL PARA KRUGMAN

Em plena crise financeira mundial provocada pela explosão do crédito nos Estados Unidos, o Nobel de Economia foi dado (14/10) ao americano Paul Krugman, 55 anos, professor da Universidade de Princeton, articulista do *New York Times* e crítico ferrenho da política econômica do governo Bush, centrada na desregulamentação do mercado. Mas a Academia Sueca lhe concedeu o prêmio por sua análise original dos efeitos da globalização.

ENFIM, NOBEL PARA MONTAGNIER

Os virologistas Françoise Barré-Sinoussi, de 61 anos, e Luc Montagnier, de 76, conquistaram o Prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina deste ano. Em 1983, com um terceiro pesquisador, Jean-Claude Chermann (não premiado), eles isolaram o vírus da aids no Instituto Pasteur, em Paris. Em entrevista à *Folha de S. Paulo* (13/10), a dupla deu opiniões diferentes sobre quebra de patentes (ou licenciamento compulsório, o caso do Brasil).

Montagnier argumentou com o exemplo da França: “Aqui, nós respeitamos as patentes, mas houve uma pressão enorme de vários governos para

que fossem reduzidos os preços dos medicamentos. Hoje, os remédios aqui são os mais baratos da Europa. Resultado: não há quase mais nenhuma indústria farmacêutica na França produzindo novas drogas. Se não mantivermos o sistema de patentes, de propriedade intelectual, vamos matar a pesquisa”.

Françoise foi menos rígida: “Eu, pessoalmente, considero um exemplo as decisões que foram tomadas rapidamente no Brasil para o acesso aos medicamentos e a produção de genéricos. É verdade que os genéricos causam problemas à propriedade intelectual. Mas há também o lado bom. A produção de genéricos, além de negociações e acordos firmados com farmacêuticas, forçou as empresas a baixarem seus preços a tal ponto que, hoje, certos remédios clássicos são mais baratos do que os genéricos. Em casos particulares como esses [do Brasil e da Tailândia], onde há urgência para a saúde da população, acho que é corajoso tomar esse tipo de decisão [de quebrar patentes]”.

No início dos anos 1980, Montagnier disputou com o americano Robert Gallo a primazia da descoberta do vírus. Agora que o Comitê do Nobel deu o veredito — “Não há dúvida sobre quem fez as descobertas fundamentais”, disse à Reuters uma integrante do comitê, Maria Masucci —, Montagnier lamentou a exclusão do colega. “Gallo e seu grupo tiveram um papel importante para mostrar a relação entre o vírus e a aids”, disse. Com a polêmica, pouco se falou do terceiro agraciado, o virologista alemão Harald zur Hausen, homenageado pelos estudos sobre câncer de colo do útero, que levaram à vacina anti-HPV.

VACINA PARA POUCAS

A vacina contra o *Papillomavirus* humano (HPV), causador do câncer de colo do útero, atingiu em dois anos (chegou ao Brasil em 2006) apenas 1% da população: cada uma das três doses recomendadas pode custar até R\$ 446 nas clínicas particulares. Esse tipo de câncer deve atingir mais de 18 mil brasileiras em 2008, mas o custo da imunização é impeditivo para o Ministério da Saúde. Segundo cálculo do Instituto Nacional de Câncer, aplicar apenas uma dose da vacina em meninas de 9 a 11 anos custaria 2,5 vezes o valor total do Programa Nacional de

Imunizações, cujo orçamento é de R\$ 1,8 bilhão anual.

“A criação da vacina foi um passo científico extraordinário”, disse ao *Estado de S. Paulo* (7/10) o diretor-geral do Inca, Luiz Antônio Santini. “Quanto à sua aplicação em larga escala, ainda é um problema”. No Brasil há duas vacinas anti-HPV aprovadas pela Anvisa: a da Merck Sharp e Dohme e a da Glaxo Smith Kline. Para Santini, faltam ainda dados sobre seus efeitos. “Não sabemos, por exemplo, qual é o real tempo de eficácia”. Dirigente da Merck disse ao jornal que para um programa de governo o custo cairia — afirmação, no entanto, refutada na prática pelas estratégias de preço dos grandes laboratórios.

AVANÇO EM CÉLULAS-TRONCO

Após dois anos de pesquisa, a USP desenvolveu, pela primeira vez no Brasil, uma linhagem de células-tronco embrionárias (Reuters, 30/9), o que deve impulsionar a pesquisa na opinião da geneticista Lygia da Veiga Pereira, que liderou o estudo. Linhagem é um grupo de células-tronco oriundas de um único embrião, capazes de replicação *in vitro*. A primeira linhagem foi publicada nos Estados Unidos em 1998.

Segundo Lygia, as formas de estabelecer a linhagem tiveram pequenas variações do que já foi publicado. “Não sei se, do ponto de vista científico, é um impacto grande”, disse. “Mas acho que o maior impacto é no Brasil”. Para ela, poder estabelecer culturas próprias dá autonomia. “Uma coisa é ter colaboração com grupos estrangeiros, o que é ótimo, outra é depender desses grupos; agora conseguimos fazer todos os passos, desde estabelecer a linhagem até ter grupos aqui no Brasil trabalhando na produção em grande escala”. A pesquisa da USP é financiada pelos ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia.

O julgamento sobre células-tronco no Supremo (*Radis* 71) não interrompeu as pesquisas. “Como o governo seguiu nos financiando, entendemos isso como um sinal para seguir em frente, apostando na lucidez dos ministros do STF”, afirmou a geneticista.

MÉDICOS, BOLSAS E DISTORÇÕES

Médicos que tiveram a residência financiada com recursos da saúde do estado de São Paulo trabalham

principalmente para os planos de saúde depois de formados, concluiu estudo inédito do Conselho Regional de Medicina-SP e da Secretaria da Saúde, informou o *Estadão* (8/10). Apenas 40% dos residentes têm mais da metade da clientela originada do SUS, e os gestores paulistas estudam o que fazer para que os R\$ 100 milhões anuais de recursos públicos investidos nos jovens médicos retornem à saúde pública.

Segundo o presidente do conselho, Henrique Carlos Gonçalves, a desigualdade entre investimentos públicos e resultados para a saúde pública fica mais evidente quando se destaca que no estado cerca de 40% da população tem acesso a planos, contra a maioria SUS-dependente. "É necessária uma regulação forte", defendeu Gonçalves, citando o Canadá como exemplo.

Participaram do levantamento a Santa Casa de São Paulo e a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap), do governo estadual. "Estamos investindo recursos e nada mais justo do que a formação contribuir para o SUS", disse Paulo Henrique D'Ângelo Seixas, da Coordenadoria de Recursos Humanos da secretaria e um dos autores da pesquisa, que analisou dados de 17.117 residentes entre 1990 e 2002, dos quais 12.942 estão na ativa. A pesquisa ouviu 1.627.

São Paulo é o segundo maior pagador de bolsas de residência médica no país, com 4.550 bolsas anuais (27% do total), só perdendo para o Ministério da Educação.

BRASIL REJEITA RELATÓRIO DA OMS

O Ministério da Saúde enviou protesto à OMS contra o *Relatório Mundial sobre a Malária 2008*, segundo o qual o total de casos da doença no Brasil está 150% acima do que foi apurado pelo governo. Para a OMS, houve 1,4 milhão de casos em 2006, contra os 549.184 estimados pelo Ministério da Saúde na Amazônia Legal, que concentra 99,7% das notificações. Quanto ao número de mortes, para o governo foram 97, e para a OMS, 1.031. "A OMS cometeu grave equívoco", declarou à Agência Estado (9/9) o coordenador do Programa de Malária do Ministério da Saúde, José Ladislau, para quem a metodologia usada pode fazer sentido em países com sistema de notificação precário, como na África. "No Brasil, os dados oficiais são confiáveis", disse.


A Opas, braço da OMS nas Américas, também discordou da matriz

em Genebra. Rainier Escalada, consultor do programa de malária, informou que conversou com os responsáveis pelo relatório e esperava retificação para breve. Isso ainda não aconteceu, mas em 28 de setembro a diretora-geral, Margareth Chan, prometeu revisão dos dados a José Gomes Temporão na reunião do 48º Conselho Diretor da Opas (de 29/9 a 3/10) — do qual o ministro brasileiro foi eleito presidente.

PLANEJAMENTO LIBERA VERBAS

Sem dinheiro novo, como bem observou o *Estado de S. Paulo* (10/10), o ministro Temporão anunciou a liberação de R\$ 1,56 bilhão do orçamento de 2008 que estava contingenciado pelo Planejamento. O dinheiro será distribuído a todos os estados e 400 municípios, mas para cobrir os "buracos" existentes, e não para financiar os novos projetos do PAC da Saúde. "Infelizmente, os recursos não serão suficientes", lamentou o ministro, que aproveitou para insistir na aprovação da regulamentação da Emenda 29.

Temporão citou a pesquisa do IBGE segundo a qual o setor público financia 38% dos gastos totais com a saúde. "O principal peso recai sobre as famílias, que gastam com remédios, consultas, exames". O presidente do Conass, Osmar Terra, mostrou preocupação com a crise financeira mundial. "Temos de garantir que recursos para o próximo ano sejam mantidos e, o principal, que não sejam contingenciados", disse.

O gasto com o combate à dengue em 2008 chegará a R\$ 1,08 bilhão: R\$ 740,2 milhões do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (em outubro, foram R\$ 128 milhões a mais para 633 municípios prioritários em regiões metropolitanas ou em situação de risco), R\$ 40,3 milhões em campanha publicitária (iniciada em 20/10), R\$ 13,3 milhões na compra de equipamentos e veículos, R\$ 269,9 em pessoal, R\$ 20 milhões em inseticidas e R\$ 1,2 milhão em capacitação de pessoal. Em 19 de novembro o Ministério da Saúde divulgará resultados do Levantamento do Índice Rápido de Infestação por *Aedes aegypti* (LiRAa) em 169 municípios de todo o país, feito entre 27/10 e 7/11. 

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

toques da redação



EVENTO EXEMPLAR — A equipe do RADIS cortou um dobrado para cobrir as intervenções selecionadas no Congresso de Epidemiologia em Porto Alegre. As palestras começavam e terminavam rigorosamente no horário, e era preciso correr para não perder o início das falas. Parabéns à Abrasco e aos gaúchos. A cobertura estará na próxima edição.

FRASE DO MÊS 1 — "O trabalho deu certo. Quando Carlos Minc me substituiu, o governo se apressou a garantir que a política ambiental não mudaria. Isso só acontecia em troca de ministro da Fazenda, agora já acontece no Meio Ambiente." (*ex-ministra Marina Silva no canal GNT; set/08*).

ARTIGO DO MÊS 2 — "Não existe um conflito perene entre política e mercado, como pensa a teoria econômica convencional. O que existe e sempre existiu é uma memorável aliança entre o poder e a finança, que esteve na origem do capitalismo e do *milagre europeu*, segundo Max Weber, e que segue movendo a fronteira expansiva do sistema inter-estatal capitalista neste início do século 21." (*economista José Luís Fiori; Carta Maior, 14/9/08*)

ENTREVISTA DO ANO — "Há um indiscutível renascimento do interesse público por Marx no mundo capitalista, com exceção, provavelmente, dos novos membros da União Européia, do leste europeu. Este renascimento foi provavelmente acelerado pelo fato de que o 150º aniversário da publicação do *Manifesto Comunista* coincidiu com uma crise econômica internacional particularmente dramática. (...) Marx previu a natureza da economia mundial no início do século 21, com base na análise da "sociedade burguesa", 150 anos antes. Não é surpreendente que os capitalistas inteligentes, especialmente no setor financeiro globalizado, fiquem impressionados com Marx, já que eles são necessariamente mais conscientes que outros sobre a natureza e as instabilidades da economia capitalista na qual eles operam." (O historiador Eric Hobsbawm ao editor Marcelo Musto; ver a íntegra no *Radis na Rede*: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/rede/140.html>) 

SAÚDE NA FRONTEIRA OESTE

Panorama tão rico quanto vulnerável

FOTOS: ADRIANO DE LAVOR / RIO PARAGUAI

Adriano De Lavor

Centro-Oeste. Na segunda maior região do Brasil em extensão territorial, a situação da saúde reflete singularidades e potencialidades de uma área que reúne boa parte das reservas indígenas do país e assiste ao acelerado crescimento do agronegócio. Cenário emoldurado pela biodiversidade única de dois dos mais importantes biomas do planeta — o Pantanal e o Cerrado —, a região também abriga municípios que fazem fronteira com Paraguai e Bolívia.

Atenta a essa paisagem única e seguindo o projeto de expansão de sua presença nacional previsto no

Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), a Fundação Oswaldo Cruz deu partida à instalação de nova unidade, agora em Campo Grande. Um primeiro seminário em Bonito (MS), em março de 2008, elegeu os temas prioritários de atuação: saúde dos povos indígenas, meio ambiente, saúde e agronegócio, saúde nas fronteiras, potencialidades do Cerrado e do Pantanal e doenças e agravos mais prevalentes na região.

Uma série de encontros posteriores, envolvendo especialistas, técnicos, pesquisadores e gestores locais, construiu um painel sobre a saúde na região, que servirá como guia nos campos do ensino, da pesquisa e dos serviços de saúde do Centro-Oeste. Esses três seminários construíram um diagnóstico a partir

dos vários olhares, registrado pela *Radis* nas próximas páginas.

É difícil traçar hoje o panorama da saúde indígena no país, constatou o pesquisador Paulo Cesar Basta, do Grupo de Pesquisa em Saúde Indígena do Departamento de Endemias Samuel Pessoa (Densp/Ensp/Fiocruz). Ele abriu as discussões do segundo seminário de instalação da Fiocruz no Centro-Oeste, em julho, em Campo Grande, em que descreveu a situação de “invisibilidade epidemiológica” dos índios, motivada pela ausência de informações confiáveis.

O que se sabe é que são “precárias” as condições de saúde destes povos — 0,2% da população —, em desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade: 700 mil indígenas vivem no país,



450 mil em reservas ou aldeias, presentes em quase todos os estados, com exceção de Piauí e Rio Grande do Norte.

Está em marcha um processo de “transição demográfica”: altas taxas de fecundidade – cada mulher tem, em média, de cinco a oito filhos – com população predominantemente jovem (50% abaixo dos 15 anos). É grande a taxa média de mortalidade (três vezes maior do que na população em geral), com predominância das mortes por causa “mal definida”. Para Paulo, um indício de que “o sistema não está sendo capaz de identificar o problema”: especialmente a saúde da criança, hoje restrita a campanhas de vacinação, exige maior atenção.

Os indígenas também morrem de pneumonia, diarreia, infecções e desnutrição. Chama atenção o grande número de suicídios entre adolescentes e adultos jovens e a elevada prevalência de anemia, não raro atingindo mais de 50% da população infantil nas aldeias – um dos reflexos do processo de transição nutricional, com anemia e desnutrição entre crianças e sobrepeso e obesidade entre adultos.

O maior número de atendimentos hospitalares entre os indígenas está relacionado a doenças do aparelho respiratório e infecciosas e parasitárias. A malária representa mais de 50% dos atendimentos ambulatoriais e internações entre a população infantil em regiões endêmicas e, apesar da ampla cobertura vacinal com BCG, a tuberculose é “um dos agravos que mais atingem os povos indígenas brasileiros”. Na região do Araguaia, quase um terço da população já teria sido exposta à doença.

O pesquisador considerou o cenário “francamente desfavorável”, porém passível de controle com intervenções da atenção básica: são desafios o enfrentamento dos casos de suicídio, alcoolismo e drogadição, as doenças crônicas não-transmissíveis, os problemas de saúde bucal e o início precoce da vida reprodutiva. Políticas públicas em saúde atentas às desigualdades inverteriam a tendência de invisibilidade demográfica e epidemiológica.

A professora Rosani Moreira Leitão, da Universidade Federal de Goiás (UFG), denunciou a situação dos carajás, cujo território tem sido sistematicamente invadido pela expansão das cidades. “As margens do Rio Araguaia estão tomadas por hotéis de luxo e mansões, o que os impede de trabalhar”, disse. Coordenadora no Museu Antropológico da UFG, Rosani também lembrou os tapuias, que quase foram dizimados e hoje reivindicam terras que lhes foram tomadas. Com os avá-

canoeiros a situação é pior: hoje são apenas seis no estado. Para a pesquisadora, é fundamental incluir a educação em qualquer intervenção que se faça com os indígenas da região.

A professora Maria Clara Vieira Weiss, do Grupo de Estudos em Saúde Indígena da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), informou que no estado vivem 35 mil indígenas, que sofrem os efeitos do desmatamento. “A questão é terra”, frisou. Os povos resistem, “o que os vai levando ao extermínio”.

O uso não-sustentável das riquezas naturais, depredadas pelo desmatamento, reduz a oferta de alimentos e deteriora sua situação de saúde. A incorporação de novos hábitos de vida tende a ameaçar o conhecimento sobre plantas medicinais, condição agravada pela ausência de políticas participativas de geração de renda que considerem as especificidades culturais. “São diversas etnias com aspectos culturais diferentes: as dificuldades não podem ser tratadas da mesma maneira”, afirmou.

Clara recomendou que se incluam as lideranças indígenas na elaboração do plano distrital e nos conselhos deliberativos e se adotem estratégias criativas no atendimento, como pólos-base de apoio a agentes indígenas de saúde e de saneamento.

CONFLITOS DE TERRA

Coordenador técnico das equipes multidisciplinares de saúde indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul, Zelik Trajber informou que no estado vivem 65 mil índios aldeados. É elevado o número de mortes em conflitos de terra, e também por agressão e suicídio. Enquanto o índice de suicídios no Brasil era de 4,4 casos para cada 100 mil habitantes em 2004, na população guarani o número era de 130,4 casos, e os homens jovens são as maiores vítimas. O uso de álcool e drogas está na origem do grande número de agressões.

“Nada sabemos sobre essa situação”, reconheceu Dulce Ribas, do Grupo de Estudos e Pesquisas em Populações Indígenas (Geppi/UFMS). A raiz do problema dos suicídios pode estar na questão da terra. “Não podemos perder a conexão entre os povos e as áreas que estão sendo pleiteadas para a instalação das usinas de cana-de-açúcar”, lembrou ela antigo problema da região. O reconhecimento das reservas é extremamente demorado e a vida está cada dia mais difícil para os indígenas que vivem nas áreas disputadas pelo agronegócio. “A demarcação tem sido negligenciada neste estado”,

alertou: são alarmantes as iniquidades e a exclusão social nos territórios dos caiobás e guaranis, resultando em insegurança alimentar – além da mudança de hábitos, há pouca terra adequada ao cultivo.

Pesquisador da Ensp/Fiocruz, Ricardo Ventura Santos acrescentou que é essencial a questão da sustentabilidade nas reservas. Integrante do grupo de pesquisa em saúde indígena do Densp, ele informou que as terras indígenas constituem 15% do território nacional. “Cabe a estas populações o ônus de manter as terras preservadas”, disse. Consultor científico da Unifesp, Roberto Geraldo Baruzzi enfatizou que é essencial trabalhar na inserção cultural de jovens e adolescentes e estar atento às questões relacionadas à saúde da mulher.

No segundo dia de trabalhos em Campo Grande, o tema foi saúde, meio ambiente e agronegócio. Pesquisadora da UFG, Francis Lee discorreu sobre o Cerrado, “o segundo bioma mais expressivo no país”, responsável por um terço da biodiversidade brasileira e cenário de 5% da fauna e da flora mundiais. Francis alertou para os impactos ambientais e sociais resultantes do “moderno” ciclo de ocupação e desenvolvimento da região – ancorado nas grandes propriedades e na produção mecanizada, caracterizado pelo avanço da produção de grãos, carnes e cana-de-açúcar.

Entre as conseqüências desta nova cultura estão o desprezo pelo saber local, a substituição da diversidade ecológica por monoculturas, o uso de tecnologia altamente dependente de petróleo e capital, a exportação de tecnologias de clima temperado para um cenário tropical e o uso de fertilizantes químicos solúveis e de agrotóxicos. Os maiores problemas: desmatamento, erosão e ausência de regulação para os agrotóxicos, o que reduz a qualidade de vida dos agricultores e causa a contaminação da água e da comida. Seu uso indiscriminado, advertiu, está relacionado ao baixo nível de escolaridade dos produtores, o que aumenta os gastos com a saúde.

Francis contou que Goiás, por exemplo, busca atrair agroindústrias aproveitando a demanda por novos combustíveis. Entre 2007 e 2008, a produção de álcool cresceu 78% no estado. São 25 usinas em funcionamento, com previsão de que sejam 30 em 2009 e 35 em 2012. A professora alertou para o risco de extinção da agricultura familiar, cuja rentabilidade é baixa em





relação ao preço elevado das terras. E lançou a pergunta: “Falamos de crescimento econômico ou de desenvolvimento econômico?”

Professor da UFMS, Ido Michels relatou que a cadeia produtiva mais rentável em Mato Grosso do Sul é a sucroalcooleira: a cultura da cana avança inclusive sobre as áreas de cultivo da soja. Essa expansão impulsiona o crescimento de outros setores, como construção civil e comércio. Cada usina consome 30 mil hectares de terra e emprega sete mil trabalhadores, gerando “um amontoado de esperanças”. Mas o capital é globalizado e as empresas, transnacionais, ou seja, de especuladores sem compromisso com o Brasil. “São atores da globalização. Se não dialogarmos com eles, não teremos força para lidar com sua força”. E sugeriu outras alternativas de crescimento, talvez nas áreas de serviços ou de turismo.

Para o professor Benedito Dias Pereira, da UFMT, “a economia de Mato Grosso vem crescendo mais que a do Centro-Oeste e a do país como um todo” graças à incorporação de novas áreas

ao processo produtivo, à elevação da agroindustrialização e ao incremento do número de empresas. A grande maioria da produção se destina à exportação. “A economia do estado não deve seguir refém desse modelo”, disse.

A atual crise mundial de alimentos e o crescimento da produção de fontes renováveis de energia, segundo ele, podem contribuir para redefinir um novo papel para a economia do estado, com mais destaque para a produção de alimentos básicos. Benedito alertou para a confusão que se faz entre agronegócio e latifúndio. “Não é só isso. Contempla pequenas propriedades, agricultura familiar, comunidades camponesas e indígenas”.

PROJETOS E “INTERESSES”

O crescimento aumenta a desigualdade na distribuição de renda e os indicadores de pobreza, libera mão-de-obra devido às inovações tecnológicas e incentiva as migrações, por isso o professor sugeriu um modelo que resolva questões estruturais. Segundo ele, há um projeto de zoneamento ecológico em discussão há 14 anos, que prevê restrições a determinadas práticas e que “mexe com interesses”: o governador

Blairo Borges Maggi (PR) é um dos maiores produtores de soja do mundo.

Pesquisador da Fiocruz, Hermano Castro falou da relação direta entre saúde e meio ambiente, com críticas severas à globalização e a sua tendência à formação de megamercados, que reestruturou a economia mundial num ambiente extremamente competitivo e diminuiu a renda *per capita* em mais de 80 países, o que se refletiu na saúde dos trabalhadores – diante de empregos temporários, flexíveis e informais. No Brasil, os impactos se observam na afirmação de uma visão desenvolvimentista, como na política do etanol, com a construção de quilômetros de rodovias, a migração de populações e a dura rotina de trabalho dos cortadores de cana. E provocou: “Com quantas mortes se planta cana?”

O pesquisador classificou o país como “vulnerável às mudanças climáticas”, que provocam o alastramento maior das doenças infecciosas e o aumento das mortes relacionadas a mudanças de temperatura, à poluição do ar e à contaminação da água e dos alimentos. Para enfrentar a situação, sugeriu “potencializar,



equipar e fortalecer os sistemas de saúde em escala local e nacional”.

“O Brasil é o terceiro país no mundo no consumo de agrotóxicos”, advertiu Alberto da Rocha Neto, biólogo do Ministério do Meio Ambiente. Sozinhos, São Paulo, Paraná e Mato Grosso somaram, em 2005, 54% do consumo nacional. Soja e cana são os campeões do agrotóxico, num negócio que registrou aumento de 18,5% nas vendas em 2007, num montante de 5,2 bilhões de dólares.

INTOXICAÇÃO HUMANA

Alberto criticou a ausência de medidas restritivas ao uso de alguns agrotóxicos, diretamente ligados a suicídios, como indicam os números de casos de intoxicação humana registrados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox/Fiocruz). Também alertou para o pouco cuidado dispensado à dosagem dos produtos e à destinação final das embalagens vazias. Mais de 2.600 municípios, segundo ele, tratam o assunto de maneira “irregular”. Alberto denunciou ainda a importação de fertilizantes que usam resíduos industriais como matéria-prima, já questionada pelo Ministério Público.

Técnica da Vigilância Ambiental do Ministério da Saúde, Juliana Rulli Villardi relacionou o processo de desenvolvimento — baseado na urbanização e na industrialização — e os riscos à saúde. O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVA) monitora a água para consumo humano, ar, solo, contaminantes ambientais e substâncias químicas, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos e o ambiente de trabalho.

Juliana informou que Mato Grosso receberá o sistema VigiAr, a vigilância da contaminação do ar, que detectará ameaças à saúde da população provenientes de fontes fixas (como fábricas) e móveis (veículos, por exemplo). Somente Mato Grosso do Sul já identificou 52 áreas contaminadas por produtos químicos, a partir da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (Vigisolo).

PENSAR COLETIVO

Considerada a capital do Pantanal, a cidade de Corumbá (MS) foi sede do terceiro seminário de instalação da Fiocruz no Centro-Oeste, em agosto, no qual se discutiu a saúde nas fronteiras e as potencialidades dos biomas Cerrado e Pantanal. No primeiro dia de debates, a vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz, Maria do Carmo Leal, falou sobre os determinantes sociais da saúde. Ela salientou que a saúde não

se relaciona apenas com a disponibilidade de recursos, mas também com as iniquidades — “desigualdades evitáveis, injustas e desnecessárias” — e apontou a intersectorialidade e a participação social como saídas. “A saúde não pode se pensar sozinha”.

A secretária de Saúde do Mato Grosso do Sul, Beatriz Figueiredo Dobashi, apresentou panorama demográfico dos 12 municípios sul-mato-grossenses que fazem fronteira com Paraguai e Bolívia, quando defendeu a necessidade de se fortalecer o sistema local de saúde, de maneira que os municípios não sofram tanto o impacto do atendimento de pessoas dos países vizinhos.

A iniciativa, segundo Beatriz, requer “interação nas agendas públicas”. O processo de regulamentação das “fronteiras secas” — ou passagens terrestres — já começou, e há outros projetos “articulados”, como a implementação de laboratórios de fronteira e ações na área de farmácia popular e de saúde bucal. Beatriz também destacou a necessidade de um incremento no setor de tecnologias da informação — “um calo para todos nós” — a partir da instalação de um ponto de internet em cada secretaria municipal de saúde.

LUTA CONSTANTE

Nos municípios de fronteira do estado vivem quase 300 mil habitantes. Em cada um deles há uma equipe de Saúde da Família e uma unidade básica de saúde, com especialistas médicos e outros profissionais, dependendo do perfil do município. Apesar da “boa cobertura”, há somente duas unidades de atenção à saúde psicossocial — e os sistemas de informação são deficitários. Em alguns lugares, o número de procedimentos é “díspar” e “há uma luta constante para que os municípios alimentem seus bancos de dados”.

De acordo com os números apresentados por ela, a média de internação nos 12 municípios é de 7,10% da população total ao ano, embora os números variem, graças aos problemas de alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e de outros bancos de dados, além da “migração para os municípios-pólo ou para a capital”. Em 2007, os principais agravos identificados foram dengue, sífilis em gestantes — oito casos só em Japorã — e acidentes com animais peçonhentos, presentes em 60% dos municípios.

O médico Víctor Peralta, representante da 13ª Região Sanitária do Paraguai, no Departamento de Amambay — cuja capital é Pedro Juan Caballero, fronteira com a cidade brasileira de Ponta Porã — informou que, além da capital, duas

outras cidades do departamento são vizinhas a municípios sul-mato-grossenses: Bella Vista, limite com a homônima brasileira, e Capitán Bado, vizinha de Coronel Sapucaia. As três cidades têm população estimada em 124 mil habitantes, dos quais 68% vivem em ambiente urbano.

Ele contou que em Amambay a seguridade social alcança apenas 20% da população (para quem tem carteira assinada, prática que o SUS elimina no Brasil), o que faz com que paraguaios procurem atendimento em cidades brasileiras. E há outras dificuldades: em toda a região, há uma única ambulância; em Pedro Juan Caballero, 60% dos postos contam apenas com um auxiliar de enfermagem, que faz apenas vacinação e pré-natal; em Capitán Bado e Bella Vista só há atendimento de atenção primária. “Nosso melhor centro de referência é o de Campo Grande”, reconheceu.

“Recorremos à solidariedade do Brasil para salvar vidas”, confessou o médico: o financiamento na área de saúde é insuficiente, o que rende baixos salários aos médicos e causa grande migração de profissionais para outros países. Neste contexto, Víctor destacou como “problema importante” a grande presença dos indígenas na região, já que entre eles é alto o índice de desnutrição e tuberculose.

Entre as enfermidades mais prevalentes na região estão as do sistema circulatório, câncer, as infecções respiratórias agudas, a desidratação, a desnutrição, a anemia e as “enfermidades metabólicas”. Por conta de leis não tão rígidas, são altos os índices de acidentes de trânsito. Entre as doenças infecciosas, destacou dengue, tuberculose, sífilis, hanseníase, leishmaniose tegumentária e contaminação pelo HIV como recorrentes. E apresentou as causas de morte mais registradas: mortes violentas, doenças do sistema circulatório e câncer.

Secretário de Saúde do Departamento de Santa Cruz, da Bolívia, Erwin Salcedo relatou que, no “processo de construção de um novo Estado nacional” — Santa Cruz de La Sierra, capital do departamento, é o centro do movimento autonomista e opositor ao governo do presidente Evo Morales — há a previsão de se criar “algo parecido com o SUS”. Enquanto isso, defendeu, são importantes as ações integradas entre os dois países nas áreas de vigilância e promoção da saúde, como o Plano Ampliado de Imunização, “que já vacina muitos brasileiros”.

Em relação aos números, Erwin assinalou que a situação no departamento é “tranquila”, destacando os casos de raiva canina que chegam à cidade de Cáceres (MT) oriundos de



Santa Cruz como “problema perigoso”. A partir de três casos diagnosticados de raiva humana, ele disse ser possível que uma epidemia esteja em curso, já que mortes foram relatadas em regiões próximas à fronteira. “É uma questão de tempo”, previu.

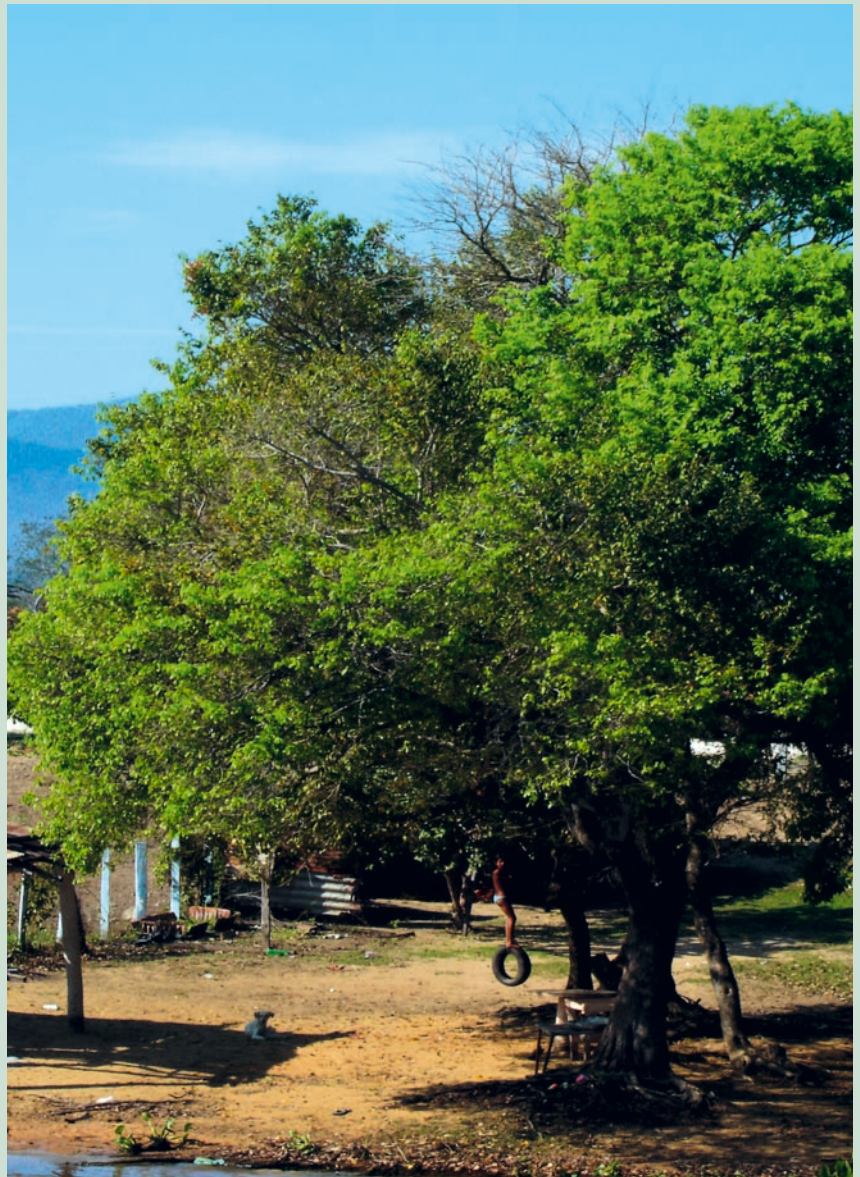
Entre outros problemas, a malária, com foco na região conhecida como Piso Firme (no Parque Nacional Noel Kempf Mercado, junto à fronteira do Brasil), e à dengue, segundo ele, “controlada na região”. Erwin citou ainda como prioritárias a tuberculose e as contaminações por HIV/aids. Hoje, 800 bolivianos se tratam gratuitamente no Brasil.

A professora Marina Atanaka Santos, do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, falou dos municípios matogrossenses na fronteira com a Bolívia: Comodoro (17 mil habitantes), Vila Bela de Santíssima Trindade (13 mil), Porto Espiridião (9 mil) e Cáceres (84 mil) – há um “descompasso” entre os dados da academia e os indicadores reais, disse. Entre as especificidades da região, o município de Comodoro, por exemplo, tem 63% do território ocupado por reservas indígenas; em Vila Bela de Santíssima Trindade, a maioria da população é de quilombolas; em boa parte das cidades, “uma troca de assistência indefinida” entre os dois países. Doença de Chagas, doença exantemática, esquistossomose, febre amarela e leishmaniose visceral são problema. “Se existe um caso, existe vetor e o risco está presente”.

PACTOS, UMA SAÍDA

A professora apresentou números dos casos de hanseníase, tuberculose, dengue, leishmaniose tegumentar e malária nos quatro municípios limítrofes e defendeu a necessidade de capacitação de profissionais em entomologia e parasitologia médica, além da criação de curso de especialização em vigilância para a fronteira. Sugeriu ainda a organização de visitas aos países vizinhos, visando se conhecer melhor seus sistemas de informação e a formação de consórcios. “Os pactos podem ser uma saída”.

O segundo dia de discussões em Corumbá (MS) tratou das potencialidades do Cerrado e do Pantanal e suas relações com a saúde. Arnildo Pott, pesquisador do departamento de biologia da UFMT, informou que os dois biomas reúnem espécies adaptadas a extremos – secas e cheias –, o que confere às plantas grande quantidade de princípios ativos medicinais. Só no Cerrado já foram catalogadas 12 mil espécies – quatro mil delas no Mato



Grosso do Sul. No Pantanal, são duas mil espécies. Ainda há biomas como floresta decidual e Mata Atlântica.

O pesquisador lamentou que se use pouco a vegetação do Pantanal, dada a tradição de mais de 200 anos de pecuária na região. A beleza cênica das espécies é chamariz para o turismo, e a grande variedade de madeiras, plantas medicinais e frutíferas – como o maracujá bravo, que resiste às inundações, e o pequi, “campeão em vitamina A” – exige mais pesquisas e ampliação das áreas de preservação permanente. As áreas inundadas são as mais frágeis: “Qualquer drenagem oxida o solo e libera gás carbônico”.

O pesquisador britânico Benjamin Gilbert, de Farmanguinhos/Fiocruz, explicou que o Pantanal não dispõe de estradas adequadas à distribuição efetiva de medicamentos e sugeriu a criação de “farmácias verdes”, plantações de espécies medicinais nativas

ou adaptadas ao habitat. Cidreira do campo, murici do campo e embaúba são indicadas nas doenças bronco-pulmonares, informou. Para as cardiovasculares, cipó pucá ativa a circulação e reduz a hipertensão; nas doenças dérmicas, curte-seco e saboneteira; a quixaba combate diabetes tipo 2; o óleo de baru é analgésico e a abuta, antitérmico; para problemas gastrointestinais, malva branca, pimenta do mato e pau de leite; jatobá-mirim, pequi e ginseng do Brasil são tônicos fortificantes, e a lucera combate problemas hepáticos; o jamelão do campo é imunomodulador e a aroeira do sertão, antiinflamatória. No tratamento de problemas mentais, maracujá de pedra e anil trepador; a casca do ipê amarelo, o “paratudo”, é ativa contra verminoses, ameba, malária, febre e outras afecções.

Antonio Carlos Siani, também de Farmanguinhos, mostrou o fun-



cionamento da cadeia produtiva dos fitofármacos, observando que, entre as espécies vegetais, há “um encadeamento complexo que exige a integração de diversas áreas do conhecimento”. O desenvolvimento de produtos é um processo multidisciplinar que exige gerenciamento, alertou: entre a descoberta e a venda há um processo de pesquisa que exige recursos e parâmetros éticos.

HÁBITOS PERDIDOS

A bióloga Semírames Pedrosa de Almeida defendeu o resgate dos hábitos alimentares da região e falou das potencialidades da flora do Cerrado e do Pantanal na fabricação de móveis e artesanato e no desenvolvimento de alimentos, com geração de renda para as comunidades rurais. Ex-pesquisadora da Embrapa, destacou, entre experiências exitosas de geração de renda, a construção de “metodologia participativa” de capacitação em agroextrativismo: há duas reservas extrativistas em Goiás. “Cerrado e Caatinga deveriam ser patrimônios nacionais”, disse.

Em setembro, o quarto seminário, novamente em Campo Grande, tratou de doenças e agravos mais relevantes. A secretária Beatriz Dobashi destacou na abertura que a região “vive período de transição epidemiológica e demográfica”, com doenças que já deveriam estar erradicadas. Diretor da Vigilância em Saúde no Mato Grosso do Sul, Eugênio Barros informou que 84,86% da população têm água potável, 22,19% têm esgoto e 76,17%, coleta de lixo. Entre as causas principais de óbito em 2007 estão as doenças do aparelho circulatório (31,85%), as causas externas (15,5%) e as neoplasias (13,77%), as doenças do aparelho respiratório (10,47%) e as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (6,99%).

MORTALIDADE INFANTIL

Verifica-se “decréscimo contínuo” na mortalidade infantil há 10 anos no estado, informou: o maior número de morbidade hospitalar do SUS se relaciona a gravidez, parto e puerpério, tanto por local de internação (20,52%) quanto de residência (20,37%). Aparecem depois as doenças do aparelho respiratório (cerca de 14%) e doenças infecciosas e parasitárias (cerca de 10%).

O maior problema em 2007 foi a dengue (mais de 75 mil casos), seguida de hepatites virais (1.294 casos) e tuberculose (1.066). O estado priorizou o combate à dengue nos municípios endêmicos, e não houve morte por dengue hemorrágica,

graças à “agilidade no processo de enfrentamento da doença”.

Silvana Kruger, da Secretaria de Saúde de Mato Grosso, esclareceu que o estado abriga 75 reservas indígenas e 105 unidades de conservação, o que complica a gestão pelas grandes distâncias e as dificuldades de acesso. “Há municípios que ficam a mais de 1.000 quilômetros da capital”. Mas 61,5% da população do estado têm cobertura da Estratégia Saúde da Família e é permanente a capacitação de profissionais do SUS, afirmou. O enfrentamento da hantavirose, agravo de notificação compulsória, gerou aprendizado para os profissionais do estado, destacou. Leis foram criadas para regular a distância nas plantações de soja — onde se instalam os roedores, principais vetores da doença. E mais: “Somos campeões em hanseníase”. Os números de Mato Grosso estão bem acima dos da região e do país desde 2004, com crescimento da doença na população abaixo de 15 anos.

“NÃO SE VÊ O SOL”

A incidência é alta e crescente da leishmaniose visceral, Silvana admitiu, assim como os índices de tuberculose e malária — neste caso, concentrados no município de Colniza. A dengue ascende pela fragilidade do apoio laboratorial ao monitoramento do vírus. “A qualidade da informação é um problema sério”, destacou: há casos inconclusos de hepatites por falta de exames laboratoriais. Entre as causas mais frequentes de internação no estado, segundo dados de 2006, a liderança é das doenças do aparelho respiratório (20,80%), seguidas das doenças do aparelho digestivo (11,90%) e do aparelho circulatório (10,70%). “Há um incremento maior na época das queimadas, época em que não se vê o sol”.


Ana Nilce Maia Elkhoury, da vigilância epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), tratou das notificações de emergências no Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, entre 2006 e julho de 2008: Goiás registrou 38 eventos, Mato Grosso, 21, e Mato Grosso do Sul, 13, relacionados a zoonoses (30,15%), a doenças de transmissão hídrica ou alimentar (22,66%) e a doenças do sistema neurológico (8,43%). Os vírus tipos 2 e 3 da dengue foram os mais frequentes no Centro-Oeste, com maior incidência em Mato Grosso e Goiás.

O seminário avaliou a produção acadêmica da região em doenças não-infecciosas. A pesquisadora Ma-

rina Atanaka Santos, do ISC/UFMT, relatou que projetos e pesquisas seguem isolados. Embora modos de vida e segurança alimentar tenham especial destaque na região da BR-163, são lacunas a “abordagem fragmentada” dos temas e a resistência em se encarar a violência como problema de saúde pública. “O fenômeno está na mídia, mas não é produto científico”.

A violência foi destaque permanente. A pesquisadora Edinilsa Ramos de Souza, do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (Claves/Ensp/Fiocruz), falou do problema no país e destacou a “séria limitação de dados” na Rede Básica de Saúde: muitos casos não são registrados, por desinformação das vítimas ou falta de capacitação dos profissionais de saúde em reconhecer os casos. Já estão em andamento no Centro-Oeste projeto de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito e a rede de núcleos de prevenção à violência: “Ninguém falava sobre isso. Contavam-se os mortos, atendiam-se os feridos e não se refletia”, num processo de banalização. “Violência não é só criminalidade, é negligência com o idoso, é machismo, formas não-criminalizadas”.

O assunto também foi abordado pela pesquisadora Maria Cristina Abrão Nachif, da Secretaria de Saúde do MS: a taxa de mortalidade é de 29,3 mortes por acidentes de trânsito para cada 100 mil habitantes no Centro-Oeste, de 29,2 óbitos por homicídio e de 6,1 por suicídio. O maior número de homicídios se concentra em Mato Grosso, a maioria causada por armas de fogo. Vítimas mais comuns: jovens do sexo masculino. Os piores indicadores estão nas áreas rurais, o que para ela é uma incoerência. “No campo está o maior desenvolvimento da região”.

O modelo econômico baseado na agropecuária é responsável, para Cristina, pela criação de um “fosso que separa o alto empresário do restante da sociedade”, modelo “concentrador” que não gera trabalho e renda, baseado na concentração fundiária, danoso ao meio ambiente e de altos custos sociais. O avanço da fronteira agropecuária — com desmatamento do Cerrado — degrada recursos hídricos, disse. Cristina também chamou atenção para os conflitos de terra com povos indígenas, populações fronteiriças, afro-descendentes, frentes de garimpo e trabalhadores acampados ou assentados: “Tudo demanda ações específicas”. 

ENTREVISTA

Rivaldo Venâncio

“A fronteira não é um muro”

O infectologista Rivaldo Venâncio da Cunha, 50 anos, doutor em Medicina Tropical (IOC/Fiocruz), é professor da UFMS, onde também coordena mestrado e doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias, além de integrar o comitê de assessoria do Ministério da Saúde para dengue e febre amarela. Responsável técnico pelo Escritório da Fiocruz em Campo Grande, não vê a fronteira próxima como fator complicador, ao contrário: nesta entrevista, fala com generosidade sobre os desafios da instituição na região, que demandam solidariedade com os povos vizinhos. “A fronteira não é um muro”, diz, “e sim uma ponte para a vigilância em saúde conjunta entre nossos países, pela ótica da solidariedade que sempre caracterizou a Fiocruz ao longo de seus 108 anos de existência.”

Que avaliação o Sr. faz do seminário?

Sucesso absoluto. Mostrou mais uma vez que o processo de construção coletiva, embora mais difícil, é sempre mais sólido. A diversidade de participação demonstra claramente que o formato de implantação dessa unidade da Fiocruz está mais do que correto. É um marco histórico de ciência, tecnologia e formação de recursos humanos aqui no MS.

Quais são as principais demandas da região?

Temos a segunda maior população indígena do Brasil, em sérias dificuldades pela disputa territorial com fazendeiros e moradores brancos, por problemas de saúde, pelo acelerado processo de aculturação decorrente da urbanização de aldeias, da presença muito forte da religiosidade, além do consumo do álcool. Aliasse a isso a chegada das usinas de açúcar num volume maior, que têm usado como mão-de-obra os indígenas. Esse afastamento das suas origens leva ao aumento de doenças como tuberculose e DST. Além do ponto de vista epidemiológico, da morbimortalidade das populações fronteiriças, as relações culturais, sociais, científicas e

tecnológicas nos eixos Brasil-Paraguai e Brasil-Bolívia têm sido prioridade da Fiocruz. Nosso entendimento sobre a fronteira é de uma relação e um olhar sem muros. A divisão entre Brasil e Bolívia, no meio do MS, não será entendida como barreira. A fronteira não é um muro, e sim uma ponte para a vigilância em saúde conjunta entre nossos países, pela ótica da solidariedade que sempre caracterizou a Fiocruz ao longo de seus 108 anos de existência. Esses dois países irmãos estão num processo intenso de transformações políticas e sociais que carecem da experiência do Brasil.

Não têm sistema de saúde universal...

A Bolívia passou recentemente por um processo Constituinte, a exemplo do que o Brasil teve de 1986 a 1988, e um dos grandes temas foi justamente a configuração de um sistema de saúde. Temos experiência nisso, de gestão, avaliação e formação de recursos humanos, enfim, todas as interfaces com o SUS.

E as pesquisas?

Temos agravos e doenças que não fagem muito da realidade de outros centros. Aqui não temos óbito por bala perdida, como no Rio, mas por bala certa. A violência urbana e rural é problema sério e será objeto de investigação sob a ótica da saúde pública e coletiva, e não exclusivamente sob a ótica da segurança. Temos uma região muito rica em ecoturismo: foram registrados 800 óbitos por afogamento, numa forte ligação com lazer e turismo. Outro aspecto é o da saúde ligada ao agronegócio. Essa indústria sucroalcooleira tem renúncia fiscal em torno de R\$ 1,5 bilhão ao ano, que o estado deixa de arrecadar para incentivá-la. Por isso, uma ideia é a criação de fundo setorial de ciência e tecnologia bancado pela indústria para projetos de pesquisa.

O que a região pode oferecer de exemplo ao Brasil?

Nossa experiência em evitar as mortes recorrentes da dengue. Já de-



monstramos que é possível evitá-las. Outro exemplo: divergências pessoais, paixões ideológicas podem ser direcionadas à construção de um projeto para a coletividade maior. Outra experiência nossa nesse pedaço do Brasil que um dia já foi Paraguai: temos o dever histórico de ajudar a amenizar os discursos – quase hegemônicos em alguns meios de comunicação – que tratam divergências políticas e econômicas entre Brasil e países da América Latina como divergência entre povos. As disputas econômicas de mercado não devem, em hipótese alguma, arrefecer nossas energias na solidariedade a esses povos, que são nossos irmãos e estão a poucos quilômetros aqui de Campo Grande. Pode ser que daqui a 15 anos a gente se sinta frustrado ao ver que o processo não saiu como esperávamos, mas demos nossa contribuição histórica.

E os cursos? Algo a antecipar?

Precisamos antes da aprovação do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores. Aí vamos atrás de financiamento para o intenso processo de formação e capacitação, voltado para o entendimento, a geração e a difusão de informações, especificamente em saúde dos povos indígenas. Para agentes de saúde indígena, cursos de especialização, um mestrado em saúde indígena e outros níveis de formação. Em breve, teremos todas as propostas. (A.D.L.)



Relatório pede articulação

Bruno Dominguez

Os determinantes sociais da saúde têm sido alvo crescente de políticas e programas na última década, mas as iniciativas são “setorializadas, fragmentadas, carentes de articulação entre si”, o que gera “competição entre os agentes públicos, redundância de ações, ineficiência de gasto e baixa qualidade dos serviços prestados”. Esta é a avaliação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em seu relatório final, intitulado *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil* e divulgado em agosto (Radis 74).

Na seção “Recomendações”, o documento apresenta análise de políticas e programas relacionados aos determinantes em andamento entre 2004 e 2006. Encomendada pela CNDSS, essa revisão de estudos foi coordenada pelo epidemiologista Rômulo Paes de Sousa e a socióloga Jeni Vaitsman, que mapearam ações voltadas para a melhoria das condições de vida e redução de desigualdades sociais executadas principalmente por outros ministérios que não o da Saúde. Nesse período, houve mais de 390 programas e 4 mil ações governamentais por ano. Destas, foram selecionadas 86 de 16 pastas.

A maioria (24,4%) estava ligada à proteção social de famílias, crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência — parte do esforço de construção do Sistema Único de Assistência Social e tendo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) como principal executor. O tema Ambiente/Habitação contribuiu com 18,6% do total, especialmente pelos programas de saneamento rural e urbano que envolvem os ministérios da Saúde, do Meio Ambiente e das Cidades. Em seguida, veio a área de Alimentação, com 3,5% das ações, incluindo programas de transferência de renda, de aquisição de alimentos e de promoção da agricultura familiar. O governo ainda atuou na Agricultura (com capacitação de agricultores familiares, por exemplo), no Trabalho e Inclusão Produtiva (qualificação de grupos vulneráveis,

como jovens, indígenas, quilombolas e mulheres) e Prevenção e Combate à Violência e Promoção de Direitos (que se concentra no apoio a jovens em situação vulnerável e idosos).


O relatório dedica grande espaço à reflexão sobre o Bolsa-Família, programa do MDS criado em 2003 que cobria 11,2 milhões de famílias em 2006. Diferentes pesquisas apontam que elas gastam o que recebem principalmente em alimentação, seguida por material escolar, roupas/calçados e medicamentos. Como consequência, constatou-se mudança em seu padrão alimentar, com melhora na qualidade e na variedade dos produtos consumidos. “Mais de 90% de crianças, jovens e adultos fazem três refeições ao dia, sendo a quantidade dos alimentos ingeridos considerada satisfatória por 54%”, segundo pesquisa de 2007. Duas outras apontaram o Bolsa-Família como um dos responsáveis pela redução da desnutrição infantil. Uma delas mediu e pesou 17.587 crianças no Semiárido: a desnutrição era 30% mais frequente entre as não-beneficiadas.

Integrante da CNDSS e autor de um trecho do relatório, o epidemiologista Cesar Victora diz que resultados como esses reafirmam a necessidade de manutenção e aprimoramento do programa. Para o professor emérito da Universidade Federal de Pelotas, as “portas de saída” do Bolsa-Família não podem estar relacionadas a variáveis de saúde, e sim a critérios socioeconômicos. “Um erro de programas anteriores foi incorporar essas variáveis, por exemplo excluindo crianças que passaram a ter um estado nutricional adequado”, avalia. “Assim, podem indiretamente estimular as famílias a manter seus filhos subnutridos, como sugere uma pesquisa feita no Brasil há alguns anos”.

Ao comparar a educação dos beneficiários deste programa com os de outros ou não-beneficiários, estudo concluiu que os do Bolsa-Família têm menor índice de evasão escolar, mas também de aprovação — sobretudo em relação aos ligados a outros programas. Ou seja, o aumento da permanência em sala de aula não foi suficiente para melhorar o desempenho. “A escola necessita adaptar-se a esta nova

realidade”, indica o documento, dando mais atenção a alunos com dificuldade de aprendizado ou sociabilidade.

O programa Um Milhão de Cisternas, que visa garantir abastecimento de água para o consumo no período da seca, também é citado. Até 2007, foram construídas 200 mil cisternas, atingindo 1 milhão de pessoas no Semiárido. Segundo estudo da Embrapa em 1.189 domicílios, isso resultou na queda da incidência de diarreia, desidratação, doenças de pele, doenças renais, sensação de cansaço, perda de dias de trabalho e visitas ao médico.

Victora pede mais diálogo entre a saúde e os demais setores contra as iniquidades: “A questão-chave é como conseguir internalizar a questão dos determinantes sociais em todas as ações de planejamento que possam afetar a saúde, mas sem se esgotar no nível da burocracia oficial”. Para ele, o setor deve documentar as desigualdades e avaliar o impacto dos programas, devolvendo os resultados à sociedade civil para que esta exerça pressão política por mais investimentos. 

Mais informações

Íntegra do documento: www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf



Alerta para novos focos da doença

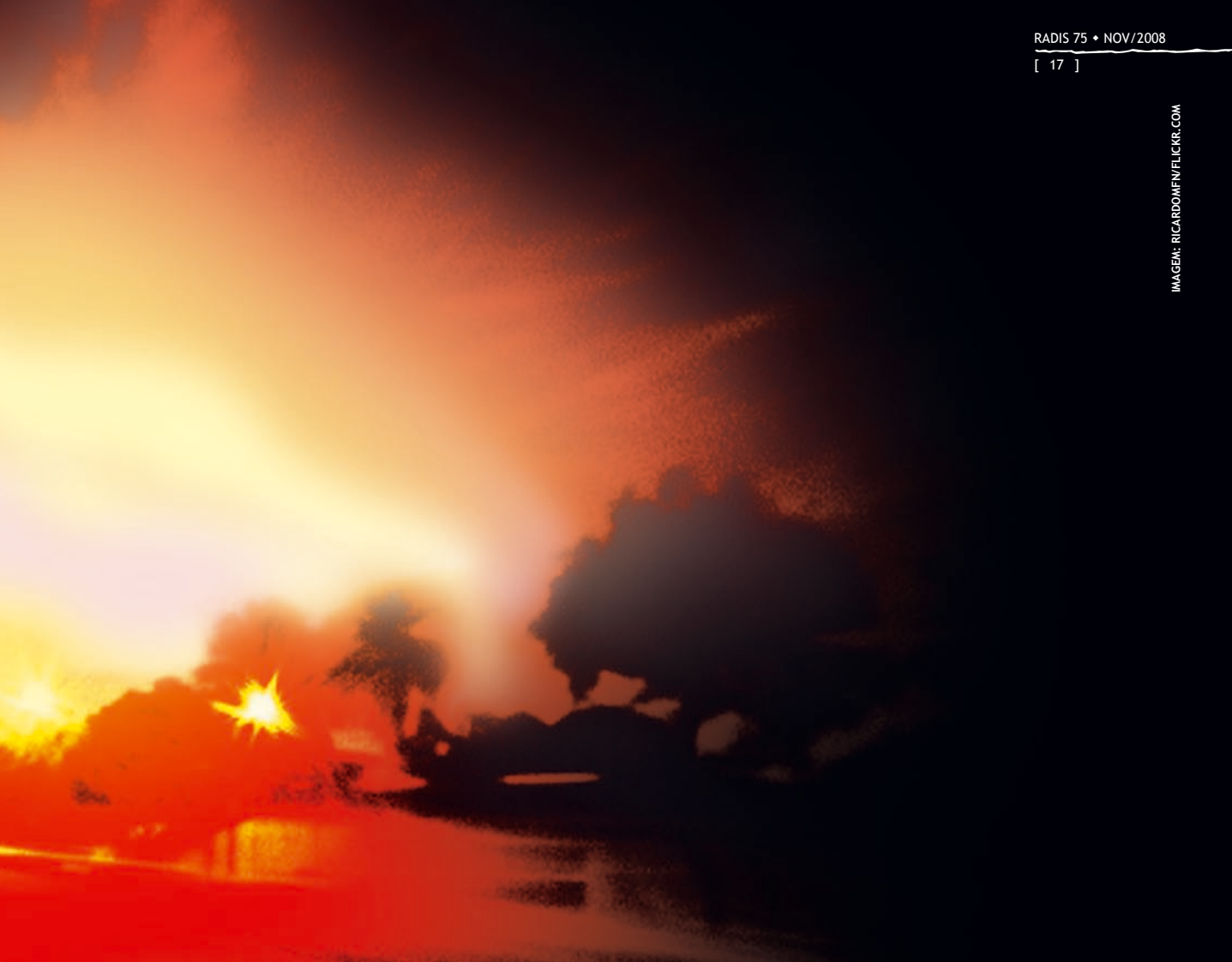
Katia Machado

A Organização Mundial de Saúde estima: há 200 milhões de pessoas atingidas pela esquistossomose em 74 países. O Brasil tem cerca de 6 milhões de infectados pelo *Shistosoma mansoni*, principal parasita causador da doença, especialmente nos estados do Nordeste e em Minas Gerais. Os números são altos e a doença avança em áreas não-endêmicas, ressaltaram os palestrantes no 11º Simpósio Internacional sobre Esquistossomose, de 20 a 22 de agosto no Othon Palace Hotel de Salvador. Organizado pelo Centro de Pesquisa Gonçalo Muniz (CPqGM, unidade da Fiocruz na Bahia), o evento reuniu 600 pesquisadores, estudantes e sanitaristas do Brasil e do exterior.

Essa edição comemorou o centenário da descoberta e identificação do *Shistosoma mansoni* no Brasil pelo pesquisador baiano Pirajá da Silva, em 1908: naquele início de século, ele lutou obstinadamente pela validação internacional da des-

coberta, apesar das adversidades. Em sua homenagem, foram lançados, na abertura do evento, selo personalizado e carimbo comemorativo, que circularam até 18 de setembro e atualmente estão no acervo do Museu Nacional dos Correios, em Brasília. Além disso, 95 instituições e pesquisadores que contribuíram para o controle da esquistossomose e o aperfeiçoamento de estudos em torno da doença receberam medalhas simbólicas. "Não poderíamos deixar de homenagear um homem extraordinário, um exemplo de obstinação e dedicação à pesquisa", destacou o médico Mitermayer Galvão dos Reis, presidente do evento e diretor do CPqGM.

A situação atual da esquistossomose em novos focos foi o tema da mesa-redonda da tarde do dia 20, coordenada pelo epidemiologista Maurício Barreto, professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Primeira palestrante, a bióloga Constança Clara Gayoso Barbosa, pesquisadora do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM, unidade da Fiocruz



em Pernambuco), analisou a situação da doença em seu estado.

Segundo ela, Pernambuco tem grande área endêmica de esquistossomose – a Zona da Mata – e apresenta novos focos na Região Metropolitana e litorânea do Recife: Ilha de Itamaracá, Praia Pau Amarelo (tradicionalmente turística e, atualmente, também residencial), Lagoa do Náutico, Praia de Porto de Galinha e Praia Carne de Vaca. Em 2003, segundo o programa de controle em Pernambuco, a taxa de pessoas positivas infectadas era de 8,4%. Em 2005, após inquérito do serviço de referência da Fiocruz no estado, concluiu-se que essa taxa era maior, 14,2%. “Enquanto isso, Porto de Galinhas apresentou taxa de positividade de 16,1%”, comparou. Pernambuco, segundo o programa, foi classificado como moderado. “Mas quando se analisam as taxas por município, e Jaqueira, por exemplo, tem taxa de 30%, vemos que o problema é bem maior”.

O CPqAM faz o geoprocessamento dessas áreas usando o Sistema de Informação Geográfica (SIG) e um outro modelo de sistema geostatístico

para identificar o espaço de contaminação e a evolução temporal das áreas afetadas e transferir os casos de infecção aos serviços de saúde. “Estamos assim construindo mapas temáticos e de risco para interferir quando necessário”, explicou, ao destacar que Porto de Galinhas e Itamaracá já foram mapeadas e a Lagoa do Náutico está em fase de mapeamento. “A Lagoa está próxima do mar, e quando chove leva os moluscos a residências e ruas; o mesmo aconteceu com Porto de Galinhas”.

O médico Carlos Graeff Teixeira, professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, segundo palestrante, apresentou quadro menos alarmante. O estado teve seu primeiro caso de esquistossomose diagnosticado em janeiro de 1997, quatro em 1998, diagnosticando até 2003 um total de 17; em 2007, mais três infectados e, em julho de 2008, apenas um caso. “Esse tem ligação com um município vizinho da área de Esteio, no norte do estado”, contou Graeff.

Diante de outros estados endêmicos, apresentar 21 casos em 11 anos pode não ser relevante, mas,

salientou o professor, é indício de um novo foco, mesmo pequeno, que precisa ser investigado. Os casos, em sua maioria, surgiram em áreas próximas a Esteio, onde começa o Rio do Sino e onde há registros de parasitas da esquistossomose. O rio passa por Canoas e deságua em Porto Alegre. “Há dois anos, foram encontrados dois casos em Porto Alegre, próximos a um dos rios que fazem parte do arquipélago do Rio dos Sinos”, contou. Foram ainda infectados moradores da Vila Pedreira que, apesar da distância, iam pescar e passear no rio que corre por Esteio.

Para identificar os infectados, foi preciso investigar pacientes de risco e pessoas com sorologia positiva diretamente, indo à casa deles à noite. “De dia, todos estavam trabalhando”, contou. “Isso é mais importante do que investigar 30 mil pessoas: a busca tem que ser ativa, e não passiva”.

O terceiro palestrante, o biólogo Carlos Eduardo Gault, da Ensp/Fiocruz, tratou da realidade do Estado do Rio, que não apresenta novos focos. “São tão antigos como os do Nordeste”, comparou. Originalmente, as áreas endêmicas são o Médio Paraíba,



FOTOS: KATIA MACHADO

inclusive nas velhas regiões; somente reduzimos a mortalidade”.

MISTURA DE ÁGUAS

Último palestrante, o farmacêutico bioquímico Fernando Schemelzer de Moraes Bezerra, professor da Universidade Federal do Ceará, falou sobre as possibilidades de novos focos no Ceará a partir da transposição do Rio São Francisco — que o governo atualmente denomina “Integração”, porque o rio se integra às bacias do Nordeste setentrional. “Não estou defendendo ou sendo contrário à transposição”, destacou: suas preocupações dizem respeito às consequências dessa ação.

São dois semiáridos brasileiros: o da Bacia do São Francisco, com 2 mil a 10 mil m³ por habitante ao ano de água disponível em rio permanentemente, e o do Nordeste setentrional, compreendendo parte de Pernambuco e Paraíba, Rio Grande do Norte e Ceará, com pouco mais de 400 m³ por habitante ao ano, em açudes construídos em rios intermitentes e em aquíferos com limitações de qualidade e de quantidade de águas. O objetivo, portanto, é assegurar a oferta de água, em 2025, a cerca de 12 milhões de habitantes de pequenas, médias e grandes cidades do Nordeste setentrional.

A integração será possível com a retirada contínua de 26,4 m³/s de água, o equivalente a 1,4% da vazão garantida pela barragem de Sobradinho (1.850 m³/s) no trecho do rio onde se dará a captação. Este montante hídrico será destinado ao consumo da população urbana de 390 municípios do Agreste e do Sertão dos quatro estados do Nordeste Setentrional. Nos anos em que Sobradinho estiver vertendo, o volume captado poderá ser ampliado para até 127 m³/s, contribuindo para o aumento da oferta de água para múltiplos usos.

Vai ocorrer uma verdadeira mistura de águas no Ceará, analisou Fernando, informando que foi encontrado o molusco *B. Glabrata*, hospedeiro melhor adaptado à veiculação de *S. mansoni* segundo a maioria dos autores, nos municípios onde o canal da integração passará. “Com a entrada da espécie *B. Glabrata* teremos expansão potencial da doença no Ceará”, alertou. Para o professor, faz-se urgente conhecer que moluscos podem vir com o São Francisco e se há risco potencial de instalação de transmissão da esquistossomose nas áreas do projeto. “Cabe a nós, da saúde, pensar nessa ligação entre a integração e a esquistossomose: é preciso refletir sobre as consequências

a Região Serrana, a própria cidade do Rio (bairros como Alto da Boa Vista e Jacarepaguá), Niterói, Paracambi e Baixada Fluminense.

A persistência dos focos é consequência da descontinuidade do Programa de Controle da Esquistossomose no estado, da falta de condições dos municípios na execução das atividades de controle quando o programa foi descentralizado, em 1993, e da ausência de busca ativa. “Depois da interrupção do programa, em 1995, surtos de dengue levaram toda a equipe de controle da esquistossomose para o controle do mosquito transmissor”, contou Carlos, que chegou a montar laboratório e preparar agentes de saúde, para depois vê-los deslocados para a dengue.

Ele fez duras críticas ao programa no estado, que há tempos deixou de ser usado como medida de planejamento das ações. “Isso elevou os números da doença”. A esquistossomose, frisou, ocorre provavelmente desde a época em que o Brasil foi colonizado, com a vinda dos escravos. “É o caso da Baixada de Jacarepaguá e de Santa Cruz, onde se construíram fazendas de açúcar e depois de gado”. O problema se agrava devido à falta de saneamento básico e aos canais contaminados que drenam o estado desde a época dos jesuítas.

O Alto da Boa Vista é exemplo típico de área antiga de contaminação. “Nas comunidades de Tijuca e Mata Machado encontramos o maior número de casos”, contou: 21 até hoje, sendo 63% do sexo masculino, 37% feminino e 65% de jovens do sexo masculino. “O Alto recebeu tratamento paisagístico, mas nenhum tratamento de esgoto”. Conhecido pelas cachoeiras, o bairro é muito procurado para banho, e o ciclo de transmissão da esquistossomose não acaba. “Temos ainda que ficar

atentos ao pouco que sobrou de área rural perto da Barra da Tijuca, que está acabando devido à construção de condomínios”.

Sergipe tem antigos focos e novos aspectos da doença. Segundo a palestrante Ângela Maria da Silva, professora da Universidade Federal do Sergipe, o estado (o menor da Federação) tem 75 municípios, e 55 deles são endêmicos, e seis bacias hidrográficas — a mais famosa é a do São Francisco, no norte. “As áreas endêmicas ficavam no centro dessas bacias, agora aparecem no Semiárido do São Francisco”, relatou. É o que aconteceu com Aracaju, antigo foco: “Na medida em que foi se urbanizando, empurrou os casos para o Semi-Árido”.

A mudança das áreas endêmicas é consequência, mais uma vez, da falta de saneamento básico que, segundo a professora, não corresponde à conexão de água da cidade de Aracaju. Em 1980, a cidade registrou taxa de prevalência da doença de 6,1% (410 casos) e, em 1994, 11,9% (557). “Isso se deve ao aumento da população, ao boom imobiliário e à construção de casas sem saneamento”. Em 2007, a cidade apresentou 707 casos positivos dos 19.463 exames, uma taxa de prevalência de 3,63%.

Os níveis elevados da doença se repetiram ainda na Região Metropolitana, que apresentou 808 casos positivos dos 6.015 exames (13,33%); Norte, 1.411 de 9.415 (14,98%); Centro, 3.199 de 26.610 (12,01%); e Sul, 2.256 de 17.549 (12,91%). “As regiões Norte e Sul, que tinham poucos casos, começam a nos preocupar, principalmente na Lagoa do Abais, área de turismo no sul do estado”, salientou. Nesse caso, o controle dos caramujos tem sido feito com o peixe tambaqui. “Ele não era um peixe da região, colocamos na lagoa e começou a comer os caramujos”, revelou. Em sua análise, o estado não tem política eficaz de controle. “A expansão da doença continua,

dessa ação, independentemente de posições políticas”.

O controle da esquistossomose no Brasil e na África foi o cerne do debate na manhã do dia 20, na mesa coordenada pelo médico Aluizio Prata. O médico **Ronaldo Santos do Amaral**, gerente de esquistossomose da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), analisou o Programa Nacional de Controle da Esquistossomose. O controle foi sistematizado apenas em 1975, “evitando o aparecimento da forma grave da doença”, e o programa, descentralizado em 1993. “Desde então, coube ao nível nacional a normatização, ao estadual, a coordenação e, ao municipal, a execução”.

Para ele, o programa permitiu avanços: entre 1991 e 2005, foram realizados 2,7 bilhões de exames de diagnóstico; a média de prevalência caiu de 23% em 1997 para 6% em 2005; a taxa de internação caiu de 2,5% a cada 100 mil habitantes para 0,4%, no mesmo período; e a taxa de mortalidade teve queda de 71%, de 0,7 para 0,2. “O objetivo é reduzir a prevalência e a mortalidade, prevenir a expansão da doença e eliminar a transmissão”, informou, e os objetivos devem ser estabelecidos conforme a localidade. Mas o país enfrenta uma dura realidade: 19 estados são afetados; 1.300 municípios são endêmicos; 25 milhões de pessoas vivem em área de risco; 6 milhões são afetadas pela doença; mais de 1.000 pessoas são internadas devido à esquistossomose; são 491 mortes por ano; e a idade com que as pessoas estão morrendo vem aumentando, de 42 para 55 anos.

Definir a área em que se contraiu a doença é muito difícil, pois muitos buscam o tratamento nas grandes capitais, fora da cidade de origem. “É o caso do Distrito Federal, onde a doença foi introduzida apenas em 1980: de 2003 a 2007 não houve nenhum caso, mas tivemos 16 óbitos”, exemplificou. No mesmo período, houve três mortes no Piauí, uma no Rio Grande do Sul, 10 em Goiás, nenhuma em Santa Catarina — onde a doença foi introduzida em 1975 —, 62 no Rio de Janeiro, quatro no Pará, 18 no Paraná, 21 no Ceará, 368 em São Paulo e 22 no Rio Grande do Norte. “Certamente, muitos óbitos de São Paulo foram importados”, acentuou. Os estados com as maiores taxas de prevalência são: Maranhão (30,821/100 mil habitantes); Espírito Santo (19,516); Paraíba (22,194); Minas Gerais (140,343);

Bahia (135,868); Pernambuco (55,747); Alagoas (105,996); e Sergipe (54,391).

Como reduzir a prevalência e a mortalidade e conter a expansão da doença? Na análise de Ronaldo, do ponto de vista tecnológico, aprimorar o diagnóstico, tornar o método sorológico mais simples, introduzir medicamentos mais eficazes, melhores moluscocidas e técnicas de geoprocessamento, além do desenvolvimento de vacinas — “apesar de ser essa uma meta mais distante”.

Do ponto de vista gerencial, melhorar a cobertura do programa, que nunca foi de 100%. “Minas, um dos estados mais endêmicos, é um exemplo: o programa começou na década de 90 e até hoje não tem cobertura integral”. É preciso reduzir o número de pessoas que, apesar de alcançadas pelo programa, se recusam a se tratar, aumentar a vigilância da neuropatologia, melhorar a qualidade das informações e a legislação do meio ambiente. “É possível fazer coleta e matar os hospedeiros sem danos ao meio ambiente”, afirmou.

Do ponto de vista político, ele defendeu reforço do compromisso das autoridades municipais, colocando a doença como prioridade, e envolvimento de outros setores no controle. “A esquistossomose sempre foi preterida e relegada, talvez porque atinja mais a população rural e pobre, sem poder de pressão”, reclamou. O controle é possível, mas sua eliminação não depende de diagnóstico e tratamento. “É preciso melhorar as condições de vida da população vulnerável, um trabalho que extrapola a área da saúde, é um esforço inter-setorial”.

Outro palestrante, o pesquisador e gestor **Lester Chitsulo**, do Departamento de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) da OMS, mostrou os avanços na África, apesar dos milhões atingidos pela esquistossomose na área subsaariana. “Os infectados são consequência do aumento da população, da falta de água tratada e de infraestrutura de saúde”, explicou. “Felizmente, há mais recursos garantidos pela comunidade internacional para o controle de doenças tropicais negligenciadas, como também mais histórias de sucesso em países como Congo, Madagascar, Maláui e Mali”.

Uma das iniciativas foi a doação da droga praziquantel — destinada à

esquistossomose — pelo setor privado aos países menos desenvolvidos e altamente endêmicos. “Estamos também oferecendo assistência técnica”, relatou. Chitsulo defendeu mais financiamento para pesquisa, especialmente a básica. “Precisamos de melhores ferramentas e estratégias para controlar a esquistossomose e outras DTNs”.

Outro fator influencia na expansão da doença: o turismo, como atestou o último palestrante, o doutor em Ciências da Saúde **Martin Johannes Enk**, do Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR, unidade da Fiocruz em Minas). Há quatro anos, ele se dedica ao tema, dividindo o turismo em três categorias: urbano, em que a infecção pelo *S. mansoni* ainda é pequena; de sol e banho, de risco também pequeno; e o rural, com risco alto, no qual é cada vez maior a entrada de pessoas que nunca tiveram contato com a esquistossomose, ou seja, provenientes de regiões não-endêmicas ou moradores de lugares salubres. “São pessoas de classe média e alta, com boa qualidade de vida”.

Por exemplo, jovens de classe média que se infectaram em piscina de água natural numa pousada em Minas no Carnaval. “Como eles contraíram a esquistossomose aguda, que tem sintomas variados, e o sistema de saúde de sua região de origem não estava devidamente preparado, alguns foram diagnosticados e tratados erradamente”, citou. Hoje, a pousada não oferece mais risco, depois da intervenção do CPqRR.

DO RISCO À BELEZA

Em áreas endêmicas e de crescimento do turismo em Minas, local de concentração de sua pesquisa, como a região da Estrada Real, Martin propôs a criação de “mapas de prioridade de intervenção”, com participação de ministérios, serviços de saúde, academia e proprietários de hotéis, resorts e pousadas, como também dos próprios turistas. “Nosso objetivo é transformar as áreas de risco em áreas bonitas de visitar”, explicou ao mostrar fotografia de cachoeira da região rural mineira que trazia placa com a inscrição “não frequentar essa área com risco de contrair a esquistossomose”.

O simpósio destacou, além de muitas pesquisas clínicas, a quimioterapia preventiva como forma de controle das DTNs, especialmente esquistossomose. A mesa que tratou do tema, na tarde do dia 21, trouxe





Guo (à esquerda) e Amadou: educação e saneamento na China, tratamento em massa em Níger

experiências da África e da China. Substituindo dois palestrantes — um de Uganda que contraiu malária e outro da Nigéria que não conseguiu visto —, o coordenador da mesa, Lester Chitsulo, fez rápida apresentação, reafirmando o compromisso da OMS no controle das DTNs. “Há um novo ímpeto para controlar essas doenças, segundo o item seis dos Objetivos do Milênio”, afirmou.

Além de tuberculose, HIV e malária, as DTNs têm duas linhas de pesquisa para o estabelecimento de medidas de intervenção, dividiu o coordenador: a primeira inclui leishmaniose, doença de Chagas e cólera que, segundo ele, não contam com ferramentas de controle suficientes; a segunda, filariose, esquistossomose e tracoma. “Para o segundo grupo de doenças já temos intervenções de rápido impacto, com tratamento preventivo, vacinação, tratamento doméstico e reforço

com vitamina A”. A principal ação é a quimioterapia preventiva, numa combinação de três medicamentos, com efeitos colaterais aceitáveis, que tem como alvo crianças em idade pré-escolar e escolar e grupos de alto risco, como os pescadores. “Na ausência de um sistema de saúde, o tratamento é oferecido diretamente em escolas e casas”, explicou.

Amadou Garba, coordenador do Programa de Controle das DTNs em Níger, no oeste africano, disse que em seu país a principal ação é a quimioterapia preventiva e o uso do praziquatel. “Parte desses medicamentos é financiada por doadores estrangeiros e outra parte pelo governo”, informou. “O objetivo é reduzir o número de casos, com diagnóstico da comunidade, tratamento e controle dos vetores”. Há oito mil pessoas treinadas para esta ação, entre profissionais de saúde e profes-

res, que seguem as estratégias da OMS. O alcance foi, para algumas doenças, de quase 100%: tracoma, 91,5%; filariose, 91,6%; esquistossomose, 89,7%. “Neste caso, o uso de drogas em massa reduziu o número de infectados com o tipo agudo da doença de 25% para 5% em um ano”, destacou.

O objetivo do programa de Níger é oferecer tratamento a todo o país até 2009, contemplando 10,2 milhões de habitantes. “Um dia o apoio estrangeiro acabará e o governo terá que ampliar sua participação, caso contrário o programa deixa de existir”, frisou. “Em Níger, 100% das crianças de 7 a 14 anos urinavam sangue; são problemas que exigem tratamento urgente”, acentuou o coordenador da mesa.

A meta é tratar primeiramente as pessoas em risco de morbidade, exceto as mulheres grávidas: “É igual no Brasil com a vacinação: todas as crianças têm que ser vacinadas, pois se há 100 crianças com esquistossomose e uma sem tratamento, a transmissão continua”. Por isso, o segundo objetivo do programa proposto pela OMS é proteger a comunidade com o tratamento em massa. “Para proteger a comunidade é preciso tratar o máximo possível”. A OMS visa levar tratamento a 75% das crianças em idade escolar e ao grupo de risco até 2010. “Acho que não conseguiremos, mas já atingimos 30% do caminho”.

DESAFIOS NA CHINA

O palestrante Guo Jiagang, do Departamento de Esquistossomose chinês, falou a seguir. “Até os anos 80, o objetivo na China era o controle do caramujo transmissor, mas dos anos 80 a 2000 deu-se prioridade à quimioterapia, conforme orientação da OMS”, informou. Hoje, a nova estratégia inclui a identificação das fontes de infecção, a educação e o saneamento básico. A dificuldade, porém, é controlar os focos ao redor de rios e lagos. “Não conseguimos controlar o nível de água nas estações de inundação, e a taxa de reinfeção é muito alta”.

Em pesquisa do departamento, foram identificadas em 10 anos as seguintes fontes de infecção: gado e búfalo (60%); porcos, cavalos, cabras, ovelhas e burros (25%); população móvel, como pescadores e vaqueiros (6%); e animais selvagens (9%). “Os búfalos são muito usados como veículos de cargas”, contou Guo. Como estratégia de controle, desde 2003 o governo chinês tenta trocá-los por tratores nas vilas e criar melhores condições sanitárias. “Após três anos, fizemos análise prévia dessas estratégias e percebemos que caiu a prevalência da

O que é a esquistossomose

A doença é causada pelo *Schistosoma mansoni*, parasita que tem no homem seu hospedeiro definitivo, mas que necessita de caramujos de água doce como hospedeiros intermediários para desenvolver seu ciclo evolutivo. Esses moluscos pertencem principalmente ao gênero *Biomphalaria*, família dos Planorbídeos, e vivem em valas, canais de irrigação, tanques, represas, água estagnada com vegetação, margens de rios e lagoas, evitando as correntezas. Originária da África e trazida ao Brasil pelo tráfico de escravos africanos, a doença espalhou-se principalmente pelas regiões sem saneamento.

A doença tem uma fase aguda e outra crônica. Na aguda, pode apresentar manifestações clínicas como

coceira e dermatite, febre, inapetência, tosse, diarreia, enjôo, vômito e emagrecimento. Na fase crônica, geralmente assintomática, a diarreia pode alternar-se com períodos de obstipação (prisão de ventre). A doença pode evoluir para quadro mais grave com aumento do fígado (hepatomegalia) e cirrose, aumento do baço (esplenomegalia), hemorragias provocadas por rompimento de veias do esôfago e ascite ou barriga d’água, quando o abdômen fica dilatado e proeminente porque escapa plasma do sangue.

Os estados em que a esquistossomose se apresenta com maior frequência: Bahia, Minas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Alagoas, Sergipe, Espírito Santo e Maranhão.



Virginia, Tereza, Coura e Carlos Henrique: foco no saneamento, no tratamento e na educação

doença, como também a quantidade de caramujos infectados”, informou. Além disso, um moluscocida tem sido aplicado em áreas de grande risco para matar os caramujos.

Saneamento, tratamento e educação. Essas foram as estratégias apontadas para o controle da esquistossomose em mesa-redonda da tarde do dia 22, coordenada por Tereza Cristina Favre, especialista em parasitoses do IOC/Fiocruz. Na análise do engenheiro Carlos Henrique de Melo, mestre em Saúde Pública e representante da Funasa em Minas, além de interagir com a Estratégia Saúde da Família (ESF) é preciso interagir melhor com o programa de saneamento. A Lei de Saneamento Básico (11.445/2007) é importante instrumento de controle da esquistossomose. “Ela define saneamento básico como um conjunto de quatro ações: esgotamento sanitário, abastecimento de água, drenagem e pavimentação”, explicou.

Apesar de sancionada, a lei não foi regulamentada. “Levou 20 anos para ser aprovada porque houve embate político, institucional e corporativo sobre se o abastecimento de água e esgoto deveria ser público ou privado”, avaliou. “Agora o embate é se a gestão é estadual ou municipal”. O abastecimento de água hoje é de responsabilidade em 80% dos estados e 20%, dos municípios. No caso do esgotamento, a relação se inverte: 20% dos estados, 80% dos municípios. “Para o poder público, é uma grande dificuldade o monitoramento dos serviços”.

Há uma falsa sensação de proteção sanitária, afirmou. Estudos mostram que o saneamento é mais importante para combater doenças parasitárias, como a esquistossomose, do que o aumento de renda das famílias. O SUS já é um dos principais financiadores das ações de saneamento no país, afirmou. “Prevê-se que R\$ 4 bilhões serão gastos de 2007 a 2010 em saneamento”. Para ele, o controle da esquistossomose pode funcionar melhor se incorporar

ações de saneamento e atividades estruturadas, como a ESF.

Para o segundo palestrante da mesa, o médico e pesquisador do IOC/Fiocruz José Rodrigues Coura, tratamento específico é essencial no controle. “Deve ser associado a saneamento básico, distribuição de água potável, educação da população e uso de tratamento em pontos isolados”. Coura citou o Nordeste como exemplo: com tratamento em massa, as taxas de prevalência de esquistossomose caíram de 23% para 11,5% entre 1977 e 1979; manteve-se em 12% entre 1980 e 1989; baixou para 9,2% entre 1990 e 2002.


Em 1995, o pesquisador já havia apresentado proposta para o controle da esquistossomose no Brasil: em curto e médio prazo (por volta de 10 anos), tratamento em massa da população, vigilância epidemiológica, educação sanitária, saneamento e suplemento de água; em longo prazo (em torno de 30 anos), saneamento básico, suplemento de água potável, educação em saúde continuada, vigilância e tratamento de caso a caso.

ESCOLA, UM INDICADOR

Além de saneamento e tratamento, educação é essencial no

controle da doença segundo a psicóloga Virgínia Torres Schall, doutora em Educação do CPqRR/Fiocruz, que em 1985 fez pesquisa com estudantes no Alto da Boa Vista, no Rio, e constatou que 16 famílias dos investigados eram positivas para esquistossomose. “A escola poderia ser um indicador de que a região estava infectada pela doença”, salientou. Foram coletados na área em torno de 2.400 moluscos. Foi pela escola que se identificou o local de contaminação: “As pessoas se infectavam por um rio que servia de passagem obrigatória para os estudantes e seus parentes”.

Por esse motivo, em 1987 desenvolveu-se trabalho educativo com professores, alunos e famílias, visando o controle da doença pelo cuidado. Requisitos básicos nesse trabalho: desenvolvimento de metodologia com participação de professores, alunos e comunidades em risco; renovação anual dessa metodologia — “porque os alunos vão se renovando”; e compromisso da direção da escola, prefeitos, secretários, assim como de pesquisadores, líderes comunitários e população em geral. E é preciso ainda estar atento às informações disponíveis. “Identificamos dois livros didáticos do Ensino Fundamental, publicados recentemente, com informações erradas sobre o ciclo da esquistossomose: *Ciências: Os seres vivos* (Editora Ática, 2005) e *Coleção Novo Pensar: Ciências – 5ª série* (FTD, 2008)”, citou.

Para Mitermayer Galvão, essa mesa foi a síntese do que falta para o controle da esquistossomose: “Os controles que tiveram sucesso no mundo priorizaram saneamento, tratamento, identificação de novos focos e atividades de educação e informação”. 



Radis adverte

A programação do Canal Saúde está agora na NBR! (você pode assistir pela parabólica ou pela TV a cabo Net)

Dúvidas?
(0800) 701-8122
www.canalsaude.fiocruz.br

SERVIÇO

EVENTO

45º CONGRESSO DA SOCIEDADE
BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL

Já estão abertas as inscrições para o evento, que tem como tema "Perspectivas no controle das grandes epidemias no centenário de descoberta da doença de Chagas". A 45ª edição do congresso destina-se a profissionais, pesquisadores e professores que atuam na grande área da saúde pública, entre médicos, biólogos, farmacêuticos, veterinários, geógrafos, historiadores, técnicos da saúde pública e gestores de programas de saúde. Serão aceitos até quatro resumos de trabalho por inscrição, com prazo final de submissão em 15 de dezembro. Não serão aceitos trabalhos enviados por correio ou e-mail, apenas pelo site www.medtrop2009.com.br/.

Data 8 a 12 de março de 2009

Local Centro de Convenções de Pernambuco, Recife, PE

Mais informações

Tel. (81) 3463-0206/3463-0729/9952-0367

Fax (81) 3327-3068

Site www.medtrop2009.com.br

PUBLICAÇÕES

POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL

Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca, de Paulo Capel Narvai e Paulo Frazão, faz parte da coleção *Temas em Saúde* da Editora Fiocruz. O livro trata do contexto do sistema e das políticas de saúde bucal no Brasil. Nele, os autores reuniram e analisaram documentos de várias origens e finalidades e declarações relativas aos processos que levaram à criação de uma política nacional de saúde bucal.



SAÚDE E DROGAS

Valores familiares e uso abusivo de drogas, de Miriam Schenker, faz parte da coleção *Criança, Mulher e Saúde*, da Editora Fiocruz. O livro trata do uso de drogas e as relações familiares. A autora, que trabalhou durante quase duas décadas no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas da Uerj como terapeuta de famílias, faz uso de três eixos norteadores: valores familiares, conflito entre gerações e processo educativo. Ela parte de um pressuposto central: "Os valores vivenciados na dinâmica interna dessas famílias influenciam o desenvolvimento da drogadição em alguns de seus membros".



HIV/AIDS

RSP, Revista de Saúde Pública, volume 42, suplemento 1, de junho de 2008 (FSP/USP) é uma edição especial sobre comportamento sexual e percepções sobre HIV/aids no Brasil entre 1998 e 2005. São 12 artigos originais de autores diversos que tratam desde comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, passando por uso de preservativo, percepção de risco da população brasileira, estigma e discriminação, sinais e sintomas e uso de álcool e drogas, substâncias psicoativas e violência sexual por parceiro íntimo.



DESAFIOS DA EDUCAÇÃO

Trabalho, Educação e Saúde, volume 6, número 2, publicada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), focaliza os desafios da implantação de um sistema nacional de educação, a gênese e o dilema do uso da denominação



"educação de qualidade". A publicação aborda ainda o caso da "universidade corporativa" da Vale, faz balanço de um projeto pedagógico sobre educação profissional em saúde realizado em Mato Grosso e apresenta relato sobre iniciação politécnica em saúde. A versão online da revista está também disponível no site da escola (www.revista.epsjv.fiocruz.br)

REDES DE COLABORAÇÃO

Além das redes de colaboração: internet, diversidade cultural e tecnologias do poder, lançado em agosto pela Editora da Universidade Federal da Bahia e organizado pelos professores Sérgio Amadeu da Silveira (Cáspes Libero-SP) e Nelson Pretto (Faculdade de Educação da Ufba), é resultado de seminários promovidos no segundo semestre de 2007 pela Casa de Cinema de Porto Alegre e a Associação Software Livre, como parte do Programa Cultura e Pensamento do Ministério da Cultura. Os textos avaliam as tecnologias da informação e da comunicação nascidas da matriz do pensamento único, que esconde suas determinações histórico-sociais sob o discurso da racionalidade neutra. Os autores confrontam essa doutrina com as visões que pedem mais transparência nesses processos e a politização do debate sobre as relações históricas entre ciência, capital e poder.

O livro pode ser baixado da internet (<http://rn.softwarelivre.org/alem-das-redes/wp-content/uploads/2008/08/livroalem-das-redes.pdf>)



ENDEREÇOS

FSP/USP

Av. Doutor Arnaldo, 715, São Paulo, SP CEP 01246-904

Tel. (11) 3068-0539 / 3061-7135

E-mail revsp@usp.br

Site www.fsp.usp.br/rsp;
www.scielo.br/rsp

Edufba

Tel. (71) 3283-6164

Fax (71) 3263-6160

E-mail edufba@ufba.br



PÓS-TUDO

LEI AROUCA

Importante contribuição do Legislativo à área de C&T

Renato Sérgio Balão Cordeiro*

Após 13 anos na Câmara dos Deputados e rápida tramitação de três meses nas comissões de Constituição e Justiça, Educação e Ciência, Tecnologia e Inovação, o plenário do Senado acaba de aprovar o Projeto de Lei da Câmara nº 93/08 (nº 1.153/95, na Câmara), do falecido deputado federal e ex-presidente da Fiocruz Sergio Arouca.

O projeto estabelece critérios para criação e uso de animais em atividades de ensino e pesquisa científica no Brasil. Uma brilhante contribuição do parlamento brasileiro ao futuro da ciência, tecnologia e inovação e seus benefícios para a saúde humana.

É realmente surpreendente que uma nação que está formando 10 mil doutores por ano, que chegou à 15ª colocação no ranking internacional de publicações científicas indexadas, com grupos de pesquisa de alta excelência nas áreas de vacinas, células-tronco, doenças infecto-parasitárias, câncer, processos inflamatórios, produtos naturais, medicamentos, doenças cardiovasculares, diabetes, neurociências, entre outras, ainda não tivesse uma legislação federal que regulamentasse a investigação com animais de laboratório.

As primeiras iniciativas para regulamentar a pesquisa com animais de laboratório no Brasil surgiram no governo provisório de Getúlio Vargas, em julho de 1934, com o Decreto nº 24.645, e em 1941, também em outro governo Vargas, o Estado Novo, quando foi publicado o Decreto-Lei 3.688, que tratava das leis de contravenções penais.

Quase quatro décadas depois, em 8 de maio de 1979, foi publicada a Lei

6.638, que estabelecia “normas para a prática didático-científica da vivissecção de animais”, que não teve eficácia prática, pois não foi regulamentada pelo Executivo após aprovação pelo Congresso, caindo no esquecimento.

O Projeto Arouca, encaminhado à sanção** do presidente da República, terá repercussões importantes nas esferas municipal e estadual, pois impedirá de forma definitiva que equivocados projetos de lei de vereadores e deputados estaduais causem graves prejuízos à pesquisa científica com



CCS/FIOCRUZ

animais de laboratório e saúde humana em importantes instituições de pesquisa e universidades de cidades brasileiras, como Rio de Janeiro, Florianópolis e São Paulo.

Uma das peças fundamentais do projeto é a criação do Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (Concea), ligado ao Ministério da Ciência e Tecnologia, que terá como competências “expedir e fazer cumprir normas relativas à utilização humanitária de animais com finalidade de ensino e pesquisa científica”; credenciar instituições brasileiras para criação ou utilização de animais em ensino e pesquisa científica; monitorar e avaliar a introdução de técnicas alternativas que substituam o uso de animais em ensino e pesquisa.

E não só isso, pois o Concea terá que estabelecer normas para uso e cuidados com animais para ensino e pesquisa em consonância com as convenções internacionais das quais o Brasil seja signatário; criar normas técnicas para instalação e funcionamento de centros de criação, biotérios e laboratórios de experimentação animal, bem como sobre as condições de trabalho de tais

instalações. Outra de suas funções será a de estabelecer e rever, periodicamente, normas para credenciamento de instituições que criem ou usem animais para ensino e pesquisa.

Importante lembrar o caráter essencialmente democrático do conselho, que terá representantes de sociedades protetoras de animais legalmente constituídas no Brasil e de sociedades e instituições científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, a Federação de Sociedades de Biologia Experimental, a Academia Brasileira de Ciências, o Cobeia, o CNPq, os ministérios da Ciência e Tecnologia, Saúde, Educação, Meio Ambiente, Agricultura e o Conselho de Reitores.

Para que as instituições sejam credenciadas pelo Concea e possam desenvolver atividades de ensino e pesquisa, deverão criar Comissões de Ética no Uso de Animais (CEUAs, *celula mater* do sistema, já existentes na maior parte das instituições brasileiras), compostas por veterinários, biólogos, docentes, pesquisadores e representante de sociedade protetora de animais.

Vivemos nova etapa para a sociedade e para a educação, ciência e tecnologia e inovação em nosso país, em que é fundamental que radicalismos irracionais sejam afastados e que as ONGs protetoras de animais, sérias e consequentes, atuem como parceiras de instituições de pesquisa e universidades brasileiras, ajudando a construir o processo e contribuindo para o bom funcionamento das comissões de ética, no sentido de garantir a saúde da população e de nossos animais. ■

* Pesquisador da Fiocruz, titular da Academia Brasileira de Ciências; texto publicado no JC e-mail de 19/9/08.

** A lei foi sancionada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 8/10.

Brasil Saudável

Novo Canal

A programação **completa** do Canal Saúde está agora na NBR

Todos os dias, de segunda a sexta,
das 13:00h às 14:00h

Novo Horário

Novo Programa

Ciência & Letras

Os programas que você já conhece com
nova apresentação

Novo Formato

Participe também do programa SALA DE CONVIDADOS, TODA TERÇA, AO VIVO

Confira aqui a programação:

| Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta |
|------------------------|--------------------|---------------------|--------------|------------------------|
| Canal Saúde | Sala de Convidados | Bate-Papo | Bate-Papo | Ciência & Letras |
| Ligado em Saúde | | Ligado em Saúde | | Ligado em Saúde |
| É com você, Cidadão | | Comunidade em Cena | Canal Aberto | É com você, Cidadão |
| Canal Saúde na Estrada | | É com você, Cidadão | Cine Saúde | Canal Saúde na Estrada |

A NBR pode ser assistida por antena parabólica e TV a cabo NET.
Dúvidas, fale conosco: 0800-701-8122 (ligação gratuita)



Ministério da Saúde

FIUCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Canal Saúde