SAÚDE no SUL

Rio de Janeiro, Setembro de 2017 · Nº 10

ISAGS UNASUR
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

PRODUÇÃO DE ANTIVENENOS:
EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS DE BRASIL E COLÔMBIA

INTERFERÊNCIA DA INDÚSTRIA DE ALIMENTOS NA SAÚDE COLETIVA?

Entrevista: BERNARD PÉCOUL
DIRETOR EXECUTIVO DA INICIATIVA MEDICAMENTOS PARA DOENÇAS NEGLIGENCIADAS (DNDI)

BARREIRAS ATÉ QUANDO?

INSTITUCIONAL

ISAGS-UNASUL
Diretora Executiva: **Carina Vance**
Chefa de Administração e Recursos Humanos: **Gabriela Jaramillo**
Coordenadora de Relações Internacionais: **Luana Bermudez**

GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO
Coordenadora: **Flávia Bueno**
Editor-Chefe: **Manoel Giffoni**
Reportagem: **Carina Vance, Carla Magda Allan Santos, Flávia Bueno, Francisco Armada, Manoel Giffoni, Mario Camelo, Martha Lucía Ospina, Néstor Fernando Mondragón, Ricardo Gadelha de Abreu**
Colaboradores: **Angela Acosta, Caroline Ignácio, Eduardo Hage**
Equipe: **Carlos de Lima**
Contato: **comunicacao@isags-unasur.org**
Telefone: **+55 21 2505 4400**

Esse é o informe do **Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS)**, o centro de pensamento estratégico na área de saúde da **União das Nações Sul-Americanas (UNASUL)** que visa contribuir para a melhoria da qualidade do governo em saúde na América do Sul por meio da formação de lideranças, gestão do conhecimento e apoio técnico aos sistemas de saúde.

ISAGS UNASUR
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

Crédito: INS Colômbia

PRODUÇÃO DE ANTIVENENOS:

EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS DE BRASIL E COLÔMBIA

Apesar de não ser um tema amplamente debatido na agenda global da Saúde Pública, os acidentes ofídicos têm um grande impacto em âmbito mundial. Tanto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu novamente estes acidentes na lista das 20 principais doenças tropicais negligenciadas, com o objetivo de desenvolver uma estratégia global de intervenção. As mortes produzidas pelos envenenamentos deste tipo são facilmente preveníveis, desde que estejam disponíveis os antivenenos específicos; no entanto, aí está o problema. Apesar dos avanços em conformidade às atuais exigências de regulação e qualidade, o setor produtivo de soros tem sofrido transformações rápidas e profundas e o nível de produção ainda não é capaz de atender a toda a demanda, tanto de Brasil, como de Colômbia e de muitos outros países da América do Sul, exigindo uma reorganização do processo de distribuição e uso dos soros, para garantir o abastecimento.

Dadas estas condições, se torna evidente a necessidade de fortalecer a produção de antivenenos por meio de alianças estratégicas que permitam desenvolver medicamentos com alto poder neutralizante para poder atender às necessidades da região.

No Brasil, por exemplo, os acidentes com animais peçonhentos e, em particular, os acidentes ofídicos, foram incluídos na Lista de Notificação Obrigatória do "Sistema de Informação de Agravos de Notificação" (SINAN) desde 2010, sendo estes alguns dos eventos mais reportados ao Sistema. A partir da análise desses dados, a vigilância epidemiológica é capaz de identificar o quantitativo de soros antivenenos a serem distribuídos às Unidades Federativas, além de determinar pontos estratégicos de vigilância, estruturar as unidades de atenção aos acidentados e elaborar estratégias de controle.

Nos últimos cinco anos (de 2012 a 2016), a taxa de incidência de acidentes por animais peçonhentos variou no país de 73 a 80 por cem mil habitantes, assim como a taxa de mortalidade: de 0,13 a 0,15 por cem mil habitantes.

NO ANO DE 2016, FORAM REGISTRADOS CERCA DE 173.165 ACIDENTES

- Escorpião: **53%**
- Aranha: **17%**
- Serpente: **15%**
- Abelha: **7%**
- Lagarta: **2%**
- Outros: **6%**

311 MUERTES

- Escorpião: **41%**
- Aranha: **36%**
- Serpente:**10%**
- Abelha: **8%**
- Lagarta: **1%**
- Outros: **3%**

Atualmente, o Brasil é autossuficiente na produção de soros antivenenos e conta com três laboratórios públicos: Fundação Ezequiel Dias, em Minas Gerais; Instituto Butantan, em São Paulo; e Instituto Vital Brazil, no Rio de Janeiro. Em 2016, foram adquiridos cerca de 480 mil frascos dos soros para diversos tipos de acidentes com o intuito de atender às necessidades das 27 Unidades Federativas do país.

A política de sustentabilidade do Programa Nacional de Imunização (PNI) do Brasil está pautada no fortalecimento do complexo industrial da saúde, cujos principais insumos estratégicos são produzidos por laboratórios públicos, para garantir a autossuficiência da produção nacional na manutenção de altas coberturas vacinais e acesso aos insumos, como os soros, em todos os municípios

brasileiros. Essa estratégia tem como objetivo evitar o desabastecimento de produtos e o condicionamento à lei de mercado. Para isso, foram adotados dois principais mecanismos para o estímulo da produção nacional: o incentivo ao desenvolvimento interno de produtos e a busca de alianças com os laboratórios privados, visando a transferência de tecnologia aos laboratórios públicos. Esta ação permitiu que, em anos anteriores, os principais insumos estratégicos fossem produzidos por laboratórios públicos, que, por exigência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), têm adequado sua infraestrutura às Boas Práticas de Manufatura, garantindo ainda mais a qualidade dos produtos utilizados na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Já na Colômbia, desde 2004, se reconhece o acidente ofídico como um evento de interesse em Saúde Pública, portanto, os profissionais da saúde têm a obrigação de reportar os casos ao Sistema de Vigilância Epidemiológica (Sivigila), ação que permitiu obter informação anual para o acompanhamento do comportamento do evento e para a tomada de decisões na forma de abordar a prevenção e o controle. Durante o ano de 2016 foram reportados 4.704 acidentes com serpentes, com uma incidência nacional de 9.6 casos por cada 100 mil habitantes. 34 casos terminaram em morte e representam um índice de mortalidade de 0,6 por 1 milhão de habitantes. Em 2016 a notificação aumentou em relação aos anos anteriores, apresentado um crescimento de 69,7% na taxa de incidência, se comparada a 2008. Com respeito aos acidentes causados por outros animais peçonhentos como escorpiões, aranhas e lagartas não existem dados gerais, pois o reporte ao sistema de vigilância não é obrigatório. No entanto, nos últimos anos a sua importância tem crescido, já que foram registradas mortes associadas a este tipo de evento.

Da mesma forma, para o país, estes acidentes têm sido de grande importância e é por isso que, entre os objetivos principais do Instituto Nacional de Saúde (INS) se encontra a produção de bens e prestação de serviços de interesse em Saúde Pública, o que permite que há mais de 50 anos o Instituto destine parte de seus recursos, tanto humanos como econômicos, à garantia da produção do soro antiofídico polivalente de alta qualidade, com excelente capacidade neutralizante e com um custo de produção eficiente para dar cobertura aos acidentes.

Levando em conta que este tipo de evento é prioridade para o Estado colombiano, recentemente o INS investiu recursos significativos para a adequação e melhorias físicas da planta de produção de soros hiperimunes com o objetivo de melhorar a qualidade do produto e cumprir com as Boas Práticas de Manufatura. Isso permitiu otimizar a produção de antivenenos e melhorar a eficiência do processo farmacêutico de tal maneira que, atualmente, o INS tem a capacidade de produzir até 60 mil frascos de soro antiofídico polivalente por ano e desenvolver o antiveneno micrúrico de tal maneira que o país também conte com esse medicamento específico para dar atenção oportuna aos acidentes causados por serpentes corais.

DESAFIOS

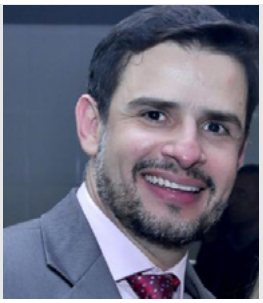
Os dois países vêm buscando uma melhoria da gestão do uso dos soros nas unidades de saúde, mas os desafios ainda são grandes;

- A gestão eficaz do registro de produção e uso de soros com fins de evitar o desperdício e garantir o acesso à população no momento oportuno.
- A melhoria das notificações aos sistemas de vigilância para que se adotem medidas adequadas, evitando a ocorrência de mortes;
- O desabastecimento dos soros em diversos países da região, como o antilonômico para atender os acidentes causados por lagartas venenosas, e o antiescorpiônico, causando mortes especialmente de crianças;
- A diversidade biológica dos países faz com que as espécies envolvidas em acidentes escorpiônicos e lonômicos sejam diferentes das espécies de países em que já se produzem esses antídotos, como Brasil e México, gerando assim insuficiência de produção que atenda a todas as necessidades regionais.

Para superar estes desafios, os países da região estão estruturando convênios por meio de cooperação internacional tal como fez Colômbia com os governos do Equador e do Peru para realizar intercâmbio tecnológico e utilizar sua capacidade de produção afim de garantir a disponibilidade dos soros antiofídicos nos países irmãos, e assim, ir consolidando uma resposta de tipo regional para oferecer a atenção oportuna a este evento de tanta importância em Saúde Pública.

É crucial a formação de alianças estratégicas que respondam a estes desafios. Surge, assim, a oportunidade para que Colômbia e Brasil unam esforços e compartilhem suas fortalezas para liderar em âmbito regional a provisão destes medicamentos de vital importância em Saúde Pública.

Carla Magda Allan Santos Domingues,
Coordenadora geral do Programa Nacional de Imunizações do Brasil



Ricardo Gadelha de Abreu,
Gerente técnico de Gestão de Insumos do Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde do Brasil

Martha Lucía Ospina,
Dretora geral do Instituto Nacional de Saúde da Colômbia

Néstor Fernando Mondragón,
Diretor de produção do Instituto Nacional de Saúde da Colômbia

PALAVRAS DO ESPECIALISTA

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

por Piedad Huerta Arneros, MSP - Assessora Principal, Escritório de Corpos Diretivos, Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde

Para entender a importância da Conferência Sanitária Pan-Americana, é necessário conhecer seu contexto histórico. A primeira Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas americanas aconteceu em 2 de dezembro de 1902, em Washington, capital dos Estados Unidos, como resultado de uma resolução adotada pela Conferência Internacional dos Estados Americanos, organizada pela União Internacional das Repúblicas Americanas (organismo que antecedeu a Organização dos Estados Americanos [OEA]) entre fins de 1901 e princípios de 1902. Nesta resolução, os governos ali representados se comprometeram a cooperar com os demais para garantir e manter condições sanitárias modernas e eficientes em todos seus portos e territórios. Além disso, concordaram em convocar a Primeira Convenção Sanitária Internacional – para chegar a acordos e regulações sanitárias que atendessem aos interesses das repúblicas representadas – e também em escolher um Escritório Sanitário Internacional, cujo centro permanente deveria ser estabelecido naquela mesma cidade, com o objetivo de prestar serviços efetivos para as nações presentes na convenção. Assim, durante a primeira reunião, celebrada naquele 2 de dezembro, se materializou o estabelecimento do Escritório, hoje conhecido como Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Durante 115 anos, os ministros e ministras da Saúde e outros delegados das repúblicas americanas e seus territórios têm se reunido periodicamente para discutir temas relevantes em matéria de saúde pública em âmbito regional, para alcançar acordos, por meio de resoluções e decisões; e adotar políticas, estratégias e planos de ação que servem de marco de trabalho para a melhoria da saúde dos povos das Américas.

Com o estabelecimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, em 24 de maio do ano seguinte, a OPAS e a OMS assinaram um acordo no qual ficou estabelecido que o Escritório Sanitário Pan-Americano serviria como o Escritório Regional da OMS nas Américas. Além disso, seus órgãos máximos de governança, a Conferência Sanitária Pan-Americana e o Conselho Diretivo, atuariam como Comitê Regional da OMS para a região. Desde então, cada reunião desses órgãos assumem o papel de sessões do Comitê Regional da OMS. Naquela época, embora a OPAS já figurasse como o organismo especializado em saúde para a OEA, foi decidido formalizar a relação por meio da assinatura de um acordo entre as Organizações, no dia 23 de maio de 1950.

O órgão máximo de governança da OPAS é a Conferência Sanitária Pan-Americana, que se reúne a cada cinco anos, seguida do Conselho Diretivo cujas reuniões são celebradas anualmente, com exceção do ano em que se reúne a Conferência. A Organização também conta com um Comitê Executivo e, além disso, o Escritório Sanitário Pan-Americano, que faz as vezes de secretariado da Organização, é também reconhecido como um organismo da OPAS.

A Conferência tem um mandato muito importante de eleger o diretor ou diretora do Escritório Sanitário Pan-Americano, que é uma responsabilidade exclusiva desse órgão. O nome da pessoa eleita como diretor ou diretora é apresentado diante do Conselho Executivo da OMS para que ela seja nomeada para a direção regional da OMS nas Américas. Também é diante da Conferência que se apresenta o relatório "Saúde nas Américas", uma publicação emblemática que compila informação sobre as condições e tendências de saúde prevalentes nos países e territórios da região, como resultado de uma resolução (CD7.R23), adotada pelo Sétimo Conselho Diretivo, em 1953.

Durante a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, haverá a eleição da diretoria da OPAS para o próximo período de 5 anos (de fevereiro de 2018 a janeiro de 2023). Considerando que o Regulamento para o pleito contempla a possibilidade de que um diretor possa se reeleger por um período adicional, Dominica apresentou a candidatura da Dra. Carissa Etienne, atual diretora, sendo ela a única candidata no processo de eleição atual.

Adicionalmente, a Conferência revisará cerca de 40 temas, que vão desde a adoção de resoluções sobre importantes temas técnicos, até a revisão de informes de progresso sobre resoluções aprovadas em anos anteriores, além de outros temas administrativos e regulamentares. Espera-se que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprove em torno de 15 resoluções este ano.

A 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) se realizará entre os dias 25 e 29 de setembro de 2017 em Washington, Estados Unidos, ao mesmo tempo que a 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

INTERFERÊNCIA DA INDÚSTRIA DE ALIMENTOS NA SAÚDE COLETIVA?

Um dos desafios da Saúde Pública é a constante interferência da indústria na formulação de suas políticas e nas consequências que isso gera. O poder que as indústrias têm pode levar a inúmeros problemas de saúde que impactam nos sistemas, como o caso da obesidade, da hipertensão e da diabetes, muito influenciadas pela alimentação, por exemplo. Para dar conta desse problema, países da América do Sul como Bolívia, Chile, Equador, Peru e Uruguai implementaram ou estão próximos de implementar uma intervenção inovadora como parte de uma estratégia integral: o etiquetado de alimentos.

No último mês de agosto, o Governo do Chile, com a participação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) organizou a conferência "Em direção a um Mundo mais Saudável: Promovendo Alianças para a Regulação de Entornos Alimentares" para tratar o assunto com uma abordagem intersetorial. Um dos desafios discutidos foi a necessidade de lidar com a interferência da indústria de alimentos nestes processos de políticas de promoção da alimentação saudável, cujos mecanismos têm sido extensamente estudados, por exemplo, no caso do controle do tabaco.

As novas iniciativas de etiquetado incluem advertências muito mais claras e fáceis de entender no momento da escolha de um produto, inclusive pelas crianças, que costumam ser grandes influenciadores na seleção dos alimentos. Elas utilizam distintos modelos de alerta ao público sobre o alto conteúdo de gorduras, açúcar, calorias ou sal. O Equador, por exemplo, implementou advertências que se vinculam com a referência comum de um semáforo, enquanto o Chile optou por símbolos em branco e preto que também lembram sinais de trânsito. Os modelos, o tamanho, as mensagens, sua localização, e tantos outros detalhes técnicos têm sido objeto de diversos estudos, cujas evidências serviram como base para as principais recomendações aos países que querem se juntar a estas iniciativas.

Os países da UNASUL manifestaram em diferentes ocasiões seu interesse pelo estudo destas ações. O ISAGS-UNASUL, com a participação da OPAS/OMS, organizou em 2016 a conferência internacional em "Políticas Integradas e Regulamentação para a Segurança Alimentar e Nutricional" na qual foram debatidas as principais iniciativas da região e os desafios para sua implementação. Esse é o tópico de um projeto atualmente desenvolvido pelo Instituto com o objetivo de delinear um grupo de recomendações dirigidas aos países sobre como

lidar com essas práticas da indústria. O estudo já identificou tanto as estratégias bem-sucedidas empregadas pelos ministérios de Saúde e outras instâncias que impulsionaram as políticas inovadoras nos países, como alguns dos mecanismos utilizados pela indústria, entre eles a participação ativa de pessoas vinculadas a esse setor tentando influenciar o desenho e a implementação mudanças. Em alguns casos, tais influências conseguiram frear ou mesmo prolongar a implementação. Em outros, debilitar algumas das intervenções propostas. No Equador, foi especulado que a interferência da indústria influenciou que se abandonasse a intenção inicial do etiquetado frontal. Essas atividades da indústria que interferiram nas políticas de etiquetado foram reportadas, inclusive, um tempo depois da aprovação da medida. No Chile, por exemplo, logo depois da implementação do etiquetado, a indústria financiou uma peça publicitária transmitida na televisão na qual artistas locais questionavam a efetividade da medida.

"A Lei de Etiquetado de Alimentos que implementamos não consiste só na obrigação de ser transparente com o real conteúdo de elementos nocivos para a saúde nos produtos que a população consome. É também uma ação que busca mobilizar as pessoas para a gravidade do problema da desnutrição, e colocar o tema no centro da discussão cidadã, nos meios de comunicação, nas casas, e nas escolas"
Michelle Bachelet, presidenta do Chile.

Outra estratégia tem sido o questionamento geral da necessidade ou da utilidade do etiquetado, normalmente justificado pela falta de conhecimento ou falta de credibilidade nas informações existentes. Para enfrentar esta prática, foi utilizada informação disponível sobre as características da obesidade no país onde se propôs a política, como por exemplo a gestão da informação disponível nos produtos antes da implementação do novo etiquetado.

O tema econômico é um dos argumentos mais utilizados, com um paralelismo assombroso ao da indústria do tabaco. Cenários econômicos catastróficos de perda de empregos e queda da economia foram frequentemente apresentados pela indústria como justificativa, apesar de não conterem as evidências corretas a respeito. Inclusive, logo depois da implementação de novas alternativas de etiquetado em alguns países, não se documentaram semelhantes consequências negativas para a economia nacional.

A análise das experiências de implementação do novo etiquetado na América do Sul, complementado por descobertas publicadas na literatura científica, nos permitiu esboçar um primeiro grupo de recomendações para lidar com a interferência das corporações no processo de adoção destas políticas de alimentação saudável:

a) uso de evidências e dados epidemiológicos robustos: antes, durante e depois da implementação da política. Isso é válido para caracterizar a situação da obesidade e sustentar tecnicamente as medidas a serem tomadas;

b) consolidar uma equipe multidisciplinar no Ministério da Saúde com especialistas de diferentes áreas foi importante para o sucesso das experiências analisadas;

c) as alianças estratégicas com organismos internacionais, particularmente OPAS/OMS, ISAGS/UNASUL, FAO e UNICEF se mostraram muito úteis na discussão da política e sua posterior implementação;

d) múltiplas alianças nacionais com associações de consumidores, grupos comunitários, associações profissionais e com a academia também resultaram de grande utilidade numa implementação bem-sucedida da nova rotulagem.

Ainda que as medidas e as ações devam se adequar a cada contexto e circunstância específica, conhecer o acionamento de alguns setores da indústria de alimentos que interferem nestas novas iniciativas e estudar os melhores mecanismos de resposta a estas interferências representam uma oportunidade para as resoluções já implementadas e para as que estão em processo. O objetivo é lidar e alcançar mais fluidez nos processos políticos e técnicos do desenvolvimento de políticas que gerem uma alimentação mais saudável a todos.

"Por que vendem junk food? Porque podem colocar lixo em embalagens que parecem saudáveis, já que ninguém entende o rótulo e existem alterações no tratamento da informação. Por isso é muito importante que o Chile tenha conseguido avançar em uma política pública para lutar em âmbito mundial contra a obesidade e as doenças não transmissíveis - infartos, acidentes vasculares e cânceres – que, na verdade, são as mais transmissíveis de todas"
Guido Girardi, vice-presidente do Senado no Chile.

Francisco Armada
franciscoarmada@isags-unasur.org

CHAGAS

UMA DOENÇA NEGLIGENCIADA

A infecção é transmitida pelo contato com fezes e urina de insetos triatomíneos como o barbeiro, logo após sua picada.

Além disso, também pode ser transmitido por alimentos contaminados, transfusão de sangue/ acidentes laboratoriais, por transmissão vertical ou transplantes de órgãos de pessoas infectadas.

Causada pelo parasito protozoo *Trypanosoma cruzi* (TC), descoberto em 1908 por Carlos Ribeiro Justiniano Chagas, médico brasileiro que batizou o microrganismo em homenagem a Oswaldo Cruz.
O fato foi considerado único na história da Medicina, já que o mesmo investigador identificou o vetor, o parasito e uma nova doença, nomeada com seu sobrenome.

O inseto vive em buracos e frestas de casas construídas de adobe, principalmente, e tem hábitos noturnos, quando se alimentam de sangue humano.

Em 2006, houve um aumento significativo de casos no Estado do Pará no Brasil, quando se descobriu ser pelo consumo de açaí não pasteurizado.

Dos 6/7 milhões de pessoas infectadas pelo TC no mundo, a maioria se encontra na América Latina e está presente nos 12 países da América do Sul.
É a doença parasitária que mais mata na América Latina.

Não existe vacina contra a doença de Chagas.
Apesar do controle vetorial ser uma das formas de administrar a transmissão, o acesso a um tipo de habitação que não favoreça à instalação do inseto e à conservação das florestas são fundamentais para evitar a propagação dessa doença.

SINTOMAS

A doença tem 2 fases distintas

1 FASE AGUDA

Durante a fase aguda, que dura aproximadamente 2 meses depois da infecção, os parasitas circulam pela corrente sanguínea e podem ser assintomático, apresentar sintomas leves ou não específicos.
Um dos sinais que a picada deixa é uma lesão cutânea ou um inchaço na pálpebra.

2 FASE CRÔNICA

Na fase crônica, que pode durar muitos anos, os parasitas ficam escondidos no músculo cardíaco e digestivo e em cerca de 30% dos casos, os infectados sofrem de problemas cardíacos e 10%, digestivos, neurológicos ou mistos.

TRATAMENTO

O tratamento precoce é **crucial** para a cura da doença de Chagas

O tratamento disponível é pouco eficaz na fase crônica da doença, tem longa duração (60-90 dias) e efeitos colaterais que contribuem com a falta de adesão.

Em 2009, o DNDi (Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas) e colaboradores lançaram a Plataforma de Pesquisa Clínica em Doença de Chagas, que reúne especialistas e pacientes na busca de novos tratamentos e estratégias de diagnóstico para a infecção pelo *Trypanosoma cruzi* e ações de advocacy para aumentar os números de pacientes em tratamento.

Fontes:
- OMS, 2017. La enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana). Nota descritiva. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/es/
- IOC, 2017. Carlos Chagas. Disponível em: http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=151&sid=76
- Revista Exame, 2010. Açaí pode transmitir doença de Chagas. Disponível em: http://exame.abril.com.br/ciencia/acai-pode-transmitir-doenca-chagas-558972/
- DNDi América Latina, 2017. Disponível em: www.dndial.org

Crédito: DNDi

ENTREVISTA:
BERNARD PÉCOUL

DIRETOR EXECUTIVO DA INICIATIVA MEDICAMENTOS PARA DOENÇAS NEGLIGENCIADAS (DNDI)

Depois de cinco anos à frente da Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais do Médicos Sem Fronteiras (MSF), o Dr. Bernard Pécoul ajudou a criar o DNDi em 2003, uma organização sem fins lucrativos de pesquisa e desenvolvimento que tem o objetivo de encontrar soluções para as doenças negligenciadas.

Agosto passado, o Dr. Pécoul visitou a nossa sede para dar seguimento à colaboração entre o ISAGS e o DNDi. As duas organizações realizaram uma reunião de Alto Nível em Quito em 2016 durante a Semana da Saúde da UNASUL.

ISAGS: Como surgiu a ideia de criar uma iniciativa para medicamentos de doenças negligenciadas?

Bernard Pécoul: No mundo, há falta de inovação, pesquisa e desenvolvimento para doenças que afetam a um enorme número de pessoas que, por sua vez, não representam um mercado lucrativo. O resultado é que a maioria das companhias abandonam a pesquisa nesses campos. Nos anos 1990, os números que usamos como referência não mentiam: apenas 10% da pesquisa era dedicada a 90% da população mundial. É o que chamamos de 'desequilíbrio fatal'. Em outras palavras, as pessoas afetadas por velhas doenças tropicais, como Chagas e leishmaniose, assim como malária, tuberculose e outras não podiam se beneficiar dos avanços da ciência. Portanto, criamos a iniciativa que tivesse essas doenças que afetam aos mais vulneráveis como prioridade, de modo a preencher essa lacuna.

I: Quais são os maiores desafios em termos de doenças negligenciadas na América do Sul?

BP: A América do Sul é gravemente afetada por uma dupla carga e, para enfrenta-la, necessitamos uma abordagem em duas frentes. As doenças tropicais negligenciadas são uma carga social e econômica enorme para os países e suas populações. Entre as mais endêmicas, estão o Chagas e a leishmaniose, que afetam a um grande número de pessoas. O Chagas sozinho afeta mais de 6 milhões de pessoas em 21 países da América Latina e até 8 milhões de pessoas no mundo. Há um nível baixíssimo de pesquisa em comparação com o desafio. O DNDi tem um portfólio de P&D que inclui a pesquisa básica na região, mas também atua fortemente junto aos governos, como o da Colômbia e do Brasil para aumentar o acesso a avanços nesse campo.

Por outro lado, a América do Sul também tem doenças para as quais existem tratamentos de ponta, com um nível de inovação que mudou totalmente a maneira como as tratamos. Ainda assim, essa tecnologia não está adaptada à região, particularmente em termos de preço, que não é acessível nem para a população, nem para os sistemas de saúde. Parte de nossos esforços, portanto, é reduzir o preço de medicamentos existentes. Assim, nossa estratégia é reduzir o custo dramaticamente, enquanto mantemos a eficácia do tratamento.

I: Podemos dizer que o DNDi desafia o modelo de Pesquisa & Desenvolvimento com fim lucrativo e o atual modelo de propriedade intelectual?

BP: O DNDi não foi criado contra a propriedade intelectual, que respeitamos. Mas os direitos de propriedade intelectual podem às vezes funcionar como uma barreira à inovação e ao acesso. Usamos, então, flexibilidades existentes nos acordos internacionais, por um lado, e, por outro, tanto seja possível, desenvolvemos novos tratamentos para doenças que afetam aos mais pobres para que sejam um bem público, de modo que estejam disponíveis a um custo acessível para a maioria da população. É um princípio nosso. Até agora, desenvolvemos, melhoramos ou implementamos sete tratamentos, todos os quais seguem esse princípio. Além disso, temos vários projetos em nossa linha de pesquisa.

I: Como o DNDi trabalha com organismos multilaterais e intergovernamentais, como a OMS e a OPAS?

BP: Desde que abriu as portas, o DNDi tem trabalhado de maneira muito próxima com a OMS. O fato de que nossa sede está em Genebra não é mera coincidência. Na verdade, a OMS tem contribuído muito no estabelecimento das prioridades do nosso portfólio. Por outro lado, a OMS é fundamental quando progredimos com uma doença, porque incorpora esse progresso na lista de medicamentos essenciais, nas guias e apoia mudanças de política nos países. Ocorre o mesmo com a OPAS na região das Américas. Assim, interagimos muito com essas organizações para discutir estratégias e assegurar que nossos progressos são usados em programas nacionais e aumentar o número de pessoas que podem se beneficiar desses tratamentos.

"A América do Sul tem doenças para as quais existem tratamentos de ponta, com um nível de inovação que mudou totalmente a maneira como as tratamos. Ainda assim, essa tecnologia não está adaptada à região, particularmente em termos de preço, que não é acessível nem para a população, nem para os sistemas de saúde".

I: Ano passado, o ISAGS e o DNDi realizaram uma Reunião de Alto Nível sobre Hepatite C durante a Semana da Saúde da UNASUL. Descreva um pouco as iniciativas da sua organização para lidar com essa doença.

BP: Nossa reunião em Quito no ano passado foi realmente muito importante. Falamos sobre inovação e acesso usando a Hepatite C como um excelente exemplo de como podem existir inovações e excelentes tratamentos, mas com um preço totalmente inacessível. Na América Latina, por exemplo, muitas pessoas são afetadas pela Hepatite C e pouquíssimas podem se beneficiar desses novos tratamentos. Desde a reunião, estamos trabalhando ao lado de alguns países sul-americanos para desenvolver tratamentos novos e mais acessíveis, com a intenção de estender essas estratégias por todo o continente. Nosso objetivo é ter um medicamento por um preço menor do que US$ 500, talvez menor que US$ 300 para o tratamento completo. Hoje em dia, a maioria dos países na América Latina paga mais ou menos US$ 10 mil para tratar um paciente. Se a gente conseguir, provavelmente mudaremos o futuro do acompanhamento da doença no continente. Entretanto, para ter sucesso, precisamos de muitas parcerias e apoio de governos, assim como de entidades públicas e privadas na região.

AO PONTO

Por Carina Vance

APS E O CAMINHO EM DIREÇÃO À UNIVERSALIDADE

A Declaração de Alma Ata em 1978, foi um ponto de inflexão na história da Saúde Pública em âmbito mundial, traçando um caminho em que se reconhece a saúde, entendida como o estado de bem-estar físico, mental e social, como um direito humano. A Declaração reconhece a íntima relação entre a saúde, o desenvolvimento e a proteção social e enfatiza a responsabilidade dos Estados em implementar medidas que atendam às necessidades sociais e de saúde da população, promovendo a Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com os princípios de equidade e justiça social, com ampla e profunda participação social. A Declaração não somente considera a necessidade de que todos possam gozar de saúde, mas também leva em consideração a importância da sustentabilidade dos sistemas. Alcançar Sistemas de Saúde Universais, como estipulam os objetivos da UNASUL, requer a aplicação da APS e apesar dos importantes avanços da nossa região, é necessário monitorar de perto o impacto das políticas de saúde que estão sendo implementadas, sobretudo em épocas de decréscimo econômico, para evitar retrocessos. A comunidade de acadêmicos, políticos e ativistas ligados ao campo da saúde está em alerta e tem dedicado diversos espaços, pesquisas e publicações a uma preocupação baseada em fatos históricos: o setor tem sido presa fácil para enfrentar as crises econômicas, e esse caminho, infelizmente, já foi percorrido e é conhecido. Termina em um beco sem saída para as populações mais vulneráveis.

No ano de 2015, o ISAGS publicou o livro "Atenção Primária à Saúde na América do Sul" que constitui uma importante contribuição para entender os avanços na implementação de modelos baseados em APS na região sul-americana. Com a contribuição de autores importantes como Ligia Giovanella e Oscar Feo, o livro analisa de forma integral os progressos e desafios na implementação da APS nos 12 países sul-americanos. As contribuições da publicação são linhas de base aplicadas entre os anos 2011 e 2014 que permitiriam identificar se os passos tomados na atual conjuntura vão para frente ou para trás.

Entre as suas principais descobertas, está a constatação de que todos os países da região incorporam o conceito de APS em seus sistemas. Isso em si já é algo notável, já que nem todas as regiões do mundo ostentam essa característica. Apesar de possuírem diferenças muito marcadas como diversos graus de descentralização ou desconcentração e a existência de regimes contributivos em alguns países e subsidiados em outros, existem características comuns como o financiamento público de renda permanente do Estado, por meio de transferência direta ou através de seguros. Na maioria das nações analisadas, os serviços do primeiro nível de atenção são gratuitos no quesito entrega do serviço. Na última década aconteceu uma grande diminuição do gasto direto, que apesar de se manter elevado (até 60% do gasto privado), contribuiu para a queda da pobreza.

Em relação à estratégia de prestação e organização dos sistemas, os países contam com equipes de atenção formadas não só por profissionais da saúde, mas também por agentes trabalhadores comunitários. No geral, contam

Crédito: Araquém Alcântara (Flickr)

com processos de afiliação territorial com populações de diferentes tamanhos segundo características como a densidade populacional ou o grau de vulnerabilidade social, facilitando o acompanhamento e permitindo identificar riscos que vão além da atenção clínica. A coordenação dos cuidados e integração na rede de serviços se caracteriza em todos os países por ter no primeiro nível de atenção uma porta de entrada no sistema, ainda que os processos de referência e contra referência nem sempre sejam claros e que existam problemas de descoordenação entre o primeiro nível e os serviços especializados. Alguns dos maiores desafios em âmbito regional também foram identificados como a baixa articulação com ações de prevenção e promoção da saúde e a baixa oferta pública de serviços especializados.

De acordo com a análise dos autores, existem lacunas importantes quanto ao número de profissionais na região, por exemplo, em sete países a razão de enfermeiros por cada mil habitantes é menor que a de médicos. Mesmo assim, a distribuição interna de Recursos Humanos é desigual, com grandes desafios nas zonas rurais. A maioria do quadro de funcionários é público, mas com grande instabilidade em muitos casos, sendo Chile o único país que conta com uma carreira no nível de APS. A alta rotatividade também impede a geração de vínculos com famílias e comunidades, ainda que existam estratégias de formação que poderiam corrigir este problema.

Como se recomenda na Alma Ata, todos os países contam com normas ou estratégias para promover trabalho intersetorial. Em alguns, norteados por assuntos específicos como o combate à desnutrição. Países como Brasil implementaram transferências monetárias condicionadas ligadas aos serviços de saúde, mas em geral não existem mecanismos claros de articulação com outros setores. O livro identifica que na maioria dos países existem mecanismos institucionalizados de participação social, mas que se limitam sobretudo ao diagnóstico com pouco envolvimento na construção de políticas públicas. O enfoque intercultural também tem crescido, no entanto com processos de implementação muito diferentes entre os países, sendo somente quatro os que mencionam a interculturalidade de maneira explícita.

Como nos recordava Marcos Cueto no ISAGS há poucos dias, devemos nos enfocar não só na saúde, mas sim nos sistemas de proteção social. Diante de um momento de contração econômica, o risco de retroceder no reconhecimento de direitos está latente em relação ao financiamento, em quanto à participação social, no papel do Estado como garantia de direitos, e na inclusão de populações mais vulneráveis. Contar com um orçamento estável não é o único elemento que os sistemas precisam, mas sim o aprofundamento da APS com eficiência e qualidade, além de decisões baseadas em evidências de acordo com o perfil epidemiológico de cada país e levando em conta a situação das populações mais vulneráveis. Há um caminho a percorrer e ainda que cada país deva traçar sua própria rota, a cooperação em saúde e a solidariedade regional são elementos que podem impulsionar estes avanços.

BARREIRAS

ATÉ QUANDO?

Os canhotos constituem cerca de 10% da população mundial e, até algumas décadas atrás, a sua condição era tratada como uma anomalia. Se na época medieval eram jogados na fogueira como pecadores e praticantes de bruxaria, em grande parte do século XX, professores eram encarregados de corrigir o 'problema' e até castigar os que insistiam em usar a mão esquerda. Mesmo hoje em dia, quase todos os utensílios e ferramentas são desenhadas exclusivamente para destros, sendo a tesoura apenas o exemplo mais óbvio.

Desde fins dos anos 1970, entretanto, com o surgimento de organizações para defender os direitos dos canhotos, essa percepção sobre a sua 'deficiência' mudou e, inclusive, realizaram-se estudos que comprovam algumas habilidades específicas, como uma maior propensão à criatividade. A partir do ativismo dessas organizações, surgiram adaptações ergonômicas e, em alguns país, até leis como aquela que, no Brasil, obriga as escolas a oferecer condições adequadas aos alunos canhotos.

O desenvolvimento dessa abordagem parece confirmar o preâmbulo da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que reconhece que se trata de um 'conceito que evolui', ou seja, sua definição não está assentada. Em termos amplos, entretanto, o documento reconhece que o mesmo 'resulta da interação entre as pessoas com deficiências e as barreiras devidas à atitude e ao entorno que evitam a sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais'.

Partindo dessa premissa, mas sem saber exatamente quem eram, onde estavam e que necessitavam as pessoas com deficiência, o Equador começou há dez anos um processo que levaria o país a ocupar um espaço de protagonismo na luta por uma sociedade mais inclusiva. Na época, com um vice-presidente paraplégico, Lenin Moreno (atual mandatário do país), o governo se lançou na tarefa de fazer um diagnóstico completo interdisciplinar, que pesquisou também as condições de moradia, os aspectos relacionados a gênero, violência, trabalho, entre outros. "Verificamos, por exemplo, que no caso das mulheres a prevalência da deficiência estava relacionada a casos de violência de gênero e, entre os homens, a casos de acidentes de trânsito", afirma Gustavo Giler, então coordenador de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do país. "Confirmou outras coisas que já sabíamos também, como a relação entre deficiência e pobreza por sua baixíssima inserção no mercado de trabalho e o fato de que acessam com menor frequência aos serviços de Saúde e Educação", completa.

Com os aportes do estudo, foram elaborados vários programas de resposta, como a Ação Solidária Manuela Espejo, que ofereceu um dos 22 dispositivos de assistência incluídos no programa a mais de 500 mil pessoas, entre cadeiras de roda, muletas e aparelhos auditivos. Iniciou-se um programa de exame neonatal para doenças congênitas que podiam ser prevenidas, como a galactosemia e a hiperplasia suprarrenal, além da concessão de um bônus de transferência de renda a pessoas com deficiência severa. Entre 2006 e 2014, se verificou, por exemplo, que 50 mil pessoas com deficiência deixaram a pobreza e 20 mil, a pobreza extrema.

O outro lado da atuação do país no tema foi na Agenda Internacional de Saúde, um campo em

que, segundo Giler, "as pessoas com deficiências estavam completamente invisibilizadas". A OMS havia elaborado em 2011 um Relatório Mundial sobre a Deficiência, que recomendava a adoção de medidas, como mudanças de legislação e adaptações nos sistemas de saúde. A Assembleia Mundial da Saúde (AMS) somente tomou nota dos desafios, sem tomar resoluções efetivas.

"O Equador fez uso do seu espaço regional para levar a sua visão e da região à arena internacional com maior peso. Apresentamos na reunião do Conselho de Saúde da UNASUL em Lima em 2012 a proposta de resolução à Assembleia Mundial da Saúde para a elaboração de um Plano de Ação Mundial", conta Giler. Esse Plano, que foi o primeiro documento dessa natureza a nível internacional, seria finalmente aprovado em 2014 na AMS e põe foco em três metas: eliminar obstáculos e melhorar o acesso aos serviços e programas de saúde; reforçar e estender os serviços de reabilitação, habilitação, tecnologia auxiliar, assistência e apoio, bem como a reabilitação no âmbito comunitário; e melhorar a obtenção de dados pertinentes e internacionalmente comparáveis e incentivar a pesquisa.

O aumento da visibilidade não parou aí. Diferente dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que não faziam qualquer menção às pessoas com deficiência, a Agenda 2030 faz referências ao tema sete vezes nas metas sobre educação, emprego, redução das desigualdades e cidades inclusivas. Se levarmos em consideração as 9 menções nos indicadores desagregados dos ODS, conclui-se que, fato, a superação de barreiras às pessoas com deficiências ganhou um papel emblemático em uma agenda que se pretende inclusiva e global.

Algumas iniciativas na nossa região demonstram que estamos conectados a essa tendência. Na Colômbia, foi aprovada uma normativa avançada para garantir os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com deficiência. Na Argentina, a vice-presidenta Gabriela Michetti, outra alta autoridade do continente que vive com deficiência – anunciou no início de setembro uma pensão similar à do Equador no marco do lançamento do Plano Nacional de Deficiência 2017-2019, com base em três eixos principais: a inclusão, a heterogeneidade e o compromisso comunitário com a participação dos governos, sociedade civil e setor privado.

Tanto o movimento na agenda global para criar condições para que as pessoas com deficiências possam alcançar o máximo do seu potencial, quanto ao surgimento cada vez mais frequente de personalidades em várias áreas da vida pública com atuação de destaque, sugerem que, guardadas as devidas proporções, a sociedade começa a ver as pessoas com deficiências da mesma maneira que hoje em dia vemos os canhotos: pessoas com um potencial ainda oculto por barreiras que precisam ser derrubadas.

Manoel Giffoni
manoelgiffoni@isags-unasur.org

INSTITUCIONAL ISAGS FOI SEDE DA REUNIÃO DO SUBCOMITÊ DA REDE SUL-AMERICANA DE GESTÃO DE RISCOS DE DESASTRES EM SAÚDE

Nos dias 2 e 3 de agosto, o ISAGS recebeu o subcomitê da Rede Sul-Americana de Gestão de Riscos de Desastres em Saúde, em continuação ao processo iniciado em 2016 para a criação do primeiro Plano de Gestão de Riscos de Desastres em Saúde para a região. O comitê é composto pelo coordenador da Rede de Gestão de Riscos de Desastres em Saúde (GRIDS) da UNASUL, Julio Sarmiento, do Ministério da Saúde do Chile; Eliane Lima, do Departamento de Saúde Ambiental do Ministério da Saúde do Brasil e acompanhado por nosso especialista em Vigilância em Saúde, Eduardo Hage e o coordenador da Rede de Gestão de Riscos de Desastres em Saúde do Organismo Andino de Saúde-Convênio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), Luis Beingolea More.

Durante o encontro foi elaborada uma primeira versão do Plano, que "tomou como base os objetivos estratégicos definidos pela GRIDS e aprovados pelo Conselho de Saúde Sul-Americano (CSS). Para cada objetivo foram propostas atividades que serão desenvolvidas nos próximos cinco anos", explicou nosso especialista, Eduardo Hage.

As atividades incluem consolidar a análise do diagnóstico situacional regional (iniciada em 2016); apoiar a participação de profissionais em capacitações (com a utilização de materiais já disponíveis na região); apoiar o desenvolvimento de ferramentas de capacitação virtual; a criação de metodologias para a mensuração do risco e monitoramento dos eventos na região; a composição de um painel de especialistas (profissionais e instituições) regionais e mecanismos de cooperação mútua, além de identificar e disseminar resultados de investigações, estudos e outras publicações sobre os efeitos das mudanças climáticas.

Agora, as propostas serão debatidas em uma reunião virtual com os membros da GRIDS, para serem apresentadas posteriormente ao Conselho de Saúde Sul-Americano.

ISAGS ASSINA CONVÊNIO DE COLABORAÇÃO COM O INSTITUTO DE AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE DA COLÔMBIA

No dia 25 de agosto, o ISAGS assinou um convênio de colaboração interinstitucional com o Instituto de Avaliação Tecnológica em Saúde (IETS, em espanhol), com o objetivo de promover e fortalecer as relações entre as instituições e também de potencializar as atividades em comum, gerando processos de convergência e identificando enfoques para abordar conjuntamente o tema da Saúde na região.

Na sede do IETS, em Bogotá, nossa especialista em Medicamentos e Tecnologias da Saúde, Angela Acosta, representou o Instituto em uma reunião com o diretor do organismo, Dr. Jaime Calderón. "É muito importante para o ISAGS fortalecer e desenvolver novas alianças, estudos e investigações sobre medicamentos e tecnologias da Saúde. Estabelecer uma relação de apoio com o IETS é um grande progresso nesse sentido", afirmou a especialista.

O IETS tem a missão de avaliar as tecnologias em Saúde com base em evidências científicas, além de produzir guias e protocolos sobre medicamentos, dispositivos, procedimentos e tratamentos para sugerir às autoridades competentes tecnologias que devem ser cobertas com recursos públicos. Seus membros são o Ministério da Saúde e Proteção Social da Colômbia, o Instituto Nacional de Vigilância de Medicamentos (Invima), o Instituto Nacional de Saúde (INS), o Colciencias, a Associação Colombiana de Faculdades de Medicina e a Associação Colombiana de Sociedades Científicas.

PÍLULAS

SAÚDE SEM FRONTEIRAS

Muito além de divisões políticas, abordar as fronteiras como espaços de convergência e de cooperação na perspectiva da Saúde, será o mote de discussão da terceira edição do ciclo de debates "Diálogos do Sul", que acontece dia 21 de setembro, às 15h (horário de Brasília), na sede do ISAGS. Os convidados desta edição são Carolina Moulin, professora e coordenadora do programa de Pós-Graduação do Instituto de Relações Internacionais (IRI) da PUC-Rio; e Paulo Cesar Peiter, doutor em Geografia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e pesquisador do Laboratório de Doenças Parasitárias do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz). Os moderadores serão os especialistas do ISAGS, Félix Rígoli (em Sistemas e Serviços de Saúde) e Francisco Armada (em Determinação Social da Saúde). "Diálogos do Sul" é um evento aberto à comunidade e terá transmissão ao vivo pelo Facebook do Instituto. Para participar, escreva para comunicacao@isags-unasur.org com o assunto: *Saúde sem Fronteiras.*

ARGENTINA ASSUME A COORDENAÇÃO DA RINC-UNASUR

Desde o último 18 de agosto, a Rede de Institutos e Instituições Nacionais de Câncer (RINC) da UNASUL tem uma nova coordenação: Argentina. O Instituto Nacional do Câncer (INC) argentino estará a cargo da Rede pelo próximo ano no marco da Presidência Pro Tempore do país no organismo. Segundo o novo coordenador da RINC, Dr. Roberto Pradier, as linhas de trabalho estarão orientadas à prevenção e detecção adiantada do câncer colorretal e de colo de útero, assim como à promoção de cuidados paliativos.

CONSELHO CONSULTIVO DO ISAGS

Este mês, o ISAGS organizará uma reunião virtual extraordinária com seu Conselho Consultivo para discutir as propostas do Plano Operativo Anual (POA 2018), documento que unifica as principais ações, metas e propostas para o período. A última reunião do Conselho foi realizada em abril deste ano, de modalidade presencial, quando seus membros propuseram sugestões e avaliaram as últimas ações do Instituto.