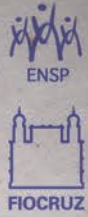


RADIS



DIREITOS

DESONERAÇÃO FISCAL

SOCIAIS

*Como a estratégia que visa estimular a economia
gera impacto nos recursos que garantem
Saúde, Assistência e Previdência social*



OUTRAS PALAVRAS

A Conta da Água, projeto colaborativo de cobertura em rede, sinaliza para novos formatos de jornalismo independente

Ana Cláudia Peres

“Nã**o** beba água, beba cerveja” diz o título irônico da reportagem. Logo nas primeiras linhas, o leitor descobre que está diante de uma narrativa sobre a privatização da gestão da água em Itu, no interior de São Paulo, e sobre como a indústria cervejeira se instalou na cidade, faturando milhões, extraindo água diretamente dos lençóis freáticos, por intermédio de poços artesanais. “Quem diria que quase ao lado, a poucos quilômetros da fábrica de cervejas, o povo ituano seja obrigado a consumir tempo, saúde e esforço físico (demais) em uma busca desesperada por água potável”, escreve a repórter Laura Capriglioni, para — depois de uma série de dados, informações e relatos de vida — concluir junto com o leitor que, definitivamente, o problema não é a falta de água.

A reportagem, publicada no dia 9 de novembro de 2014, lançou o projeto *A Conta da Água*, um formato inovador de cobertura jornalística de apuração em rede, que abriga um conteúdo produzido por vários coletivos de comunicação, em torno de um só tema. Nesse caso, a crise hídrica de São Paulo. Não é exatamente uma revista eletrônica, mas é também. O que a plataforma faz é reunir em um único endereço um material que vem sendo produzido pelos coletivos e publicado também em suas páginas independentes. Isso dá volume à cobertura jornalística. As narrativas são postadas sistematicamente de modo que há sempre novidade para quem acessar o endereço contadagua.org.

Assim, você pode navegar por um ensaio sobre os “acamados de Itu” — dezenas de imagens impactantes sobre aqueles que vivem à margem do abastecimento —; assistir ao minidocumentário de 3 minutos *Calamidade Privada*; ler entrevistas com especialistas no assunto ou acompanhar um repórter durante sua visita à zona sul paulistana para checar as declarações do governador do Estado de que “não falta água em São Paulo”. Essa narrativa tem como título: *Alckmin mentiu para Dona Rute*. Ao final de cada semana, de bônus, os leitores ganham o *Boletim SP sem Água*, que funciona como um

observatório da mídia e traz um balanço crítico das notícias veiculadas pela grande imprensa no período.

São parceiros no projeto o portal A Ponte, Revista Fórum, Barão de Itararé, Outras Palavras, Mídia Ninja, Vaidapé, Coletivo Volume Vivo, Brasil de Fato e Observatório Popular de Direitos. A ideia, de acordo com Rafael Vilela, da Mídia Ninja, surgiu exatamente da necessidade de unir essas várias iniciativas e conseguir aprofundar as narrativas em relação ao tema, evitando a redundância ou qualquer tipo de competição entre esses veículos. “Assim nos tornamos uma equipe maior, com maior capacidade de pesquisa e reflexão”, disse Rafael à *Radis*.

Na contramão do jornalismo declaratório, essas narrativas têm como foco as histórias de vida. Não se trata de jornalismo panfletário, mas de outros modos de narrar o mundo, sem abrir mão de uma apuração consistente. “Acredito que o principal diferencial é tratar a questão hídrica em seu paradigma econômico e político de maneira mais direta, responsabilizando os atores do Estado e também o setor privado, quando necessário”, acrescenta Rafael. Isso pode ser observado em todas as narrativas de *A Conta da Água*, a exemplo do material *A Profecia da crise*, assinado por Felipe Bianchi, do Centro de Estudos de Mídia Alternativa Barão de Itararé, ou do videoreportagem *Água de bica, banho de caneca*, do *Observatório Popular de Direitos*, onde moradores de Campo Limpo, na Zona Sul de São Paulo, mostram o que fazem quando ficam sem água por períodos de até nove dias seguidos.


Um manifesto publicado na estreia, espécie de editorial do projeto, sugere que a crise hídrica de São Paulo colocou um desafio para o jornalismo de qualidade, comprometido com a informação e com os direitos humanos. Ao fazer um investimento jornalístico voluntário e colaborativo, “independente de governos e de empresas”, *A Conta da Água* segue construindo narrativas em textos, fotos, vídeos e artes em geral que favorecem a democratização do acesso à riqueza hídrica e à comunicação — todo o conteúdo é liberado para reprodução e republicação, desde que respeitada e citada a autoria de origem. 



FOTO: MÍDIA NINJA



FOTOS: PAULO ROGER



Na favela do Itam, próxima à cervejaria em Itu (SP), garoto bebe água na única fonte disponível na região; moradores da cidade protestam em frente à Câmara contra o desvio da água para a fábrica; histórias que viraram pautas do coletivo *A Conta da Água*

SAIBA MAIS

A Conta da Água - Especial colaborativo sobre a crise hídrica de São Paulo: <https://medium.com/a-conta-da-agua>



Direitos em risco

Se você fosse consultado, apoiaria uma reforma tributária que retirasse parte do financiamento do Sistema Único de Saúde, dos programas de Assistência Social e dos benefícios a que você tem direito por contribuir com a Previdência Social, e transferisse esses recursos para os negócios da indústria, do comércio, dos serviços e dos transportes, sob o argumento de estimular o desenvolvimento e a competitividade da economia brasileira?

Segundo estimativa da Receita Federal, em 2014, o Governo abriu mão de recolher R\$ 136,5 bilhões, somente com as contribuições sociais. Somado aos impostos, este valor chega a R\$ 250 bilhões perdidos com desonerações e renúncias. Para a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), esta política representa uma "mini reforma tributária" adotada sem que os trabalhadores, os aposentados e a população brasileira interessada no SUS tenham podido discutir sobre o assunto.

O impacto das desonerações e renúncias (duas operações diferentes, como esclarece nossa matéria de capa) sobre o direito à Saúde, à Assistência Social e à Previdência é a maior preocupação dos especialistas ouvidos pela Radis. Segundo relatório da Associação Nacional dos Auditores-Fiscais (Anfip), as compensações sobre as desonerações previstas em lei não estão sendo integralmente repassadas para recompor as perdas nos orçamentos dessas áreas.

Para a direção do Centro Brasileiro de Estudos sobre Saúde (Cebes), a ideia difundida por empresários e mídia e acolhida pelo governo de um "Custo Brasil", de que seriam os encargos que dificultam os investimentos no país, é uma falácia usada para justificar o desmonte do serviço público. Para o Cebes, as renúncias e desonerações

passam a mensagem de que o governo está abrindo mão do serviço público e incentivando o mercado a tratar saúde como bem de consumo e não como direito.

Mesmo os que consideram que os incentivos dados aos setores empresariais contribuíram para a manutenção de empregos no contexto de uma crise econômica internacional, defendem que eles deveriam ser dados com recursos de impostos e não de contribuições, somente com tributos que não incidam nas políticas sociais.

Para a população e objetivamente na vida de cada cidadão, o resultado da política atual de renúncias e desonerações fiscais é que a proteção esperada no curto prazo resulta em desproteção no médio e longo prazo, na desconstrução do sistema de Seguridade Social responsável pela garantia de direitos assegurados na Constituição Federal de 1988.

Nesta 150ª edição da revista, pesquisadores, especialistas e ativistas envolvidos com a saúde coletiva apontam 15 temas que devem impactar a Saúde e merecem a atenção da sociedade em 2015: autonomia para a mulher, humanização contra a violência, combate às epidemias locais de HIV, regulação da Comunicação, resgate da confiança no SUS, atenção à precaução ambiental, prevenção no início da vida, diálogo para qualificar o acesso ao SUS, emergência de novos agravos, desenvolvimento para a inclusão, avanço nas políticas de soberania alimentar, necessidade do diálogo sobre drogas, construção das cidades para as pessoas, tratamento para doenças negligenciadas, ameaça aos direitos indígenas.

Nesta lista, como nas desonerações, muitos direitos estão em risco.

Rogério Lannes Rocha

Editor-chefe e coordenador do Programa Radis

Expressões e Experiências

• Outras palavras 2

Editorial

• Direitos em risco 3

Cartum

3

Voz do leitor

4

Súmula

5

Radis Adverte

8

Toques da Redação

9



Capa

- O que está por trás de renúncia e desoneração fiscal 10
- Caminhos para o financiamento do SUS 15

Agenda

• 15 desafios para 2015 18

Hanseníase

• Problema persistente 24

4º Conass Debate

• Diálogo estruturante 27

Formação médica

• Parada obrigatória no SUS 30

Serviço

34



Pós-Tudo

• Luta contra ebola importa para todos nós 35

Capa Felipe Plauska



Radis . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN





VOZ DO LEITOR

Obrigado, médica de família

Sou leitora assídua da *Radis* e gostaria de parabenizar a médica Júlia Rocha pelo texto publicado na edição 147 e pela sensibilidade retratada ao exercer sua profissão. Comportamentos como esse tornaram-se tão escassos que merecem ser elogiados ao serem vistos. Que a medicina seja, antes de mais nada, um direito e não uma mercantilização da vida.

• Tassiana Carvalho, Salvador, BA

Parabéns pela qualidade da revista. Muito oportuno o "Pós tudo" da edição 147. A doutora Júlia Rocha mostra a importância do médico de família, pilar de sustentação de qualquer sistema de saúde em qualquer lugar do mundo! Aproveito para solicitar que não me enviem mais a revista impressa, prefiro acessá-la via web. Obrigado!

• Luiz Fernando Nicz, Curitiba, PR

Na última página da edição 147 me deparei com o texto da doutora Júlia. Ela parecia uma médica que tinha acabado de atender minha filha em um mini pronto socorro próximo de minha residência. Ao chegar no atendimento de urgência e emergência, todos reclamavam da demora e ninguém entendia o porquê da demora. Quando entrei com minha filha, pude perceber que a médica, além de jovem era muito competente, pois examinou minha filha como nenhum médico havia feito antes. Fiquei sem saber como agradecer, pois mesmo em consultórios particulares ela não teria sido tão bem examinada como foi por essa médica do SUS. São pessoas como a doutora Júlia e a médica que atendeu minha filha que precisamos na nossa sociedade, para que façamos valer a nossa Constituição e nossos direitos e garantias fundamentais. Parabéns pela linda reportagem.

• Patrícia Santos, Maceió, AL

R: Radis agradece e repassa os elogios para a doutora Júlia Rocha, cujo relato também mobilizou nossa equipe! A atuação dos médicos de família já foi tema de reportagem

na edição 134, mas estará sempre de volta às nossas edições! Luiz Fernando, obrigado por dar oportunidade a outro leitor de ser assinante da revista!

Feminicídio

Quero agradecer a correção solicitada pela professora Cláudia Abdala sobre o evento promovido pelo Comitê Pro-equidade de gênero e raça em setembro na Ensp, citado na reportagem sobre Licença paternidade (*Radis* 147) e que fala da tipificação de feminicídio no Código Penal, como em alguns países latino-americanos. Aproveito para propor matéria sobre este tema e também sobre a legislação sobre violência obstétrica nos países da América Latina. Abraços fraternos.

• Rita de Cássia Costa, São Gonçalo, RJ

R: *Cara Rita, na edição 149, Radis trouxe novidades sobre projeto de lei que inclui feminicídio no Código Penal e também sobre outros assuntos relacionados à igualdade de gênero; a revista também já tratou do tema violência obstétrica na edição 147. De qualquer modo, voltaremos a estes assuntos em nossas próximas edições. Agradecemos as sugestões!*

Nas ondas do rádio

Desde a décima segunda Conferência Nacional de Saúde que eu recebo a revista *Radis*. Quero agradecer à Fiocruz e à equipe da revista pela organização que possui, e que muito tem contribuído comigo nas divulgações sobre saúde, no conselho de saúde e num programa que tenho numa rádio popular, onde divulgo os conteúdos da revista e interesses da comunidade. Meus sinceros agradecimentos a todos pelo trabalho prestado a nós leitores, e um abraço do tamanho do Rio Grande Do Sul.

• Pedro Luiz Lopes Martins, Cruz Alta, RS

R: *Pedro, nós é que agradecemos o carinho e a sua colaboração em levar informações sobre saúde para mais pessoas. Um abraço do tamanho do Brasil!*

Radis no Facebook

A revista é excelente, todos estão de parabéns. Gostaria que fossem abordados temas relacionando HIV e juventude, em como esse segmento se comporta frente à síndrome.

• Luisa Ana Correa Lima, Belford Roxo, RJ

A revista é ótima. Utilizo para pesquisa acerca de questões enfrentadas pela Assistência Social. Procuo acompanhar as discussões e articulá-las às demandas cotidianas do trabalho da assistência. É de grande utilidade. Gostaria de ver em edição futura discussão sobre Saúde Mental, principalmente experiências exitosas.

• Maria Aparecida Barbosa Santos, Betim, MG

A equipe da revista está de parabéns, recebi esse mês meu primeiro exemplar e adorei! Gostaria que fossem abordados temas sobre vacinação, doenças e outros da área de saúde.

• Cleis Nunnes, Maceió, AL

R: *A equipe da Radis agradece os elogios! Luisa, já abordamos a relação dos jovens e HIV nas edições 69 e 73; A revista vem publicando muitas matérias sobre saúde mental, Aparecida. Entre as mais recentes, sugerimos a leitura das edições 99, 123, 129 e 146. Vacinação também é tema recorrente Cleis, foi tratado nas edições 90, 93, 104 e 131. Para uma busca mais detalhada, sugerimos uma visita ao site do Programa Radis (www.ensp.fiocruz.br/Radis) para acessar estes e outros conteúdos. Um abraço!*

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou facebook) contenha nome, endereço e telefone. Por questão de espaço, o texto poderá ser resumido.

EXPEDIENTE

RADIS é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo **Programa Radis de Comunicação e Saúde**, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

Presidente da Fiocruz **Paulo Gadelha**
Diretor da Ensp **Hermano Castro**

Editor-chefe e coordenador do Radis
Rogério Lannes Rocha
Subcoordenadora **Justa Helena Franco**

Edição **Adriano De Lavor**
Reportagem **Bruno Dominguez** (subedição),
Elisa Batalha, **Liseane Morosini** e **Luiz Felipe Stevanim**
Arte **Carolina Niemeyer** (subedição) e **Felipe Plauska**

Documentação **Jorge Ricardo Pereira** e **Sandra Benigno**

Administração **Fábio Lucas** e **Natalia Calzavara**

Estágio Supervisionado **Diego Azeredo** (Arte) e **Lais Jannuzzi** (Reportagem)

Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cadastro) Periodicidade mensal | Tiragem 83.000 exemplares | Impressão Rotaplan

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) • Tel. (21) 3882-9118
• E-mail radis@ensp.fiocruz.br
• Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

 www.ensp.fiocruz.br/Radis

 [/RadisComunicacaoeSaude](https://www.facebook.com/RadisComunicacaoeSaude)

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente reproduzido, acompanhado dos créditos, em consonância com a política de acesso livre à informação da Ensp/Fiocruz. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762

• www.fiocruz.br/ouvidoria





Medicamento único para aids chega ao SUS

Foram R\$ 36 milhões investidos em 7,3 mil pílulas que, ao longo do ano, beneficiarão cem mil brasileiros portadores do vírus HIV, que agora poderão adquirir em medicamento único o combinado de drogas para combater a imunodeficiência, informou o site do Departamento de DST (15/1). O Ministério da Saúde enviou para todos os estados e municípios do país os lotes do medicamento, previsto no Protocolo Clínico de Tratamento de Adultos com HIV e aids.

Os três medicamentos, Tenofovir (300 mg), Lamivudina (300 mg) e Efavirenz (600 mg), já eram distribuídos pelo SUS separadamente. A unificação representa melhor adesão ao tratamento devido à praticidade e boa tolerância pelo paciente. A nova formulação,

produzida nacionalmente, é distribuída por Farmanguinhos/Fiocruz e passa a integrar o grupo dos 12 medicamentos desenvolvidos no Brasil, dos 22 que compõem o coquetel.



Existem, hoje, 518 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 712 Serviços de Assistência Especializada (SAE) e 724 Unidades de Distribuição de Medicamentos (UDM). As Unidades Básicas de Saúde aos poucos incorporam a política de atenção aos pacientes vivendo com aids e HIV. O número de pessoas infectadas no país gira em torno de 734 mil habitantes, e o percentual de diagnósticos é de aproximadamente 80%. Apesar de o Brasil apresentar boa performance no combate à doença quando comparado à média global, o número da população masculina infectada na faixa etária de 15 a 24 anos apresentou aumento de 120% no período de 2004 a 2013.

Canabidiol poderá ser utilizado para medidas terapêuticas

A decisão da diretoria da Anvisa foi unânime. Devido aos avanços e benefícios cientificamente comprovados, o canabidiol (CBD) foi retirado da lista de substâncias de uso proscrito e reclassificado como substância controlada (C1 da Portaria 344/98), informou o portal da Anvisa (21/1). O controle e as restrições apresentam medidas como a identificação do emitente e do usuário, cota anual de importação e autorização especial de importação e exportação.

A importação é a solução de curto prazo, enquanto o Brasil ainda não produz o CBD para fins farmacêuticos. Tendo em vista essa situação e a urgência em atender as famílias e pacientes, a Anvisa aprovou também uma Iniciativa Regulatória para normatizar a importação específica do CBD. A norma específica é necessária porque todos os produtos conhecidos no mercado contêm outros canabinoides que continuam proibidos no país, como

o THC. Com a nova medida, o prazo para se conseguir a substância, anteriormente de quatro dias, pode ser reduzido pela metade.

A reclassificação dá início ao processo de mobilização em torno da pesquisa do canabidiol, possibilitando a produção e o registro de medicamento em território nacional. A Anvisa está negociando parceria com as universidades para monitoração dos pacientes que utilizam o CBD. Por meio de uma rede nacional de monitoramento será possível obter dados para avaliação de riscos e benefícios relacionados ao medicamento.

Os profissionais da saúde poderão utilizar o CBD no tratamento de pacientes quando a avaliação médica indicar necessidade. Com a nova alternativa, familiares de pessoas que dependem dessa forma de tratamento passam a ter melhor qualidade de vida, como indica reportagem da Agência Brasil (14/1).

Vacina contra o calazar

Está em fase de conclusão a pesquisa para desenvolvimento de uma vacina contra o calazar, ou leishmaniose visceral, zoonose que acomete fígado, baço e medula óssea, causando perda de apetite, anemia, problemas respiratórios, diarreia e sangramentos na boca e nos intestinos (*Radis* 143). Coordenada pela Universidade Federal do Piauí, envolvendo cientistas de várias partes do mundo, em especial, do Canadá, a pesquisa busca desenvolver a vacina a partir do genoma da *Leishmania*, parasita causador da doença. Em entrevista ao portal de notícias Meio Norte (21/1), Francisco Guedes Alcoforado Filho, novo presidente da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (Fapepi), explica que ainda não é possível estabelecer um prazo de lançamento da vacina no mercado, pois existem etapas a serem cumpridas anteriormente à disponibilização. Registro da patente, inspeção da Anvisa e proteção intelectual dos resultados da pesquisa são algumas das medidas a serem tomadas antes da comercialização da vacina.

O calazar tem alta incidência no Brasil e pode ser fatal ao homem se não for diagnosticado precocemente. A vacina entra no combate preventivo à doença de forma eficaz, junto com o cuidado no acúmulo de material orgânico nas residências e maior atenção à saúde dos cães, que são repositórios do parasita, levando à circulação da *Leishmania* na natureza.

Para que o medicamento fique pronto o mais rápido possível, a Fapepi e o governo brasileiro, por intermédio do Ministério da Ciência e Tecnologia, comprometeram-se a não medir esforços para que o estudo ganhe maior impulso, afirmou Francisco.

DIVULGAÇÃO/ANVISA





Gênero e consumo abusivo de álcool



FOTO: COPO DE CACHAÇA/FICKR

Estudo realizado pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP) identificou diferentes aspectos que compõem o perfil dos consumidores de bebidas alcoólicas na Grande São Paulo e apontou um novo padrão de relação entre as mulheres e o álcool. Mais de cinco mil pessoas foram entrevistadas e 29% se enquadram no consumo pesado, informou o site Agência Fapesp. Foram considerados os seguintes fatores: gênero, poder aquisitivo, moradia e presença de comorbidades psiquiátricas.

A análise apresentou duas formas de consumo abusivo: regular, mais de três vezes ao mês, e episódica. Entre os homens considerados consumidores excessivos, a quantidade mínima ingerida, ao menos uma vez por semana, é de cinco doses, já as mulheres com igual regularidade consomem minimamente quatro

doses por ocasião. Com maior poder aquisitivo e redefinição do papel feminino na sociedade, o preconceito com mulheres ingerindo bebidas alcoólicas foi reduzido, o que favoreceu um aumento de consumo pelo público feminino.

O dado preocupa, uma vez que as mulheres apresentam maior dificuldade em metabolizar o álcool e apresentam ampla faixa etária de consumidoras excessivas, entre 18 e 54 anos. Entre os homens a faixa é de 18 e 34 anos.

Os padrões sociodemográficos apontam maior incidência no consumo pesado de álcool em regiões que apresentam grande privação socioeconômica. Lugares onde a renda mensal familiar gira em torno de R\$ 850, com baixa escolaridade, poucas opções de lazer e disposição de recursos, a chance de uma população consumir abusivamente bebidas alcoólicas é muito maior.

Comissão Nacional da Verdade recomenda mudanças legislativas



FOTO: WIKIPÉDIA.ORG

Já estão em exame no Congresso as recomendações de mudanças legais propostas pela Comissão Nacional da Verdade, no documento concluído em dezembro de 2014 (*Radis* 148). São oito as sugestões que envolvem mudanças na legislação: a desmilitarização das polícias estaduais; a revogação da Lei de Segurança Nacional; a tipificação dos crimes contra a humanidade e de desaparecimento forçado; a extinção das Justiças Militares estaduais; a exclusão dos civis da Justiça Militar Federal; a retirada de referências discriminatórias a homossexuais na legislação; a eliminação da figura dos autos de resistência; e a criação de auditorias de custódia, informou o portal da Câmara dos Deputados (21/1).

O objetivo é lutar contra as graves violações dos direitos humanos e a conduta agressiva de aparelhos estatais na relação com o cidadão. Já tramita no Senado a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 51/13, relativa à excessiva rigidez policial militar. Maior controle social, transparência, autonomia profissional e valorização da categoria profissional devem ser implementados no novo modelo policial brasileiro. A função do policiamento civil é "proteger os direitos dos indivíduos para preservar a ordem pública", de acordo com a proposta.

Na Câmara, aguarda votação o Projeto de Lei 4471/12, referente à eliminação da figura dos autos de resistência, consistindo em maior rigor na apuração de mortes ou lesões corporais decorrentes da ação de agentes do Estado. Aspectos importantes como a obrigatoriedade da preservação da cena do crime, a proibição do transporte de vítimas em confronto com agentes e a substituição dos termos "autos de resistência" ou "resistência seguida de morte" por "lesão corporal decorrente de intervenção policial" e "morte decorrente de intervenção policial" contribuem para a luta contra a violência.

As outras medidas apresentadas e que também aguardam votação são: tipificação dos crimes contra a humanidade e de desaparecimento forçado; a exclusão dos civis da Justiça Militar Federal; a retirada de referências discriminatórias a homossexuais na legislação; e a criação de auditorias de custódia.

Regulamentação da mídia em foco

Onovo ministro das Comunicações, Ricardo Berzoini, quer retomar o debate sobre as medidas necessárias para democratizar a produção de informação no Brasil. Assuntos como outorga e renovação de concessões, regionalização da programação e incentivo a programação independente na TV aberta vão estar em pauta no cenário político em 2015, informou a Agência Câmara Notícias (23/1).

O debate acerca da comunicação é polêmico. Abordado pela última vez em 2009 no governo Lula, os parlamentares ainda não conseguem chegar a um consenso. Para o deputado Antonio Imbassahy (PSDB-BA), a proposta compromete a liberdade de expressão e "não corresponde aos sentimentos nacionais". Enquanto uns concordam com o deputado, outros, como a deputada Jandira Feghali (PCdoB-RJ), apoiam a criação de regras para garantir uma produção mais democrática da informação. A deputada

Luiza Erundina (PSB-SP) é a favor da pauta envolvendo as novas medidas. "Os defensores da democratização da mídia são, justamente, aqueles que estão à margem do direito de antena – o direito de emitir e de receber imagens e sons por meio da radiodifusão. Os setores dominantes da sociedade não têm nenhum interesse em mudar a dinâmica de poder da mídia".

De acordo com Berzoini, as medidas no campo da comunicação não comprometerão o conteúdo das notícias. Ele afirmou, de acordo ainda com o site da Câmara dos Deputados, que a liberdade de expressão será garantida e as mudanças estarão direcionadas para a área econômica da informação, com foco na regionalização da programação e proibição de oligopólios midiáticos. Outras medidas legislativas como o direito de reposta, os Projetos de Lei 256/91 e Mídia Democrática disputam a atenção dos parlamentares.





Recorde de brasileiros no Mais Médicos

A nova edição do programa Mais Médicos bateu o recorde de inscrição de profissionais brasileiros, com o registro de 15.747 pessoas interessadas em participar do programa, numa relação de 3,7 candidato por vaga, noticiou O Estado de S. Paulo (4/2). Informações do Ministério da Saúde apontam que 1.294 municípios e 12 distritos indígenas serão contemplados com os novos profissionais, sendo que destes 273 aderiram ao programa pela primeira vez. Dentre as novas vagas, 361 serão destinadas à reposição de profissionais que deixaram o programa. Caso as vagas não sejam preenchidas, haverá nova chamada para médicos brasileiros formados no exterior, em abril, e, em maio, para médicos estrangeiros, informou a Agência Brasil (5/2). A região Nordeste foi contemplada com 1.784 vagas, seguida por Sudeste (1.019), Sul (520), Norte (395) e Centro-Oeste (393). O profissional que se inscreve no programa indica quatro municípios onde deseja trabalhar e concorre com os médicos que optarem pela mesma cidade. Caso não seja contemplado, tem duas outras oportunidades para escolher as vagas remanescentes. Como atrativo desta edição, o médico pode receber



bônus de 10% na pontuação das provas de residência, por clinicar por um ano em local determinado, na especialização de saúde pública.

A cada trimestre, o Ministério da Saúde lançará edital para oferta de vagas em municípios que ainda não aderiram ao programa. Segundo o ministro Arthur Chioro, a nova etapa do Mais Médicos vai expandir o atendimento de 50 para 63 milhões de pessoas. Para este ano, o orçamento previsto para o programa é de R\$ 2,69 bilhões, registrou o Estadão (4/2). Desta vez, a prioridade é dos municípios com 20% da população em extrema pobreza, baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), regiões de alta vulnerabilidade em áreas metropolitanas e tribos

indígenas. A cidade de Bom Conselho, no Agreste de Pernambuco, foi uma delas. Contemplada anteriormente com a chegada de duas médicas cubanas, nesta edição o time será reforçado com mais três profissionais brasileiros, segundo artigo de Luciene Rodrigues publicado no Diário de Pernambuco (6/2) com o sugestivo título “Quando chega a esperança”. O texto relata o impacto que “a notícia terá sobre cidadãos de rincões ou de recôncavos mais excluídos das capitais”. A autora salienta que, apesar dos argumentos dos sindicatos e associações dos profissionais de médicos brasileiros e de vários contrários ao programa, o momento é de comemoração e esperança: “Quem passou anos à margem do sistema, quem viveu tempos como órfão de médicos nos cafundós nordestinos por motivos diversos, vai comemorar a notícia de que mais 309 profissionais do polêmico programa irão reforçar o time de atendimento básico à população de 82 municípios do estado”, disse. Ao todo, 14.462 profissionais já atuam no programa e estão distribuídos em 3.785 municípios: são 1.846 brasileiros formados no país, 1.187 brasileiros formados no exterior e 11.429 cubanos.

Pacote reduz despesas com saúde do trabalho

O ministro do Trabalho Manoel Dias anunciou, durante visita à sede da Força Sindical, em São Paulo (9/2), lançamento de pacote trabalhista com medidas de aumento de arrecadação e corte de gastos que chegariam a 10 bilhões de reais em 2015, noticiou O Globo (10/2). Segundo o jornal, as medidas incluiriam intensificar a fiscalização nas empresas e preveem cortes de cerca de 70 milhões de reais na saúde do trabalho. Durante o anúncio, o ministro adiantou que cerca de 2,7 bilhões de reais seriam obtidos com o incremento da fiscalização eletrônica — que segundo o ministro permitirá aumentar o universo de empresas fiscalizadas, coibir inadimplência e fraude no pagamento de contribuições e ajudar a elevar a cobrança de multas das empresas que desrespeitam as regras trabalhistas — e outros 2,6 bilhões de reais viriam da formalização de 500 mil trabalhadores, informou o jornal carioca. A notícia também registrou que o Ministério também estudava redução nos gastos relacionados à saúde do trabalho, que custariam algo em torno de 70 bilhões por ano, mas não informou, no entanto, como seriam diminuídos estes gastos. A medida recebeu críticas de sindicalistas,

que preveem mais rigor na concessão de benefícios aos portadores das chamadas “doenças profissionais”. “Em vez de penalizar os trabalhadores com a retirada de direitos, o governo deveria tomar medidas que realmente possam corrigir as distorções e fraudes, como por exemplo, a instituição do imposto sobre grandes fortunas, a taxação de remessas de lucros e dividendos para o exterior e a redução da taxa de juros, fomentando a produção, o consumo e gerando emprego”, declarou Miguel Torres, presidente da Força Sindical, ao jornal Hora do Povo (10/2).

A Agência Brasil divulgou números diferentes quando noticiou o lançamento oficial do pacote (11/2), registrando previsão de arrecadação de 5,1 bilhões de reais até o fim de 2015. Do total, 2,5 bilhões de reais viriam do Plano Nacional de Combate à Informalidade e 2,6 bilhões provenientes das medidas de combate à sonegação do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). Segundo a agência, o pacote inclui o envio ao Congresso Nacional de projeto de lei para aumentar o valor da multa para o empregador que mantém o empregado sem carteira assinada. E a capacitação de 1,5 mil auditores fiscais para tornar



FOTO: FABIO RODRIGUES POZZEBON/ AGÊNCIA BRASIL

mais eficiente a fiscalização. Em relação à formalização de trabalhadores, a meta é incluir 400 mil empregados no mercado formal; no que diz respeito à sonegação do FGTS, a meta é superar as 32 mil empresas que foram autuadas em 2014 por deixarem de pagar contribuição. O país deixa de arrecadar, anualmente, mais de 88,8 bilhões de reais com a informalidade — com aproximadamente 14 milhões de trabalhadores sem carteira assinada — e com a sonegação de FGTS.



Mochilas prontas: estudantes discutem participação na 15ª



Em meio às vozes e expressões que marcam a 9ª Bienal da UNE (União Nacional dos Estudantes), de 01 a 06 de fevereiro, no Rio de Janeiro, a defesa da saúde pública e a participação social no SUS entraram na pauta de discussões com o seminário *Educação, Saúde e Desenvolvimento*, promovido pela Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG) para incentivar o envolvimento dos estudantes na 15ª Conferência Nacional de Saúde, agendada para os dias 23 a 26 de novembro. Além do debate sobre o papel da juventude na luta em defesa do SUS, o encontro formulou propostas a serem encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre questões como direito à saúde, financiamento, controle social e valorização dos trabalhadores e da educação em saúde.

As vozes da juventude apontam para um anseio de participar da vida política e decidir os rumos da sociedade brasileira. É o que acredita a presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, ao enfatizar que a 15ª Conferência é um desses espaços legitimados para a participação social — e, no caso, de afirmação do direito à saúde. “Enfrentamos cotidianamente

limites à democracia no Brasil, por isso temos que disputar e ocupar os espaços de participação. A juventude precisa se somar a nós na defesa do SUS, por meio da poesia, da arte, do teatro, da luta na rua”, destaca. Para ela, o tema da conferência deste ano permite discutir a saúde de um ponto de vista amplo, abrangendo questões contemporâneas como a violência, o preconceito racial, o uso de agrotóxicos, os dilemas do financiamento e a privatização.


Já o representante da área de Saúde na ANPG, Dalmare Anderson, acredita que ainda é pequena a participação estudantil nos espaços das conferências. Para reverter essa carência, a presidente do CNS anunciou que pretende estimular a realização de fóruns de debate mais livres, inclusive nas redes sociais, que possam gerar propostas a serem remetidas ao encontro nacional. Para Dalmare, o envolvimento dos estudantes nesses espaços é um caminho para transformar os futuros profissionais em defensores do SUS. “Além de pesquisadores e estudantes, precisamos nos pensar como atores sociais, que não apenas ‘passam’ pela formação universitária, mas que buscam intervir na realidade”, pontua.

Atualmente os estudantes contam com três representações no Conselho Nacional de Saúde, principal instância de participação social no SUS. As entidades

que ocupam essas cadeiras são a UNE (como titular), a ANPG (1ª suplente) e a Direção Executiva Nacional dos Estudante de Medicina (Denem – 2ª suplente). Mas de acordo com Maria do Socorro, na maioria dos estados brasileiros, não existe participação dos estudantes nos conselhos regionais.

Com a proposta de afirmar a saúde como um direito do povo brasileiro, a 15ª Conferência Nacional de Saúde deve reunir profissionais, gestores e usuários do SUS em torno do tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: Direito do povo brasileiro”. As etapas municipais e estaduais devem acontecer de abril a setembro.

Na visão de Marianne Rocha, mestrande em Biologia Celular e Molecular no Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) e integrante da Associação de Pós-Graduandos (APG) da Fiocruz, o estudante, principalmente o pós-graduando, não se vê como um agente promotor da saúde pública. A participação em espaços como as conferências ajudam esses jovens a se enxergar como parte ativa do SUS. “Se eu faço o teste de um fármaco novo que vira um medicamento, eu participo de uma cadeia maior que beneficia o SUS e não só gera produtividade acadêmica para meu currículo”, aponta, ao defender que o estudante precisa ir além da bancada de pesquisa e das cadeiras da sala de aula.

Para Michelly Ribeiro da Silva, também integrante do conselho e representante da Rede Nacional Lai Lai Apejo (Saúde da População Negra e DST/Aids), as manifestações de junho de 2013 colocaram em pauta a questão da participação política da juventude. “Fica um desafio para as conferências: como dialogar com as juventudes, para que elas estejam presentes nas instâncias de participação social, não apenas com direito a voz, mas também a voto?”, pontua. Leia mais sobre a 15ª Conferência Nacional de Saúde no site do programa Radis (www.ensp.fiocruz.br/radis). 

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



FOTO: TIAGO MACHADO | DAGEP/SGEP/MS

Radis Adverte

**PERDER A VERGONHA É EXIGIR RESPEITO!
DENUNCIE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.
LIGUE 180!**





SUS que não se vê

Em artigo no site da *Carta Maior* (6/1), o ex-ministro Alexandre Padilha chamou atenção para a invisibilidade do SUS na mídia ao comentar o caso da modelo e apresentadora Andressa Urach — que teve que se submeter a uma cirurgia para conter uma infecção causada pelo uso indevido de um produto conhecido como hidrogel (composto usado em pacientes que desejam diminuir pequenas rugas do rosto, além de cicatrizes e celulites num procedimento chamado de preenchimento). Padilha lembrou que, depois de um périplo por clínicas particulares sem solução definitiva, foi em um hospital 100% SUS, do Grupo Hospitalar Conceição (um dos poucos próprios do Ministério da Saúde)

que a modelo teve a sua vida salva e a saúde reabilitada. Ele escreveu: “Nem no meu maior devaneio SUSista esperava uma manchete do tipo: *Hospital do SUS salva modelo com complicações em procedimentos estéticos realizados em clínica privada*. Ou: *Ao contrário de Miami, modelo não precisou pagar antecipadamente por vida salva em Hospital do SUS*.” O desconforto de Padilha faz sentido e mostra as dificuldades que o sistema enfrenta quando se trata de merecer visibilidade na mídia. As filas e a dificuldade de acesso sempre ganham manchetes, enquanto ações efetivas muitas vezes sequer são mencionadas pelos meios de comunicação.

Machismo e bullying

Nem uma boa intenção salva uma má execução. Na primeira semana de fevereiro, a veiculação de uma das peças da campanha publicitária *Bebeu, perdeu*, do Ministério da Justiça, motivou a indignação de centenas de usuários do Facebook. O cartaz mostra duas jovens segurando um celular, rindo de uma terceira adolescente, em imagem onde se lê o texto: “Bebeu demais e esqueceu o que fez? Seus amigos vão te lembrar por muito tempo”. Em poucas horas no ar na rede social, a campanha recebeu mais de 500 comentários, a maioria acusando a campanha de machista e considerando que a peça culpabiliza vítimas de assédio e abuso sexual e estimula o bullying. O ministério retirou o post do ar e tentou se retratar, classificando-o como “mal entendido”, e reafirmando que o objetivo da campanha era conscientizar jovens sobre os malefícios do álcool. “Atuamos em políticas públicas em conjunto com a Secretaria de Políticas para a Mulher (SPM) contra a violência doméstica, o feminicídio e outras formas de violência contra a mulher”, ressaltou em comunicado. As outras peças

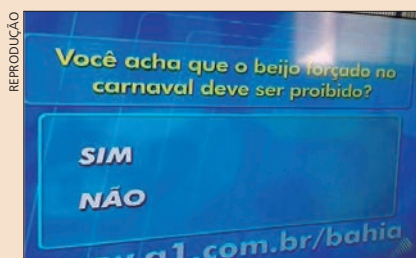
da campanha, também bastante criticadas pelos internautas, continuaram contudo, no ar. O episódio demonstra o cuidado que se deve ter ao propor estratégias de comunicação e saúde, principalmente quando são produzidas nos moldes da publicidade comercial, cujas técnicas e produtos não se mostram eficazes para promover as “mudanças de comportamento” que suas campanhas almejam.



Beijo à força é crime

No mínimo duvidosa a enquete veiculada pela Rede Bahia, na primeira semana de fevereiro. “Você acha que o beijo forçado no carnaval deve ser proibido?”, indagou a afiliada baiana da TV Globo em sua página na internet. A pergunta sugeriu aos espectadores ser aceitável um “beijo forçado” e ignorou que a prática pode ser considerada crime, como lembrou o jornalista Gustavo Barreto, em sua página em uma rede social. “O assédio sexual e o estupro, crimes tipificados em nossa legislação federal, foram dessa forma estimulados por um canal informativo, que se utilizou de sua notável influência para

impor uma falsa dicotomia: a de que um crime é uma questão de mera opinião”, opinou Gustavo, que encaminhou denúncia para o Ministério Público Federal e também para sua representação na Bahia.



O atraso vem aí

Legalização do aborto? “Vai ter que passar por cima do meu cadáver para votar”, já avisou Eduardo Cunha (PMDB-RJ), novo presidente da Câmara dos Deputados. A declaração foi dada ao jornal *O Estado de S. Paulo* (9/2) e reproduzida por *O Globo* (10/2). Evangélico, eleito com o apoio da bancada religiosa da casa, Cunha lidera um grupo que é contrário a qualquer matéria relacionada ao amparo à saúde da mulher em caso de aborto e ampliação dos direitos dos homossexuais. Em 2014, conseguiu fazer com que o governo recuasse em uma portaria que previa procedimentos no SUS em caso de aborto legal. As declarações são um alerta sobre a tônica que vai reger o Congresso na nova legislatura, considerada a mais conservadora desde 1964.

Palavras plantadas

Na luta por colocar a sociedade contra a regulação da mídia, *O Globo* tenta ludibriar o leitor e influenciar a discussão com artifícios que por si justificam a preocupação em melhor regulamentar o assunto no país. Na capa da edição de 10/2, o jornal carioca atribui a Eduardo Cunha o aviso “Sem regulação da mídia e do aborto”. Nas páginas internas, no entanto, o leitor atento descobre que as declarações sobre a mídia foram “plantadas” em entrevistas concedidas em outros contextos e a outros veículos: Pura manipulação da informação!

Falha nossa (I)

O leitor Eduardo Vaz, de Coronel Fabriciano (MG), apontou para incorreção na matéria *O lugar das enfermeiras e obstetras* (*Radis* 148), que reduziu, no título e no subtítulo, a profissão a atividade exclusiva de mulheres. Professor de enfermagem, ele alertou para o risco de se contribuir para “estereótipo cultural que insiste em rondar o senso comum no que tange a enfermagem como profissão estritamente feminina”. *Radis* pede desculpas aos enfermeiros e obstetras pela edição e reafirma seu compromisso em não reforçar estereótipos ou preconceitos de qualquer natureza.

Falha nossa (II)

O número de catadores que receberam indenizações por conta da desativação do lixão de Gramacho foi de 1.603, e não de 120, conforme publicado na reportagem *Lixões: tempo esgotado* (*Radis* 149). Pedimos desculpas pelo equívoco.



Ministerio do Trabalho e Emprego

CARTEIRA DE TRABALHO
E
PREVIDÊNCIA SOCIAL

blica Democrática, realizou simulados
e fronteiras; definiu, em
hospitais de referência
casos suspeitos;
de comunicação
erno federal; imple-
os passageiros nos
porte aos países
a Ocidental.
garantir que as
tecnicamente
e priori-
aero-
acometa-
A
orienta-
precisa-
e
de infecção; o
tica. Na reunião espe-
durante a 136a sessão
OMS, em 25 de janeiro, re-
de ebola demonstra, mais um
dos países apresentarem siste-
tegrados, resilientes e capazes de
Regulamento Sanitário, Internaciona-
envolver e manter as capaci-
ação e resposta às emergê-

a resposta ao surto está cen-
para garantir as capacidades
role e tratamento dos casos,
comunidade; contribuição para o
de sistemas de saúde adequados
etidos e suporte às pessoas e aos
breviveram à doença. Os desafios
o surto e trabalhar na preparação
Portanto, o sucesso dessa luta
orta para todos nós.

FOTOS: MDS



O QUE ESTÁ POR TRÁS DE RENÚNCIA E DESONERAÇÃO FISCAL

250 bilhões de reais deixaram de ser arrecadados em 2014 com o não pagamento de contribuições e impostos; estratégia gera impactos negativos no orçamento federal da saúde, no pagamento de aposentadorias e pensões e na garantia de benefícios assistenciais

Luiz Felipe Stevanim

Menos impostos e contribuições, mais crescimento econômico, mais emprego e bem-estar para a população. Essa lógica utilizada pelo governo e pelo setor empresarial para defender a política de renúncias e desonerações parece simples, mas esconde o real impacto da diminuição da arrecadação que financia a Seguridade Social: menos direitos sociais para todos os brasileiros. A estimativa da Receita Federal é que em 2014 o governo abriu mão de recolher R\$ 136,5 bilhões somente com as contribuições sociais. Somado aos impostos, este valor chega a cerca de 250 bilhões perdidos com desonerações e renúncias.

Para a maioria da população, expressões como gastos tributários e renúncias fiscais parecem não ter qualquer relação com a realidade cotidiana. Mas essa política que pretende favorecer o mercado diminuindo a capacidade de arrecadação do Estado atinge os recursos utilizados para garantir a Saúde, a Previdência e a Assistência Social, direitos previstos pela Constituição Federal de 1988. A conta das desonerações chega até os cidadãos porque é menos dinheiro a ser gasto pelo governo para compor o orçamento federal da saúde, pagar aposentadorias e pensões e garantir os benefícios assistenciais. *Radis* conversou com especialistas da área tributária e da economia da saúde para entender as contradições que se escondem por trás das desonerações e os dilemas e desafios que se apresentam para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Beneficiário do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) no Distrito Federal: programa é um dos que podem ser impactados pelas desonerações



POR TRÁS DAS DESONERAÇÕES

Quando o presidente da República em exercício, Michel Temer, em dezembro de 2014, assinou a lei que tornou permanente a chamada desoneração da folha de pagamentos, 56 setores da economia tiveram a extensão de um benefício que representou a perda de R\$ 21,6 bilhões para a Seguridade Social em 2014. A lógica da estratégia do governo é diminuir os encargos sobre o setor empresarial e estimular a competitividade da economia brasileira. O mesmo argumento já havia sido usado pelo então ministro da Fazenda, Guido Mantega, ao se reunir com empresários no Palácio do Planalto na presença da presidenta Dilma Rousseff, em maio do mesmo ano.

Na prática, porém, as desonerações impactam as contribuições sociais e, somadas, geraram a diminuição de R\$ 102,5 bilhões no orçamento a ser gasto com Saúde, Previdência e Assistência Social somente em 2013 (veja quadro na página 17). Os dados são da Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal (Anfip) e revelam que o valor que deixou de ser arrecadado com as contribuições sociais foi maior que o orçamento federal da Saúde para o mesmo ano (R\$ 85 bilhões). Se de um lado o segmento empresarial e o governo destacam que essa política pretende proteger a economia brasileira em um contexto de crise internacional, de outro uma pergunta precisa ser feita: Quem paga a conta das desonerações?

“BRASIL MAIOR”, SEGURIDADE MENOR

Em artigo publicado na *Folha de S.Paulo*, em agosto de 2014, o mesmo vice-presidente Michel Temer qualifica a concessão de benefícios tributários como um exemplo de inclusão social reconhecido internacionalmente, ao lado do *Bolsa Família* e outros incentivos. Ao defender a política de desoneração da folha de pagamentos, ele argumenta que “o governo abre mão de arrecadação volumosa em prol do bem-estar da população”. Criada três anos antes, em agosto de 2011, e regulamentada pela lei 12.546, essa modalidade de benefício soma-se a outros estímulos do governo dados ao setor empresarial, como a renúncia de recursos do Programa de Integração Social (PIS) e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) — fontes estratégicas de dinheiro para as três áreas da Seguridade (Saúde, Previdência e Assistência Social).

Ao lançar o Plano Brasil Maior, em 2011, que previa medidas para manter a estabilidade da moeda e retomar o crescimento econômico, o governo federal anunciou a implantação da desoneração da folha, inicialmente sobre quatro setores da economia (confecções, couro e calçados, *call center*, móveis e *software*). A política substituiu a contribuição previdenciária sobre 20% da folha de pagamentos por outra no valor de 2% ou de 1%, a depender do setor, sobre a receita bruta da empresa. Atualmente, outras 52 áreas da economia são beneficiadas, incluindo indústrias de medicamentos e fármacos. Como lembra a presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), Rosa Maria Marques, o próprio governo



federal, logo quando lançou o projeto, reconheceu que essa substituição não era neutra, pois traria perdas para a Seguridade Social.

Na visão do vice-presidente de Assuntos Fiscais da Anfip, Vanderley Maçaneiro, os governos fizeram, ao longo do tempo, a opção política de usar as contribuições sociais para promover benefícios tributários. Em outras palavras, sobra menos dinheiro para investir em áreas sociais. “Ao abrir mão desses recursos, o governo deixa de aplicar na Saúde e na Previdência, o que ameaça as conquistas conseguidas com o capítulo da Seguridade Social da Constituição, que reconheceu esses direitos a serem garantidos pelo Estado”, ressalta.

CONTRIBUIÇÕES E IMPOSTOS

Diferentes dos impostos, as contribuições sociais — Programa de Integração Social (PIS), Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), além das contribuições previdenciárias — são o chamado “dinheiro carimbado”, que tem o destino certo de financiar áreas sociais (veja a diferença na página 16). De acordo com Vanderley, a Anfip defende que a política de desonerações seja feita com impostos e não com contribuições sociais.

Segundo uma estimativa da própria Receita Federal, o governo pode ter deixado de arrecadar R\$ 136,5 bilhões em 2014 somente com as contribuições sociais, o que corresponde a 54,7% dos chamados gastos tributários no ano (perdas com desonerações e renúncias sobre impostos e contribuições). Nesse total, estão à frente o que se deixou de arrecadar com a Cofins, que teria sido de R\$ 58,5 bilhões, e com as contribuições previdenciárias (57,1 bilhões), incluindo as desonerações sobre a folha (ver quadro na página 17).

A Seguridade Social é a garantia dada pela Constituição Federal de 1988 para três direitos sociais: saúde, previdência e assistência social. Em 2014, seu orçamento definido em lei foi de R\$ 643,9 bilhões. Esse dinheiro é usado para compor a despesa do governo federal com saúde, além de pagar todas as aposentadorias dos trabalhadores urbanos e rurais regidos pela Previdência, bem como pensões e outros benefícios assistenciais, como o Bolsa Família, programas de segurança alimentar (Programa de Aquisição de Alimentos para o combate à fome) e pagamentos vinculados ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), destinados a idosos e pessoas com deficiência que não possam prover sua própria subsistência — e também para as que se encontram em situações de vulnerabilidade ou de fragilidade social, decorrente da pobreza ou outros fatores. Na hora de fazer a conta, o dinheiro que deixa de ser arrecadado com as desonerações significa menos recursos para garantir esses direitos.

O grande dilema é que as compensações sobre as desonerações previstas em lei não têm sido repassadas pelo governo. A regra era de que a União deveria compensar o Fundo do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) para que as medidas não gerassem perdas. Mas somente em 2013, quando foram deixados de arrecadar R\$ 19,04



FOTO: ANFIP/CRISTIANO EDUARDO

bilhões com a folha, menos da metade desse total foi compensado (9,02 bilhões), de acordo com o relatório *Desoneração da Folha de Pagamentos: Oportunidade ou Ameaça?*, elaborado pela Anfip. Com isso, a perda para a Seguridade Social foi de R\$ 10,02 bilhões apenas naquele ano, que se soma aos outros 92,5 bilhões perdidos com Cofins, PIS, CSLL e contribuição previdenciária.

Vanderley: Desonerações fiscais são ameaças às conquistas conseguidas com o capítulo da Seguridade Social da Constituição de 1988

FALTA DEBATE E INFORMAÇÃO

Se de um lado o Brasil precisa de uma reforma tributária para cobrar os impostos de modo mais equilibrado, de outro a sociedade não foi ouvida na polêmica das desonerações. É o que aponta Rosa Maria Marques, ao afirmar que essa política tem representado uma “minirreforma tributária” vinda de cima para baixo, sem a discussão com os principais interessados. “As desonerações têm sido adotadas sem que os trabalhadores, os aposentados e a população brasileira, interessados no SUS, tenham podido discutir sobre o assunto”, alertou.

Se não há debate, também falta informação. Um dos argumentos usados pelo governo para promover as desonerações é a ideia difundida pelo setor empresarial de “Custo Brasil”, que seriam os encargos que dificultam os investimentos no país. Mas, de acordo com Vanderley Maçaneiro, não há dados que comprovem que essa política gera competitividade e leva à formalização do emprego. Por outro lado, a desoneração tem um efeito claro: a diminuição de recursos para a Seguridade Social. Ele aponta ainda que as contribuições sociais são responsáveis por mais da metade do dinheiro arrecadado pela União (somente em 2013, foram 56% dos R\$ 1,14 trilhões arrecadados com todos os tributos) — o que mostra o seu papel estratégico.

O economista Carlos Octávio Ocké-Reis, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), acredita que a desoneração da folha de pagamentos tenha tido papel importante na manutenção do emprego, principalmente em um contexto de crise econômica internacional. Mas ele defende que esses incentivos devem ser dados sobre tributos que não incidam nas políticas sociais. O pesquisador alerta, porém, para outro tipo de renúncia, em relação aos planos privados de saúde, que ameaçam o SUS. “O



problema da saúde no Brasil não é conjuntural e sim estrutural, e vem da relação parasitária que o setor privado sempre desenvolveu em relação ao SUS, ameaçando um direito da população”, enfatiza. É o caso das renúncias fiscais dadas a prestadores privados de saúde e da dedução feita pelos cidadãos e pelas empresas no Imposto de Renda (IR), que estimulam o consumo de planos e contribuem para a precarização da saúde pública. (Radis 131)

GASTO INVISÍVEL

Além das desonerações sobre as contribuições sociais, as renúncias fiscais também impactam a saúde pública. A diferença entre uma e outra é que a desoneração, como acontece com a folha de pagamentos, deveria envolver compensações do governo, como explica Vanderley. Já com as renúncias, o Estado simplesmente abre mão dos tributos para estimular a iniciativa privada. O que ambas têm em comum, no caso dos impostos e contribuições que financiam a saúde, é que representam menos recursos para garantir os direitos da população.

Ao abrir mão de parte do dinheiro destinado à saúde ou à previdência, o governo faz os chamados gastos tributários, isto é, despesas indiretas por meio de renúncia ou desoneração de tributos. Na prática, são perdas na arrecadação, com a entrada de menos recursos que poderiam ser usados para financiar os serviços que garantem os direitos sociais. De acordo com estimativa da Receita Federal, os gastos tributários com saúde em 2014 foram de cerca de R\$ 23 bilhões, o que representa tudo o que a União deixou de arrecadar com os impostos pagos pelas famílias, pelos empregadores, pela indústria farmacêutica e pelos hospitais filantrópicos. Tal valor — invisível para o cidadão — representa aproximadamente 27% de todo o orçamento federal da Saúde no mesmo ano. (veja quadro na página 17)

Autor do livro *SUS: o desafio de ser único* e de uma série de estudos que apontam as disputas entre a saúde pública e a privada no Brasil, Ocké-Reis analisou os gastos tributários com saúde, entre 2003 e 2011, e concluiu que os recursos que deixam de ser utilizados pelo SUS favorecem o mercado privado de planos. Para ele, as renúncias

fiscais têm diminuído as despesas dos brasileiros mais ricos e estimulado a “saúde” financeira dos prestadores privados — segundo ele, uma atividade econômica já altamente lucrativa. No artigo “Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar?”, publicado em 2014, o pesquisador aponta que em 2012 as renúncias e desonerações foram responsáveis por 10,5% do faturamento dos planos de saúde. “Não adianta defender mais recursos para o SUS se não enfrentamos o problema do favorecimento dado ao setor privado”, destaca.

SETOR PRIVADO FAVORECIDO

As medidas econômicas de desonerações e renúncias fiscais fazem parte de um contexto mais amplo de ameaça ao SUS e de benefícios dados ao setor privado. É o que acredita a pesquisadora Maria Angélica Borges dos Santos, da Escola de Governo em Saúde, vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Ela explica que as desonerações são mecanismos de incentivo ao mercado. Como determina a Constituição, tanto a saúde quanto a educação são obrigações do Estado, que podem ser prestadas utilizando capacidade própria ou da iniciativa privada.

Em sua análise, enquanto na área da educação, a atuação privada e o capital estrangeiro entraram livremente nos últimos dez anos, a esperança era de que o SUS oferecesse algumas blindagens a essas mudanças que ameaçam os direitos da população. Porém, o avanço do setor privado, que deveria funcionar de forma complementar ao SUS e não de modo independente, tem levado a um cenário de favorecimento cada vez maior da chamada “medicina de mercado”. “O conceito que parece estar sendo abraçado pelo governo é o de que desonerar a saúde privada equivale a dar acesso à população a serviços de saúde”, enfatiza a pesquisadora.

Segundo Maria Angélica, os recursos dos quais o governo abre mão de arrecadar são compreendidos como “investimentos públicos”. “Mas não se trata disso, porque o que ocorre é o fortalecimento da iniciativa privada e da lógica de consumo via planos de saúde”, explica a pesquisadora, ao concordar que quem perde são os cidadãos, com menos dinheiro para a área da saúde. De acordo com sua visão, trocar recursos que iriam financiar o SUS por desonerações aos planos privados não é garantir o direito à saúde e sim favorecer o predomínio da lógica financeira do “quem pode pagar”.

O que Maria Angélica faz questão de destacar é que a luta contra as desonerações é uma questão ideológica e não apenas técnica. É uma disputa entre um modelo que privilegia o sistema privado e outro que garante o acesso a todos os brasileiros. “O que se está discutindo não é tanto uma questão de valores financeiros, são valores em termos de princípios — saúde como direito de cidadania versus saúde como bem de consumo privado”, pondera. Na sua análise, por trás das desonerações, esconde-se o incentivo aos brasileiros a dependerem cada vez mais dos planos de saúde.

Maria Angélica:
Desonerações são incentivo
ao mercado e mostram a
disputa entre a “saúde como
direito versus saúde como
bem de consumo”



FOTO: DIEGO AZEREDO



SUS AMEAÇADO

De acordo com a Receita Federal, as desonerações podem compensar gastos realizados pelos contribuintes com serviços não atendidos pelo governo ou incentivar determinado setor da economia. Também servem para “promover a equidade” ou para compensar associações privadas que prestam serviço que deveriam estar a cargo do Estado, tais como hospitais filantrópicos. Já na visão da vice-presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e pesquisadora na área de economia da saúde da Ensp/Fiocruz, Isabela Soares Santos, essas medidas passam uma mensagem bem clara para a população: que o governo está abrindo mão da prestação de um serviço público.

Para os cidadãos que fazem a opção pelo setor privado e deduzem os gastos com saúde no Imposto de Renda, o *bolso* pode ser aliviado em um primeiro momento, mas o enfraquecimento da saúde pública é um prejuízo a longo prazo para todos, alerta Isabel. “Esse segmento da população que utiliza o setor privado deixa de usar e defender o SUS”, comenta. Segundo ela, essa é talvez a principal armadilha das desonerações e renúncias fiscais. “Se as pessoas podem recorrer aos planos de saúde, para que investir na saúde pública? Como convencer a opinião pública de que a saúde é um direito?”, completa.

Em sua tese de doutorado, apresentada

FOTO: FELIPE PLAJUSKA



em 2009 na Ensp, Isabela constatou que a concorrência entre os sistemas público e privado privilegia os brasileiros mais ricos e favorece o consumo de planos. “A existência de dois sistemas em competição afeta negativamente o que é público”, alerta, destacando que o Brasil é o segundo maior mercado de planos de saúde no mundo, com 50,6 milhões de beneficiários em 2014, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para Isabela, renúncias e desonerações passam a mensagem de que o governo está abrindo mão do serviço público

Caminhos para o financiamento do SUS

Se de um lado as desonerações diminuem os recursos disponíveis para a Seguridade Social, de outro a luta por mais financiamento para a saúde é uma das principais bandeiras levantadas pelos movimentos sociais que defendem o SUS. O *subfinanciamento crônico* é apontado como um dos gargalos a serem revertidos pelo Projeto de Lei de Iniciativa Popular, conhecido como *Saúde+10*, que tramita desde junho de 2013 e propõe que o governo federal aplique 10% de sua Receita Corrente Bruta (RCB) na saúde. As parcelas do orçamento que os estados e os municípios destinam a essa área já são regulamentadas pela Emenda Constitucional 29 de 2000 (12% e 15%, respectivamente), mas a parte da União varia anualmente. “O que acontece é que a União vem colocando, proporcionalmente, cada vez menos dinheiro no SUS desde que ele foi criado”, aponta Isabela Soares, vice-presidente do Cebes, uma das entidades que compõem o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública.

O projeto de lei popular contou com 2,2 milhões de assinaturas, mas perdeu força no Congresso Nacional diante de uma nova Proposta de Emenda Constitucional (358 de 13 de novembro de 2013), batizada como PEC do orçamento impositivo. A proposta, apresentada pela presidência do Senado Federal, prevê que, no lugar de 10%

da Receita Corrente Bruta, a União destine à saúde 15% da Receita Corrente Líquida (RCL). Com a mudança, ao invés de R\$ 257 bilhões, o valor destinado à saúde cairia para 64 bilhões. “Se esse novo projeto for aprovado, não só o SUS contará com menos recursos do que necessita como será muito difícil que, *a posteriori*, se faça qualquer alteração, por se tratar de uma emenda constitucional”, alerta a presidente da ABrES, Rosa Maria Marques, outra das associações que compõem o movimento, ao destacar que mudar a Constituição exige aprovação de 3/5 do Senado e da Câmara dos Deputados.

“O Brasil faz parte de um seleto grupo de países que conta com um sistema público universal na área da saúde. Contudo, a participação do gasto público na saúde é menos que a metade da realizada nos demais países”, enfatiza Rosa. Ela assinala ainda que o gasto em saúde no Brasil é majoritariamente privado (47% com recursos públicos e 53% privados, em 2010). Como também aponta Isabela Soares, o custo da saúde aumenta cada vez mais, por causa de fatores como envelhecimento da população, transição demográfica e ampliação do acesso, o que não tem sido acompanhado pelo aumento dos investimentos públicos.

Entidades como o Cebes e a ABrES, ao lado de outras como a Associação Brasileira de Saúde

SAIBA MAIS:

Desoneração da Folha de Pagamentos: Oportunidade ou Ameaça? – Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal (Anfip): <http://goo.gl/Z23SOS>

Análise da Seguridade Social – 2013 – Anfip: <http://goo.gl/NYwfmH>

Incentivo às avessas – Revista Poli nº 37 (nov-dez/2014) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz): <http://goo.gl/Z6C9Xk>

Caderno Temático 3 – Seguridade social, reforma tributária e desoneração fiscal – Plataforma Política Social: <http://goo.gl/AXVw3l>

Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar? (Carlos Otávio Ocké-Reis): <http://goo.gl/6XKVgl>

Pelo SUS com financiamento mais justo <http://goo.gl/tx3R2X>

Saúde+10 (Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública) <http://www.saudemaisdez.org.br/>



Coletiva (Abrasco), a Plataforma Política Social e o Grito dos Excluídos, assinaram o manifesto “Pelo SUS com financiamento mais justo”, que reforça a urgência de aprovação do projeto da *Saúde+10*. De acordo com o documento, “O que se vê até os dias de hoje é a mesma falta de prioridade para a saúde. Se as autoridades públicas e os parlamentares reconhecem que a saúde pública é subfinanciada e que deveria ter ampliada a sua base de financiamento haveria de se instaurar maior discussão no parlamento para inclusive tornar claro para a população os motivos reais do não acatamento do PL de iniciativa popular.”

DINHEIRO “DESVINCULADO”

Uma das principais “rotas de fuga” do dinheiro que deveria ser destinado à Seguridade Social pode estar com os dias contados. A chamada Desvinculação de Receitas da União (DRU) é um mecanismo que permite ao governo “desviar” até 20% das receitas das contribuições sociais (exceto as previdenciárias) para usar no chamado ajuste

fiscal. Na prática, esse dinheiro que deveria garantir os direitos sociais pode ser empregado para pagar juros da dívida. Esse “buraco negro” da Seguridade Social foi criado em 1994 e tinha validade até 2011, mas foi prorrogado até 31 de dezembro de 2015.

De acordo com Vanderley, esse mecanismo recebeu um nome “irônico” quando foi criado (Fundo Social de Emergência), pois trata-se de um instrumento para retirar dinheiro da área social. “Depois virou o Fundo de Estabilidade Fiscal e por fim assumiu o nome do que de fato era: desvinculação de recursos que tinham destino certo, que deveriam ir para a Saúde, a Previdência e a Assistência Social”, explica. Em 2013, do total de R\$ 651 bilhões do arrecadado com contribuições, cerca de 63 bilhões foram destinados à DRU. O economista Carlos Ocké-Reis também destaca que o fim dessa desvinculação é uma luta política importante para garantir os recursos da seguridade. “Precisamos atacar a DRU, pois com ela esse dinheiro pode ser usado para o pagamento dos encargos financeiros da dívida pública, em detrimento do financiamento do SUS”, pontua.

ENTENDA AS DIFERENÇAS

IMPOSTO

O imposto é arrecadado sem vinculação (sem finalidade específica). Pode pagar desde juros da dívida até financiar a Saúde e a Previdência. Exemplos: Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI).

CONTRIBUIÇÃO

É o chamado dinheiro “carimbado”, destinado a financiar áreas específicas, como a Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social). Exemplo: Cofins (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social), PIS/PASEP, CSLL (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido), Contribuição Social Previdenciária.

RENÚNCIA FISCAL

A renúncia é uma perda direta de arrecadação. O governo abre mão dos impostos. Exemplos: Podem ser deduções no Imposto de Renda (sobre gastos com saúde e educação, por exemplo) ou incentivos fiscais (na forma da redução da alíquota do IPI ou outros impostos)

DESONERAÇÃO FISCAL


Retira a cobrança de um lado, mas envolve compensações. Não poderia gerar perdas sobre o que é arrecadado. Exemplo: a União deixa de cobrar sobre a folha de pagamentos, mas mantém a arrecadação sobre outras fontes.

MAIS JUSTIÇA NOS TRIBUTOS

De acordo com os especialistas ouvidos pela *Radis*, o tão falado problema de excesso de impostos no Brasil sofre de um “desvio de foco”: a questão não é o volume dos tributos, mas como eles incidem de modo desigual entre os cidadãos. “Quem paga a conta é o cidadão brasileiro, principalmente quem ganha menos, pois proporcionalmente a carga tributária sobre os pobres é muito mais pesada do que sobre os ricos”, é o que esclarece o vice-presidente de Assuntos Fiscais da Anfip, ao apontar que o sistema tributário brasileiro é perverso.

Com os impostos incidindo sobre o consumo e não sobre a renda, um brasileiro que ganha um salário mínimo vai pagar o mesmo imposto sobre uma garrafa de água do que outro que recebe 20 salários. Para Vanderley, a reforma tributária no Brasil é possível, sem retirar recursos da área social. Segundo ele, a distribuição mais justa dos tributos precisa seguir dois caminhos: de um lado, simplificar as obrigações tributárias; de outro, reduzir o número de tributos.

Na visão de Isabela, a ideia de que o *Custo Brasil* é maior do que em outros países é uma falácia para justificar o desmonte do serviço público, que deveria atender os direitos dos cidadãos. “Essa proposta tem fundamento no pensamento econômico neoliberal, ao contrário de uma visão que privilegia os direitos sociais”, defende. A diferença em relação a outros países, para Isabela, é que a população vê o retorno dos impostos que paga por meio de serviços públicos de qualidade.

O alerta que Maria Angélica deixa é que se engana quem pensa que pode recorrer aos planos de saúde para suprir as deficiências do sistema público, pois no fim todos perdem. “As desonerações fortalecem o setor privado e fazem parte de um processo maior que entende a saúde como mercadoria. O impacto para o cidadão é o aumento da desigualdade de acesso, que fere um dos princípios do SUS, a equidade”, enfatiza a pesquisadora. Na hora de colocar na balança, a perda com as desonerações vai para os direitos sociais de todos os brasileiros. 

PERDAS COM DESONERAÇÕES

ESTIMATIVA DE GASTOS TRIBUTÁRIOS SOBRE CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS EM 2014

11,6

8,2

58,5

57,1

136,5

249,7

BILHÕES DE REAIS

Contribuição Social para o PIS-Pasep

Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL)

Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins)

Contribuição para a Previdência Social (incluindo a desoneração da folha)

Total de gastos tributários sobre contribuições sociais

Total de gastos tributários (Contribuições + Impostos)

GASTOS TRIBUTÁRIOS NA SAÚDE EM 2013

9,9

3,5

2,7

3,4

1,4

20,9

BILHÕES DE REAIS

Despesas médicas com deduções no Imposto de Renda Pessoa Física

Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados (desconto no Imposto de Renda Pessoa Jurídica)

Entidades Sem Fins Lucrativos Assistência Social

Medicamentos

Outros

Total

Fonte: Receita Federal

150 desafios para 2015

A convite da Radis, especialistas e ativistas celebram a 150ª edição apontando temas com impacto na Saúde este ano

Adriano De Lavor, Bruno Dominguez, Elisa Batalha, Liseane Morosini e Luiz Felipe Stevanim

A revista *Radis* chega a sua 150ª edição propondo resgatar o espírito que já movia a pioneira equipe que criou o Programa Radis, em 1982, quando defendia colocar a informação a serviço da emancipação popular na luta por saúde e por democracia. De lá para cá, muitos processos, escolhas e contextos se modificaram, mas a inspiração que impulsiona o trabalho continua a mesma: contribuir, a partir da comunicação, para a promoção da saúde sonhada e formulada pelos pioneiros da Reforma Sanitária, e que inclui defesa da qualidade de vida, condições dignas de trabalho, seguridade social, acesso à moradia digna e ao lazer, a construção de ambientes saudáveis e conquista de autonomia dos sujeitos e democracia plena. Ciente de que esta não é uma construção solitária, mas sim solidária, a equipe solicitou a colaboração de pesquisadores, especialistas e ativistas das mais variadas áreas do conhecimento — todos leitores da revista — para que propusessem temas que, em 2015, merecem a atenção daqueles que lutam, no seu cotidiano, pela legitimação do direito à saúde, saúde universal, equânime e integral, e que por isso mesmo se constroem a partir das interseções, encontros e dos diálogos que trava com outros direitos e outras áreas de conhecimento. O resumo destas propostas, problemas, alertas e desafios é o que o leitor encontra logo a seguir. São temas variados, complexos, interligados e desafiantes que indicam olhares, apontam direções e sugerem caminhos, mas que não se esgotam nem se concluem. Como é da natureza das listas serem incompletas, os desafios eleitos pela *Radis* estão aí para estimular o leitor a refletir, dialogar e a qualificar a discussão sobre a Saúde que se quer construir a partir de agora e convidá-lo a responder: qual o grande desafio para a Saúde em 2015?

Autonomia para a mulher

Laicidade nas políticas de saúde e autonomia das mulheres para decidir sobre seus corpos são temas destacados pela advogada **Cynthia Semiramis**, doutoranda em Direito na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). “Temos visto diversos ataques a essa autonomia impactando direitos como aborto, contracepção e situações de violência intrafamiliar, violência obstétrica”, adverte a pesquisadora, que credita esta realidade a uma onda conservadora que procura reduzir mulheres a situações relacionadas a família e maternidade e ignora seus projetos pessoais e profissionais através do “controle médico da vida reprodutiva”. Cynthia alerta para a necessidade de revisão do Código Penal, no que diz respeito à legislação sobre o aborto e para o risco que representam projetos como o “estatuto do nascituro”, que trata o embrião como sujeito de direitos ao mesmo tempo em que trata mulheres como incubadoras descartáveis. “A luta pela legalização do aborto deve ser pensada como uma luta não só por autonomia, mas também contra o racismo, já que são as mulheres negras as maiores vítimas de mortalidade materna”, indica. A pesquisadora acredita ainda que deve-se pensar a saúde como laica, sem interferência religiosa de nenhum tipo. “Não cabe pensar em saúde da mulher apenas pelo viés de uma religião que considera o embrião como superior à gestante, pois existem outras interpretações, e existe uma mulher adulta que juridicamente é sujeito de direitos, tem prevalência sobre o embrião (pois ele só tem expectativa de direito) e por ser sujeito, ela tem autonomia para gerir sua vida”.

Humanização contra a violência

“Diante dos desafios representados pelo fenômeno das violências — no plural, para enfatizar sua polissemia — penso que gestores e trabalhadores da Saúde deveriam priorizar as incontáveis possibilidades de intervenção existentes no nível da atenção básica”, sinaliza **Feizi Milani**, médico e professor do curso de Medicina da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Ele considera que as equipes de Saúde da Família e seus agentes comunitários possuem enormes potencialidades para promover a cultura de paz em seus territórios: “Em parceria com outros atores sociais, elas podem realizar práticas educativas direcionadas ao fortalecimento das redes sociais de apoio, à integração entre diferentes gerações, ao empoderamento de crianças e adolescentes como agentes de transformação social, à resolução pacífica de conflitos, ao diálogo familiar, à igualdade de gêneros, à valorização da diversidade, e ao engajamento coletivo na melhoria da qualidade de vida”, diz. Para o professor, o direito humano à saúde pressupõe acesso universal à prevenção, assistência e recuperação, que se caracterizam não apenas por boa qualidade técnica, mas também por humanização e ética. “Enquanto essas três vertentes não forem percebidas como elementos interconectados e interdependentes, testemunharemos a crescente insatisfação dos usuários de serviços de saúde com posturas eticamente questionáveis de profissionais de saúde e com a desumanização da relação médico-paciente”. O desafio, propõe, é que as instituições de ensino superior desenvolvam currículos e programas nos quais a competência técnica, o rigor ético e os valores humanos sejam desenvolvidos de forma plenamente integrada ao longo de toda a formação em saúde.

Combate às epidemias locais de HIV

A complexa e inédita articulação de ações e serviços de saúde prevendo a universalização do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, início precoce do tratamento e estratégias combinadas de prevenção da exposição ao vírus são condições para que seja possível erradicar a aids em 2030, postula **Ricardo Kuchenbecker**, professor de epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pesquisador do Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Iats/CNPq). Segundo ele, transcorridas três décadas da epidemia, tais ações representam importantes desafios aos sistemas locais e regionais de saúde. “Embora o Brasil apresente uma epidemia de aids concentrada nas populações mais vulneráveis (homens que praticam sexo com outros homens, profissionais do sexo, travestis e usuários de drogas), cabe considerar as especificidades locais e regionais”, aponta. Ricardo informa que o Ministério da Saúde tem priorizado estratégias para enfrentamento de epidemias locais mediante iniciativas de cooperação interfederativa, envolvendo gestores estaduais, municipais, serviços de saúde, universidades e organizações das pessoas vivendo com HIV/aids. “Para que estas iniciativas sejam exitosas, é necessário conhecer melhor o contexto epidêmico dessas regiões e *hotspots* através de pesquisas epidemiológicas e comportamentais que efetivamente subsidiem as respostas dos serviços de saúde”. Boa parte das pesquisas produzidas no Brasil nas últimas décadas não abordam algumas das especificidades dos contextos epidêmicos locais, explica. “Não é possível desenvolver respostas locais sem conhecer os contextos epidêmicos onde as ações são mais prioritárias. Este é o primeiro passo para a construção de respostas efetivas para enfrentar a aids em escala mundial”, adverte.



Regulação da comunicação

Para o jornalista **Gustavo Gindre**, especialista em regulação da atividade de cinematográfica e audiovisual e integrante do Coletivo Intervozes, duas pautas são prioritárias na área de comunicação. A primeira é a universalização da banda larga, “insumo essencial no século 21”. Ele argumenta que no Brasil fez-se a opção por promover a universalização do acesso, modelo que começa a encontrar seus limites, que é o de até onde se pode pagar. A segunda pauta é a da regulação da comunicação. “Temos uma legislação que é um verdadeiro cipoal de leis que se contradizem”, diz o pesquisador, lembrando que o código que trata da radiodifusão, com 63 anos, é do tempo em que a TV era local, ao vivo e em preto e branco. “O Brasil não tem ferramentas contemporâneas de regulação. Também não temos avançado em questões primordiais, como direito de resposta, programação infantil e diversidade regional”. Ele adverte que muito se fala na capacidade da mídia em influenciar as pessoas, mas que o seu maior poder é o de pautar (ou não) os assuntos. “Esse poder se caracteriza pela capacidade de impor o silêncio sobre determinados temas”, salienta. Gustavo considera que a questão da comunicação é negligenciada, o que permite que a mídia crie a confusão entre censura, que é sempre prévia, e regulação, que é *a posteriori* e com regras definidas. “Queremos regular a comunicação para reduzir ao mínimo a censura que os meios já exercem diariamente, por meio de temas que não entram no debate, e garantir assim a diversidade”, argumenta. Ele acredita que só será possível avançar em pautas estratégicas, como a universalização da saúde pública, se houver uma comunicação democrática.

Atenção à precaução ambiental

Maureen Santos, coordenadora do programa de justiça socioambiental da Fundação Heinrich Böll, chama atenção para três temas ambientais. O primeiro é a crise hídrica, “consequência do modelo em que a gente vive”. Por um lado o problema é climático, sinaliza. Estudos apontam a ligação entre duas grandes secas da Amazônia nos últimos anos com a produção de chuvas. “É preciso pensar nas consequências e nas relações entre os fenômenos climáticos e a degradação observada na Amazônia por conta da expansão da área agrícola”. Por outro, existe a crise de abastecimento, causada pela falta de planejamento e de investimentos em armazenamento e distribuição, com impacto sobre a qualidade da água que se consome, observa. Os outros dois problemas estão interligados — a produção de alimentos transgênicos e a utilização de agrotóxicos em larga escala na agricultura. “Há pesquisas mostrando níveis de agrotóxicos extremamente altos no sangue de populações de cidades inteiras em regiões agrícolas. Em 2013 completamos dez anos da liberação dos transgênicos no país e ainda são poucos os estudos dos impactos sobre a saúde”. Ela alerta para a necessidade de mais debate sobre as consequências desse modelo de produção. “Por que na Europa os transgênicos e os agrotóxicos são tão restritos e aqui consumimos produtos banidos em muitos lugares do mundo?”, questiona. Maureen indica que a nova onda são os alimentos com biofortificação, onde se acrescentam componentes não originais por pressão da indústria de alimentos, e também a liberação no ambiente de espécies animais transgênicas, utilizadas para controle biológico da dengue e de pragas das lavouras. “Não temos visto a devida preocupação com o princípio de precaução ambiental”, adverte.

Resgate da confiança no SUS

“Trabalhadores, uni-SUS!”, convoca o sanitarista **Heitor Werneck**, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), propondo aos militantes da Saúde que acompanhem os gastos públicos no setor. Ele considera que, diante do atual contexto de “subfinanciamento crônico do SUS, somado a uma conjuntura de déficit fiscal, baixo crescimento e inflação fora da meta”, será difícil imaginar aumento de recursos federais para a saúde em 2015 e avanços no “Saúde+10”. Para que o SUS avance, Heitor propõe que trabalhadores restaurem a confiança que uma vez tiveram nos serviços públicos de saúde. Ele avalia que há uma contradição à lógica do SUS universal e igualitário no uso de recursos públicos, privilegiando clientela fechadas com planos privados de saúde por meio de subsídios fiscais ou mesmo com o financiamento direto de serviços privados para funcionários públicos. “Além de contraditórios e injustos, estes gastos públicos solapam a aliança dos trabalhadores com o SUS, incentivando sua migração para a saúde suplementar”. Entre os beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares, 65% obtêm cobertura como benefício indireto do emprego, informa ele. “Restaurar a aliança do núcleo produtivo da sociedade — hoje devota dos planos — com o SUS é fundamental para a consolidação do nosso seguro público de saúde”, resume. Ele reconhece que sua proposta pode ser impopular, mas renderia alguns bilhões de reais que poderiam ser úteis no esforço por equilíbrio fiscal e combate à inflação. Trazer os servidores públicos para realizarem a atenção básica no SUS “seria um golaço”, já que garantiria haver vozes defendendo sua qualidade no dia-a-dia, orienta.



Ameaça aos direitos indígenas

Defender os direitos indígenas é uma questão ética para a sociedade brasileira, pois afirma o respeito a diversidade e dignidade da vida humana, defende a médica **Ana Lucia de Moura Pontes**, pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Ela alerta para o risco que correm estes direitos com o desarquivamento, em 2015, da Proposta de Emenda Constitucional 215, que visa transferir para o Congresso Nacional a atribuição de aprovação da demarcação de terras tradicionalmente ocupadas por indígenas e a ratificação das demarcações já homologadas. A pauta é um retrocesso nos direitos garantidos pela Constituição de 1988, adverte a pesquisadora. “Se o processo de demarcação deixar de ser um procedimento técnico e jurídico do Executivo e passar a ser disputa político-partidária na Câmara, esses direitos ficarão em risco”, prevê. Ela explica que as terras representam para os povos indígenas autonomia e segurança para a continuidade de seus modos de vida e, para os não-indígenas, “a conservação de biomas ameaçados, o equilíbrio climático, a preservação da diversidade sociocultural e o acesso a conhecimentos que ainda estamos começando a respeitar e entender”, acentua. A instabilidade e revisão do direito à terra terá como consequência o acirramento das desigualdades sociais que já existem entre indígenas e não-indígenas, adverte, e também se refletirá na saúde. “Indicadores de morbimortalidade mostram que a população indígena apresenta riscos e índices mais elevados”, situa a pesquisadora, lembrando que a proposta fere o direito garantido aos povos indígenas de serem consultados quando elaboradas medidas legislativas e administrativas que lhes afetem.

Construção de cidades para as pessoas

Recuperar a dimensão coletiva das cidades. Esse é o desafio colocado pelo pesquisador **Orlando Júnior**, do Observatório das Metrôpoles, do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Ele lamenta que os espaços urbanos venham sendo dominados pelo mercado. “As intervenções em curso revelam a incapacidade do Estado em se pautar por critérios universalistas, centrados no objetivo da inclusão social dos diferentes grupos sociais à cidade, e a crescente adoção de um padrão de intervenção centrado na exceção, focado em certas áreas da cidade com capacidade de atração de investimentos, subordinando as políticas, implementadas de forma discricionária, aos interesses de grandes grupos econômicos e financeiros que comandam a nova coalizão empreendedorista empresarial”, diz. O pesquisador recomenda que os espaços sejam efetivamente públicos. Praças, viadutos, prédios e ruas são modos de organização da cidade, influenciam a maneira como vivemos, lembra ele. Por isso, devem ser construídos e destruídos a partir dos interesses de todos, não de alguns. “Cidade para as pessoas, e não para os negócios” é o seu lema.

Isso inclui medir melhor o bem-estar urbano, saindo da avaliação individual de renda, educação e longevidade previstas no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). “Os indicadores atuais não dão conta de equipamentos coletivos, como saneamento e mobilidade, que incidem sobre a reprodução social — e fortemente na saúde”, analisa.

O Observatório das Metrôpoles recomenda a adoção do Índice de Bem-estar Urbano, abrangendo indicadores de atendimento de serviços coletivos (água, esgotamento sanitário e lixo), de condições habitacionais (quantidade de pessoas que moram em aglomerados subnormais e densidade domiciliar) e de mobilidade urbana (tempo de deslocamento casa-trabalho).

Tratamento para doenças negligenciadas

“O tema do acesso, não só a tratamentos disponíveis para as doenças negligenciadas, mas também a mais pesquisa e desenvolvimento de novas maneiras de apoiar a inovação, para que novos tratamentos, mais e melhores diagnósticos sejam possíveis” é um dos pontos destacados pela médica **Carolina Batista**, diretora para a América Latina da organização Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi). Ela lembra que entre os que sofrem com a Doença de Chagas, por exemplo, menos de 1% têm acesso aos tratamentos disponíveis. Ela relata que existe um ciclo de negligência que passa pela falta de diagnóstico — já que o problema pode ficar assintomático por anos — bem como por subnotificação e relutância de profissionais de saúde em prescrever medicamentos que podem ter efeitos indesejados. As palavras-chave são coordenação e acesso, adianta. “Deve haver coordenação entre os países endêmicos para atender as demandas e criar um consenso regional sobre o tratamento e as estratégias regionais de combate. Falamos não só de doenças negligenciadas, também de populações negligenciadas”. Carolina relata que a doença afeta pessoas em áreas rurais, populações empobrecidas, que têm pouco acesso e visibilidade. Desde 2010, existe a Federação Internacional de Pessoas Afetadas por Chagas (Findichagas). “Com a imigração e a globalização, essas pessoas estão no mundo inteiro. A América Latina hoje é uma região que tem um papel muito importante e condições de definição de prioridades no desenvolvimento de ferramentas e de mecanismos de financiamento inovadores”, resume.

Desenvolvimento para inclusão

A pesquisadora **Cristiane Quental**, do Departamento de Administração e Planejamento da Ensp/Fiocruz e o médico **Luis Eugenio de Souza**, presidente da Abrasco, apontam para as possibilidades de articulação virtuosa entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento social. “A saúde deve estar no centro do modelo de desenvolvimento de um país inclusivo, sendo a política de ciência, tecnologia e inovação em saúde um componente da política de saúde”, defende Cristiane. Os pesquisadores acreditam que a sustentabilidade do SUS depende de uma política industrial e de desenvolvimento econômico voltada para a soberania nacional, e que aumente concomitantemente o acesso da população à saúde e a capacitação tecnológica da indústria. Eles listam os desafios que demandam discussão permanente: o padrão tecnológico seguido no SUS embute o padrão de desenvolvimento da saúde no país e é objeto de fortes interesses e intensa disputa política; e o alto grau de inovação tecnológica torna ainda mais difícil a articulação do Estado e da sociedade para a definição dos rumos industriais, que continuam sendo um desafio para a política. Outra questão importante, aponta Cristiane, é a necessidade de ampliar o espaço de discussão desta temática para além da área da Saúde Pública. “Seria importante chamar as Ciências Sociais para discutir mais essa agenda, que se beneficiaria muito com sua contribuição, além de ganhar mais espaço na sociedade”. Por último, ela considera que um tema obrigatório em toda agenda de C&T é a insuficiência ou a inadequação de grande parte do arcabouço institucional e legal para promover a relação universidade-indústria no Brasil, uma das principais fontes de inovação no mundo.

Necessidade do diálogo sobre drogas

O médico psiquiatra **Edmar Oliveira** identifica que a ausência da descriminalização do uso de drogas na pauta do governo em 2015 é um problema: “O recuo que tivemos no campo da saúde mental no primeiro governo Dilma vai aumentar”, prevê, analisando que por trás deste recuo pode haver acordos para manter as alianças com setores evangélicos “mais atrasados”. Ele enxerga que “os novos manicômios (as comunidades religiosas, chamadas de ‘terapêuticas’) vão expandir sua clientela e orienta que é preciso discutir a descriminalização do uso de drogas. Não é possível manter encarcerada uma juventude que é usuária e/ou traficante de drogas”, avalia, relatando que não há como separá-los: “Usuário também trafica. O que acontece é uma divisão por classe: quem pertence à classe média é sempre usuário. O pobre é sempre traficante”. Edmar também vê a necessidade de discutir o uso de drogas lícitas e receitas. “O álcool e o tabaco, drogas lícitas, são muito mais nocivos à saúde do que a maconha. E o clonazepam (Rivotril), droga receitaada indiscriminadamente, cria mais dependência que o tabaco ou a cocaína”, exemplifica. No campo dos transtornos mentais, o psiquiatra adverte que a desospitalização não foi acompanhada pela implantação de serviços em quantidade (e qualidade) adequada, o que gera desassistência e retorno do discurso dos que querem a reativação dos leitos hospitalares. “A terceirização que vem acontecendo em todo o país representa um golpe de morte. Os Caps, serviços que substituiriam o manicômio, passam pela precarização de seus vínculos de trabalho”, sentencia.

Avanço nas políticas de soberania alimentar

O grande desafio é dar andamento à consolidação de políticas públicas (algumas delas já iniciadas) que promovam a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, indica a nutricionista **Inês Rugani**, diretora do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). “Não somente avançar com algumas que estão ainda incipientes como também evitar que retrocedam outras que já estão mais sólidas”, adverte, traduzindo o desafio em questões como a efetiva implementação do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional; o apoio a práticas de mercado no âmbito da alimentação que promovem a saúde e um sistema alimentar sustentável, como agricultura familiar, e o cerceamento de práticas produtivas que comprometem o sistema alimentar, a soberania alimentar e a saúde, como uso de agrotóxicos, cultivo de produtos transgênicos ou similares. Inês propõe ainda a regulação de práticas mercadológicas que promovem alimentação nociva à saúde, a exemplo da propaganda de produtos ultra-processados, além de estratégias de publicidade e marketing dirigidas a crianças; a ampliação e qualificação da abordagem alimentar no âmbito do SUS, “que hoje ainda pratica uma abordagem medicalizante da alimentação”, e a difusão e implementação do novo *Guia Alimentar para a População Brasileira*, que segundo ela traz uma abordagem “revolucionária” e pioneira no mundo. A nutricionista lembra que em 2015 ocorrerá a 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, cujo lema será *Comida de verdade no campo e na cidade: direitos e soberania alimentar*, torcendo para que haja interfaces entre estas questões e a agenda da Saúde.

Diálogo para qualificar o acesso

A partir do tema da 15ª Conferência Nacional de Saúde — *Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro* — a sindicalista **Berenice de Freitas Diniz**, integrante do Observatório do Controle Social do SUS da PUC Minas, avalia que o acesso ao Sistema Único de Saúde nas diversas regiões do país não é igual para todos, e na maioria dos casos, ainda restrito. “Como ter saúde pública de qualidade se não há o acesso equânime às políticas e ações de saúde?”, questiona a pesquisadora, que também considera fundamental o acesso à comunicação e à informação no interior do sistema — seja para obtenção de informações sobre seu estado de saúde ou doença, ou o acesso a dados sobre o funcionamento do sistema (como gastos, programas e projetos). “A falta de comunicação com a sociedade, por meio do diálogo, é um problema vivenciado nas políticas públicas; no SUS, não é diferente”, avalia, identificando que os temas polêmicos sempre mobilizam pronunciamentos de autoridades na mídia, mas não geram diálogo com a sociedade. “Os fluxos e caminhos dentro do SUS são criados sem a participação dos cidadãos, sem ouvir suas necessidades e sem entender suas dificuldades em percorrer os caminhos dentro do sistema”, analisa. Para Berenice, é a ausência do diálogo que abre espaço para que o sistema ceda a pressões e interesses de corporações e do mercado, que não são públicos, e para que os cidadãos desconheçam o que está em jogo quando é implantada alguma política pública. “O SUS precisa de um canal aberto para dialogar com a sociedade. Para se ter saúde pública de qualidade e cuidar bem das pessoas é necessário ouvi-las, é necessário dialogar com elas”, afirma.

Prevenção no início da vida

“Eu gostaria de ver muito mais investimento por parte dos municípios em tudo o que diz respeito à prevenção na infância”, recomenda a psicóloga **Claudia Cabral**, diretora executiva da Associação Brasileira Terra dos Homens. Ela identifica que há crianças vivendo em situação de violência e que muitas vezes são afastadas de suas famílias por violências estrutural — ausência de serviços básicos — e familiar. “É fundamental o investimento público em serviços que atendam o indivíduo no começo da vida com habitação, saúde e educação”. A pesquisadora avalia que ao investir na saúde da mãe durante a gestação, trabalha-se com a família inteira; ao trabalhar a gravidez precoce, também pode abordar questões como gênero, figura paterna, perspectivas de vida profissional, geração de renda, responsabilidade e cidadania. Claudia diz ainda que é possível pensar na oferta de creches, na sua dimensão, importância e qualidade. Ela lembra que existe o Plano Nacional da Primeira Infância, embora a maioria dos municípios ainda não tenha feito seus planos municipais. “Eu creio firmemente que, ao se debruçar nas políticas para a primeira infância, a sociedade pode oferecer uma base fundamental de cidadania e inclusão, atingindo a todos e preparando o terreno para em médio prazo obter resultados visíveis”. Para isso, diz esperar, em 2015, por uma maior valorização da responsabilidade social, além da ambiental. “As empresas têm investido na responsabilidade ambiental há mais tempo do que na social e sinto que há um amadurecimento e uma qualificação nesse sentido”. Por fim, considera ser fundamental qualificar a gestão pública, principalmente em nível municipal.

Emergência de novos agravos

Os acidentes com motocicletas são uma epidemia devastadora e se configuram como um processo de saúde, alerta o médico infectologista **Carlos Henrique Nery Costa**, que foi presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. “Tem havido uma dicotomia: se essa é uma questão de saúde ou de segurança”, analisa, para logo apontar o profundo impacto dos acidentes na saúde pública. “Causa mortes precoces, danos permanentes, impacta os serviços de urgência”, lista ele. Ele explica que nos países em desenvolvimento, e especialmente na América Latina, as doenças mais ligadas à Medicina Tropical vêm desaparecendo: a urbanização afastou as pessoas dos lugares onde elas ocorriam e surgiram novos agravos. “É um ecossistema novo, inusitado, com características terríveis, como a violência”, aponta Costa. Mesmo que as mortes violentas sejam consequência desse contexto maior, ressalva, a saúde deve procurar soluções, aliada a outros setores. “É dever da saúde e dos cientistas tropicais sair do nicho das doenças tradicionais e não se calar diante desses novos desafios”, conclama o pesquisador. As favelas do Rio de Janeiro, construídas sobre morros no coração da cidade, são um símbolo das precárias condições de vida, que geram problemas físicos e psicológicos. “No resto do país, os ambientes subumanos ficam escondidos pela paisagem, mas não podemos fingir que eles não existem”.

E VOCÊ, LEITOR, O QUE ACHA? Qual o grande desafio para a Saúde em 2015? Envie sua resposta para radis@ensp.fiocruz.br ou publique na nossa página no Facebook.

Problema persistente

Prevalência cai, mas Brasil é o único no mundo que não conseguiu eliminar propagação da doença

Bruno Dominguez

No final de janeiro, quando as atenções estavam voltadas para o Dia de Luta contra a Hanseníase, o Ministério da Saúde divulgou dados da situação brasileira aparentemente positivos: a taxa de prevalência caiu 68% nos últimos dez anos, passando de 4,52 por 10 mil habitantes, em 2003, para 1,42 por 10 mil habitantes, em 2013. Mas o ritmo da queda não será suficiente para cumprir um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas: eliminar a hanseníase até o fim de 2015 — o que significa registrar no máximo um caso a cada 10 mil habitantes. Assim, o Brasil segue com dois títulos perversos: o único país do mundo que não conseguiu eliminar a doença e o que concentra mais casos novos dela a cada ano.

Presente ao Apelo Global 2015 por um Mundo sem Hanseníase, evento realizado no Japão, o coordenador nacional do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), Artur Custódio, teve uma dimensão da repercussão internacional dos índices brasileiros. “As pessoas se perguntavam quais eram as estratégias que podiam auxiliar mais o país e por que não conseguimos chegar a um caso a cada 10 mil habitantes”, contou ele à *Radis*.

O ministro da Saúde, Arthur Chioro, disse em entrevista coletiva que “não trabalha com datas” para a eliminação da hanseníase: “Mais que estabelecer uma data, no SUS buscamos consistentes avanços dos indicadores da doença”. Segundo ele, o Brasil tem melhores condições de controlar os casos desde a criação do Mais Médicos, que expandiu a atenção básica, levando equipes com médicos para áreas de difícil acesso, justamente onde a prevalência de hanseníase é maior. “O controle não se dá com vacina ou só com informação; depende do diagnóstico e do tratamento, portanto, da presença de médicos”.

DESIGUALDADE REGIONAL

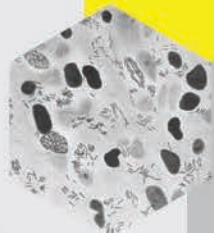
Mato Grosso, Pará, Maranhão, Tocantins, Rondônia e Goiás são as áreas com maior risco de transmissão, concentrando mais de 80% do total de casos diagnosticados. No Mato Grosso, por exemplo, a prevalência chega a 9,03 por 10 mil habitantes — contra a média nacional de 1,42. “São estados da Amazônia Legal, onde as populações estão mais dispersas e têm dificuldade de acesso às unidades básicas ou ao Saúde da Família, e onde também não contávamos com a presença de médicos nas equipes. Isso mudou, o que nos dá mais esperança de controle”, argumentou o ministro.

A hanseníase é uma doença infecciosa, contagiosa, associada a desigualdades sociais, pois afeta principalmente as regiões mais carentes do mundo. É transmitida pelas vias aéreas (secreções nasais, gotículas da fala, tosse, espirro) por pacientes considerados *bacilíferos*, ou seja, sem tratamento — aqueles que estão sendo tratados deixam de transmitir.

Os principais sintomas são dormências, dor nos nervos dos braços, mãos, pernas e pés; lesões de pele (caroços e placas pelo corpo) com alteração da sensibilidade ao calor, ao frio e ao toque e áreas da pele com alteração da sensibilidade mesmo sem lesão aparente; e diminuição da força muscular. Essas manchas são esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas.

O diagnóstico precoce é fundamental, pois evita a evolução da enfermidade para as incapacidades e deformidades físicas. “Hanseníase: quanto antes você descobrir, mais cedo vai se curar” é o mote da campanha lançada em janeiro pelo Ministério da Saúde, que inclui a busca ativa de casos em escolas públicas. Isso porque, quando se identifica uma criança com a doença, existe um adulto do seu convívio ainda sem diagnóstico e tratamento. Em 2014, dos 5,6 milhões de estudantes de 5 a 14 anos examinados, 354 foram diagnosticados com hanseníase, representando 0,15%.

O que é hanseníase?



Doença crônica, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*

Como é transmitida?

Secreções nasais gotículas da fala tosse e espirro por pacientes sem tratamento

Como identificar?

Dormência, dor nos nervos dos braços, mãos, pernas e pés

Diminuição da força muscular

Áreas da pele com alteração da sensibilidade mesmo sem lesão aparente

Caroços, placas pelo corpo, manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas sem sensibilidade ao calor, ao frio e ao toque

PIORA EM 2014

Dados preliminares também divulgados pelo Ministério da Saúde indicam que a taxa de detecção geral da doença foi de 12,14 por 100 mil habitantes em 2014, correspondendo a 24.612 casos novos. Na população com menos de 15 anos, houve registro de 1.793 novos casos. Ao todo, 31.568 pacientes estavam em tratamento no ano passado. O resultado da conta? Um aumento da prevalência, quebrando a tendência de queda. Se os números forem confirmados, o Brasil terá tido prevalência de 1,56 casos por 10 mil habitantes em 2014.

Para o ministro, a pequena elevação dos números é reflexo da campanha de detecção de novos casos e não uma piora na situação no país. "Significa que estamos interrompendo a transmissão, melhorando a nossa capacidade de diagnóstico e tratamento", afirmou ele. Os dados apontando possível piora nos indicadores constavam da apresentação feita pelo ministro Chioro mas não dos textos do Ministério da Saúde encaminhados à imprensa, o que levou o coordenador do Morhan a questionar o feito.

"Soa estranho divulgarem apenas o número absoluto de pacientes em tratamento e não divulgarem também o coeficiente de prevalência (número de casos em tratamento em 31 de dezembro do ano por 10 mil habitantes), justamente o coeficiente que define eliminação", comentou Artur Custódio. "Infelizmente, tudo muito tendencioso. Quando formos realmente falar dos números reais no final do primeiro semestre, a mídia já esqueceu o que foi divulgado em janeiro e não terá como questionar que a eliminação da hanseníase tão propagada não foi contemplada", disse, acrescentando que não há motivos para comemorar se 25 mil brasileiros contraíram uma doença que já poderia ter sido eliminada do país.

Nos últimos dez anos, a taxa de cura aumentou 21,2% no Brasil: era de 69,3% em 2003 e passou para 84% em 2013. Todos os casos de


hanseníase têm cura. O tratamento, oferecido pelo SUS consiste de uma associação de medicamentos chamada de poliquimioterapia (PQT), que evita a resistência do bacilo e deve ser administrada por seis meses ou um ano, a depender do caso. Uma vez por mês, o paciente recebe uma dose supervisionada da medicação na unidade de saúde e leva uma cartela com as medicações padronizadas para casa. As lesões de pele podem desaparecer logo, o que não quer dizer que a pessoa esteja curada, daí a importância de se respeitar o tempo de tratamento.

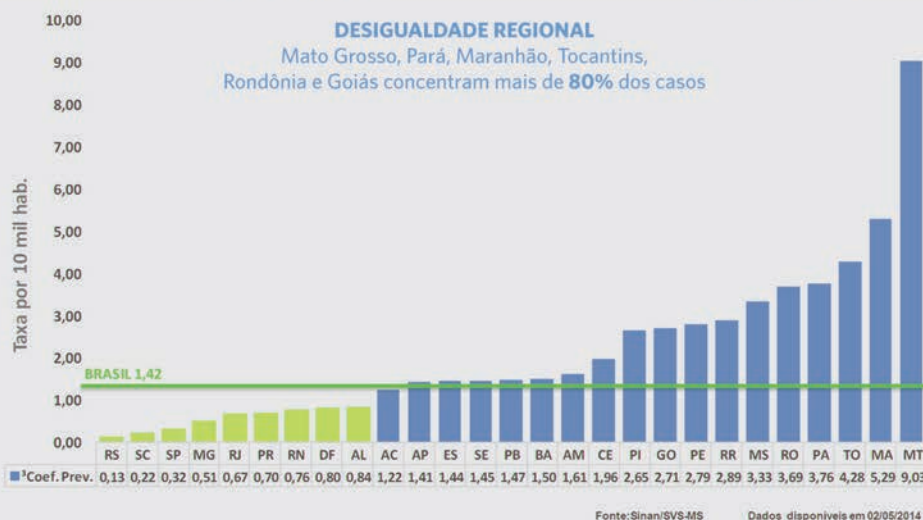
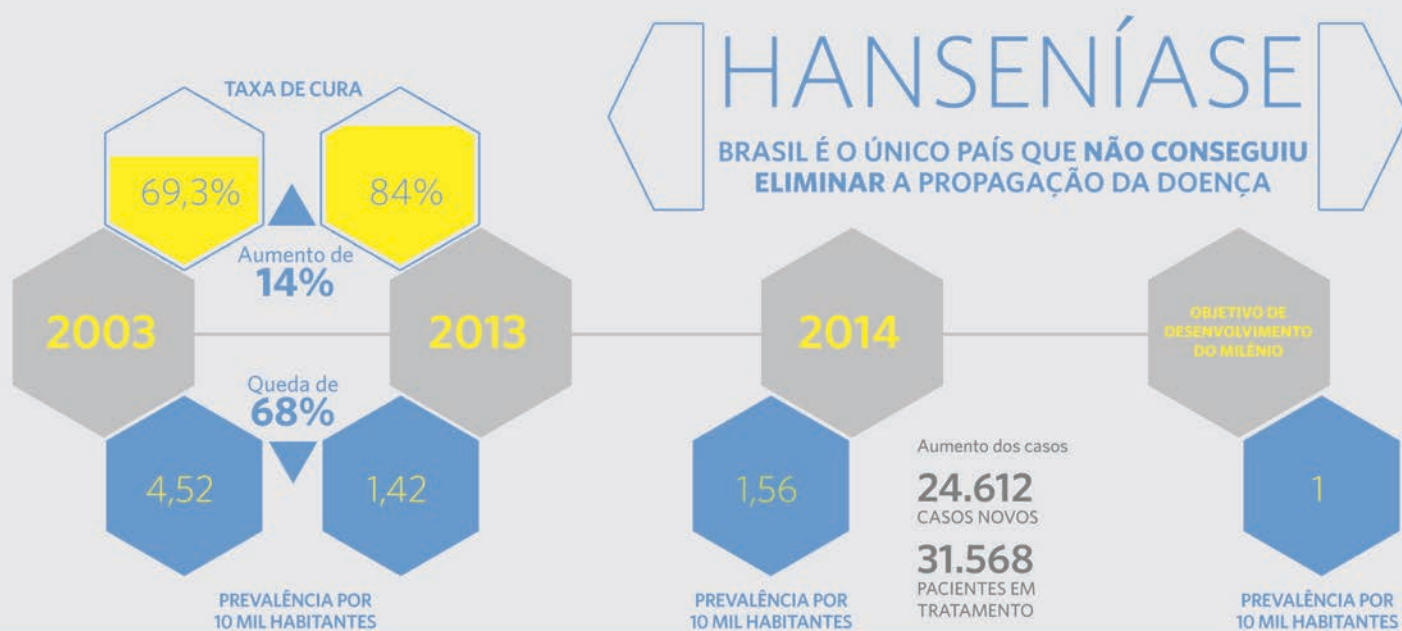
VIOLAÇÃO DE DIREITOS

Para o coordenador do Morhan, o quadro da hanseníase é agravado pela condição social da doença. "A história no Brasil é marcada pela contínua violação de direitos humanos, praticada de forma institucional pelo Estado durante a fase do isolamento compulsório das pessoas diagnosticadas com a doença. Como política, essa prática foi interrompida na década de 1980, mas

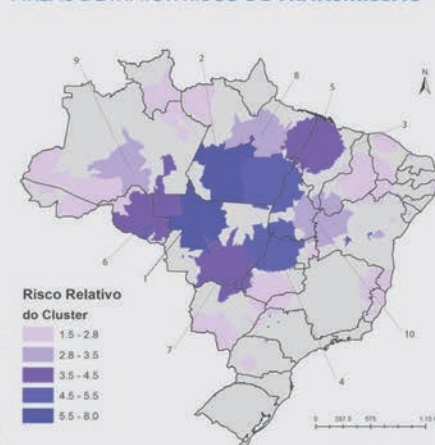
as violações e abusos persistem até hoje, em todo o país", avaliou ele.

Um exemplo atual é o fechamento da colônia Santa Marta, em Goiás, comunidade formada por pessoas que tiveram a doença. O lugar abriga cerca de mil moradores, incluindo 58 antigos pacientes de hanseníase, já curados e com mais de 80 anos. O governo do Estado fechou uma das entradas e propôs mudança para um conjunto habitacional afastado dali. "Hoje, quarenta famílias que vivem na região estão sob ameaça de remoção forçada. São pessoas que foram separadas de seus familiares pelo Estado e agora sofrem com a possibilidade de um novo isolamento", comentou Artur.

A ONU recomenda a reparação dos danos sofridos durante a fase do isolamento compulsório das pessoas com hanseníase e a garantia dos direitos desses cidadãos. O Brasil foi o segundo país do mundo a reconhecer o isolamento compulsório como crime de Estado e a conceder indenizações às pessoas atingidas, depois do Japão. 



ÁREAS DE MAIOR RISCO DE TRANSMISSÃO



DIÁLOGO estruturante

Especialistas criticam uso instrumental da comunicação e apontam caminhos para melhorar relação entre SUS e mídia

Liseane Morosini

“Que saúde você vê?” A pergunta norteou a quarta edição do Conass Debate, evento promovido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em parceria com o Canal Saúde, da Fiocruz, e que reuniu, em novembro de 2014, no Rio de Janeiro, mais de 150 participantes, entre secretários estaduais de Saúde, suas equipes de comunicação, profissionais de imprensa e pesquisadores. O objetivo era “refletir sobre as formas como a saúde (pública ou privada) é comunicada e, por conseguinte, compreendida pela sociedade brasileira”, como divulgado no site do Conass.

Na abertura, o ministro da Saúde, Arthur Chioro, questionou que tipo de comunicação os gestores deveriam utilizar na promoção de um diálogo sobre saúde com a população, indicando que as sociedades democráticas são marcadas necessariamente pelo acesso à informação. “A mídia e os diferentes instrumentos de comunicação social cumprem um papel fundamental na democratização, na garantia do direito ao acesso à informação”, afirmou.

Chioro defendeu que comunicação e saúde devem ser entendidas em conjunto, já que os avanços na construção de um sistema de saúde mais qualificado — capaz de prestar serviço mais humanizado, com mais qualidade — e de uma sociedade mais saudável dependem da capacidade de se desenvolver “uma política de comunicação social em saúde” cada vez mais sintonizada com essas necessidades.

Para o ministro, essa interação entre comunicação e saúde talvez ajude a modificar o senso comum que indica que o SUS não atende às necessidades da população. Mesmo salientando que não enxerga a comunicação como “tábua de salvação”, apontou que ela desempenha um papel importante na construção e na mediação dos valores entre usuários e profissionais de saúde.

Chioro observou que deveria haver uma “disputa pelo imaginário da população sobre o SUS”, identificando que existe uma dissociação entre o que pensam sociedade, ativistas e profissionais de

saúde sobre o SUS. Ao citar pesquisa do Conass, ele indicou que prevalece no imaginário social uma imagem negativa sobre o sistema, mesmo que a avaliação de quem o utiliza seja positiva (pelo menos em relação àquela registrada pelos que não utilizam seus serviços).

Para o ministro, não se trata de não falar sobre as mazelas ou de ignorar os problemas do SUS, mas de encontrar meios que ressaltem experiências de bom cuidado que se contraponham a situações de racismo e de negação do direito à saúde. “Melhorar a imagem do SUS é uma questão de comunicar melhor”, resumiu.

REENCANTAR O SUS

Paulo Gadelha, presidente da Fiocruz, considerou que a comunicação é eixo central e estruturante para a saúde pública brasileira e para a construção do sistema de saúde. Ele afirmou que o SUS é inovador, embora permaneça para a população a imagem dos “nós não desatados”. Para ele, é preciso buscar novamente o espírito da Reforma Sanitária. “Se não conseguirmos reencantar o SUS, fazer com que ele seja internalizado no campo de uma consciência sanitária ampla, fazer da saúde um elemento central do pensar nacional, não conseguiremos dar andamento e soluções aos nossos desafios exclusivamente no campo setorial. A comunicação é central para isso”, ponderou. Gadelha apontou a 15ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorrerá em novembro, em Brasília como um momento de ressignificação para o SUS, quando será possível pensar nas questões que envolvem o sistema e também aquelas relacionadas ao campo da comunicação e saúde.

O farmacêutico Michele Caputo, secretário de Saúde do Paraná, também defendeu a comunicação como instrumento fundamental para fortalecer o SUS, desde que trabalhe não somente seus êxitos, mas também com seus problemas. “Estamos fazendo comunicação só para melhorar o nosso marketing com relação à população? Isso é importante, mas é muito pouco”, disse. Ele acredita que mesmo gestões mais competentes, comprometidas com o processo comunicativo, demandam



a assessoria de profissionais especializados, que possam aliar o uso de tecnologia com o conteúdo.

O secretário, que também é vice-presidente do Conass na região Sul, observou que apesar de todas as melhorias nos indicadores de saúde pública, o que se destaca em grande parte da imprensa e repercute de forma contundente entre a população são os desafios que ainda não foram superados e as dificuldades que o sistema ainda enfrenta. Neste sentido, destacou o caráter propositivo do evento: “O seminário não foi realizado só para dizer o quanto a grande mídia nos atrapalha, a desconstrução que ela faz, ou o tamanho do seu desserviço; ele também tem sua função propositiva”.

Para Michele, é preciso rever a gestão, qualificando a escuta com apropriação das novas tecnologias de informação, de modo que as ações de comunicação retornem para o cidadão sob a forma de informação. “A comunicação é uma ferramenta fundamental para a saúde como um todo, para o sistema SUS no qual a gente milita, trabalha, organiza, e tem a responsabilidade de sua gestão”, salientou.

SAIBA MAIS:

- Conass Debate – Que Saúde Você Vê? – <http://www.canal.fiocruz.br/videosConass/>

OUVIR O OUTRO

O sociólogo Arlindo Fábio de Sousa, superintendente do Canal Saúde, afirmou que comunicação é mais do que uma área estratégica e deve ser entendida como constituinte de qualquer atividade desenvolvida pela gestão. Por isso, advertiu, ações de comunicação não devem ser isoladas da prática da saúde e devem levar em consideração a escuta: “Nem todos estão interessados em estabelecer uma comunicação com o outro lado. E se isso não estiver colocado na saúde, não funciona”, alertou, criticando a velha imagem que mostra a comunicação como um fluxo linear entre emissor e receptor. “O papel do comunicador não está cumprido quando ele emite a mensagem. Tem que ter capacidade de ouvir e dialogar com o retorno”.

Arlindo também chamou a atenção para o fato de que a comunicação não pode se restringir às questões de assistência, mas deve investir nas dimensões relacionadas à qualidade de vida. “Não se trata de falar apenas sobre a questão da ausência de doença, do atendimento a uma pessoa ou da aplicação de uma vacina, mas falar também do contexto político onde as questões da saúde estão inseridas”, precisou.

COMUNICAÇÃO SISTÊMICA

O 4º Conass Debate foi estruturado nos moldes de programa televisivo, aproveitando o formato de dois programas da grade do Canal Saúde, de maneira a possibilitar a interação com a plateia e os internautas que acompanharam o evento em tempo real. Durante a manhã, os debates foram organizados na estrutura do *Unidiversidade*, programa em que os convidados são selecionados minutos antes do início da gravação. A ideia era promover um espaço de inclusão de pessoas e de pontos de vista diferentes, explicou Márcia Córrea e Castro, coordenadora do canal, promovendo a interação entre participantes e plateia — que também eram as principais fontes do debate.

A escolha refletiu a mudança de papel do próprio Canal Saúde na organização do evento. Se nas três edições anteriores a emissora foi convidada apenas para cobrir as discussões, nesta edição também interferiu em seu formato. “Comunicação não é só conteúdo”, salientou Márcia, que alertou para o equívoco que representa considerar a comunicação como “ferramenta” ou “instrumento” e não como “processo” ou “metodologia”. A diferença, sustentou, está relacionada à capacidade que as instituições e/ou os grupos têm para se abrir e dialogar, para ouvir e não só para falar. “Comunicação é muito entendida como uma via de mão única. Você vai falar, a pessoa vai receber a informação e vai alterar seu comportamento ou visão; como se isso fosse possível”, criticou.

Márcia lembrou que os “ruídos” estarão sempre presentes. “Existe o falso paradigma de que basta você falar que as pessoas vão ouvir. Então, o problema para estes é somente onde e como falar”, analisou. Ela defende que o problema é mais amplo, e diz respeito à capacidade de abrir o diálogo, o debate, o espaço de conversa, e pensar a comunicação de forma sistêmica: “Um programa de TV, por exemplo, não é ‘a’ comunicação, mas um dos elementos da comunicação”, advertiu.

DIREITO À COMUNICAÇÃO

As discussões travadas durante a tarde seguiram a estrutura do programa *Sala de Convidados*, um bate-papo, transmitido ao vivo pelo Canal Saúde na internet. Na edição gravada no Conass Debate, participaram o jornalista Murilo César Ramos, professor da Universidade de Brasília (UnB), a professora Inesita Araújo, pesquisadora do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), a repórter Cláudia Collucci, do jornal Folha de São Paulo, e a também jornalista Fabiane Leite, produtora dos programas sobre saúde da Rede Globo. Na pauta, a imagem do SUS na mídia, a relação entre os gestores de saúde e a imprensa, aspectos sobre o cenário político da comunicação no Brasil e seus impactos sobre a saúde brasileira.

Murilo César Ramos afirmou que o direito à comunicação é fundamental para o direito à saúde, mas observou que este debate está longe de ser realizado no país. “Lutamos pelo direito à comunicação e não conseguimos. Esta é uma pauta interdita. Não há interesse da mídia em debater o assunto e ele não está no imaginário da sociedade”. Segundo ele, a mídia veicula a ideia de que tudo que é público e estatal não funciona, o que inclui o sistema público de saúde. “Não há interesse em salientar os aspectos positivos do SUS. Mas o país fez uma opção pelo SUS, isso não tem volta, já é uma conquista”, defendeu, questionando ainda a forma de se fazer jornalismo. “Nosso *ethos* da notícia como mercadoria é ainda muito forte. É possível fazer jornalismo sem cair na banalização”, advertiu.

Inesita Araújo reforçou a ligação entre comunicação e saúde. “A palavrinha ‘e’ estabelece esta relação de complementaridade e define a comunicação como estratégica para a existência de saúde”, afirmou. A pesquisadora lembrou o



Murilo, Inesita, Fabiane e Claudia debateram a imagem do SUS na mídia durante o programa Sala de Convidados

papel das assessorias de comunicação, vistas por ela como lugares de mediação entre o público e o privado. “São atores importantes e estratégicos e que necessitam de mais atenção dos gestores. É preciso investir nessas pessoas”, defendeu, sinalizando que não será possível construir uma política de comunicação com a troca constante de gestores e de seus profissionais de comunicação.

BOAS NOTÍCIAS

Cláudia Collucci argumentou que os jornalistas querem dar boas notícias e que há reportagens positivas sobre o SUS. “Mas é o lado negativo que sobressai”, observou, avaliando que é comum que a “boa notícia” chegue aos jornalistas “colada” à marca de uma gestão, o que dificulta que o assunto se transforme em uma reportagem. A jornalista apontou ainda desconhecimento por parte de gestores e profissionais de saúde sobre o funcionamento da mídia e de seus veículos. “Acho que falta ao profissional do SUS e aos gestores entender como funciona cada veículo, quais são os seus espaços. Falta afinar isso”, indicou.


Para Fabiane Leite, é preciso investir em uma comunicação que permita ao usuário “navegar pelo SUS” e entender como o sistema funciona. “Somos sempre pautados por denúncias acerca da dificuldade de acessar o sistema. Precisamos criar um sistema de navegação para o usuário; de outra forma, ele sempre vai bater na porta dos hospitais lotados e, conseqüentemente, procurar a mídia para denunciar, o que mais uma vez vai virar uma manchete negativa”, concluiu.

PAUTAS “CORRETAS”

Entre os profissionais que atuam nas assessorias há angústia, informou à *Radis* Quitéria Neves Brevilheri, assessora de Comunicação da Secretaria do Estado de Saúde do Paraná. “As demandas são imensas e vindas de vários públicos. A imprensa nos acessa o tempo todo”, afirmou. O exemplo se repete em outros estados. “Todas as assessorias

têm o mesmo perfil: poucas pessoas atuando, com dificuldade de ter equipamentos adequados para fazer uma comunicação vinculada a essa nova realidade que é pautada muito mais pelas redes sociais e internet”.

Quitéria contou que dez profissionais integram a sua equipe, entre eles, jornalistas, designer, fotógrafo e publicitário. “A atuação da assessoria não é apenas de imprensa”, ressaltou, exemplificando que, no Paraná, eles ainda têm que gerir a Rádio Saúde, que distribui conteúdos jornalísticos para todo o estado. Hoje, identificou, o grande desafio da equipe é como disponibilizar conteúdo para a internet. “Meu novo desafio é fazer um site mais interativo e que fale de promoção de saúde”, declarou.

Para Gisele Bicalho, assessora de comunicação da Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, a saída para melhorar a comunicação do SUS é qualificar a informação. “E você só qualifica a manchete do caos fazendo com que os jornalistas conheçam o SUS e entendam como ele funciona”, afirmou. Segundo ela, Minas aposta na capacitação dos profissionais de imprensa. “Estamos formando a primeira turma de jornalistas especializados em saúde. É importante capacitar o jornalista para que a informação seja passada de forma eficiente e o cidadão saiba como é que se dá o acesso ao sistema”, disse. Por outro lado, defendeu a ideia de que os assessores devem investir em sugestões de pauta “corretas”, que não associem notícias de interesse público ao rótulo “chapa branca”. Gisele citou como exemplo ser possível pautar a imprensa sobre as redes de urgência e emergência com base em indicadores e estudos. “Ao implantar a rede de urgência e emergência do norte de Minas, nós conseguimos reduzir o número de mortes ao ano. Mas não é só simplesmente dizer que se criou uma rede ou que o governo é pioneiro. É mostrar que depois de um ano aquela rede tem um resultado efetivo. Se a assessoria consegue comprovar a efetividade da rede ou a redução da mortalidade, é um bom caminho para pautar corretamente”, considerou. 

Parada obrigatória no SUS

Estudantes terão que cumprir 30% do internato na atenção básica e serviços de urgência e emergência; especialidades mais comuns exigirão residência em Medicina de Família e Comunidade

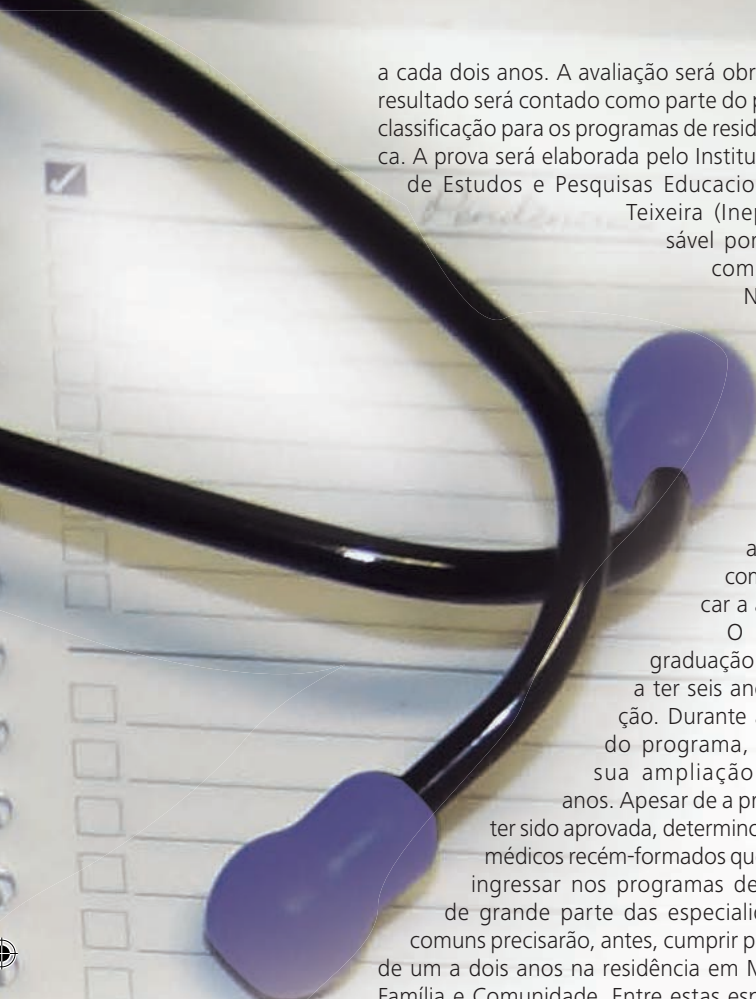
Elisa Batalha

Não faltam polêmicas sobre a formação médica no Brasil. Desde 2014, tem estado em grande evidência a instituição das novas diretrizes curriculares nacionais (DCNs) para a graduação em medicina. O tema, no entanto, é apenas a ponta de um iceberg, que inclui discussões de assuntos como a democratização do acesso aos cursos de Medicina, a qualidade da formação profissional, a carência de médicos no interior do país (e em algumas especialidades) e também a necessidade de formar médicos voltados para as necessidades do SUS — temas que mobilizam opiniões divergentes entre gestores, profissionais, estudantes e formuladores de políticas.

As novas DCNs para a formação médica foram instituídas com publicação da Resolução 3 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, em 23 de junho de 2014. A reformulação estava prevista desde o lançamento do Programa *Mais Médicos*, pela lei que o instituiu (Lei 12.871, de 22/10/2013). Além de preconizar o suprimento de médicos para o SUS e fixar regras para o provimento desses profissionais por meio de intercâmbios, a legislação prevê a abertura de novos cursos de Medicina, com oferta de cerca de 12 mil vagas até 2018, e estabelece as novas DCNs.

ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

Entre as principais mudanças no novo currículo está o estágio obrigatório dos médicos no SUS. Pela resolução, o internato deve ter a duração mínima de dois anos, com 30% da carga horária cumprida na atenção básica e no serviço de urgência e emergência. Os estudantes serão também avaliados pelo governo



a cada dois anos. A avaliação será obrigatória e o resultado será contado como parte do processo de classificação para os programas de residência médica. A prova será elaborada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), responsável por avaliações como o Exame Nacional do Ensino Médio

(Enem).

O Inep tem dois anos para começar a aplicar a avaliação.

O curso de graduação continuará a ter seis anos de duração. Durante a discussão do programa, cogitou-se sua ampliação para oito anos. Apesar de a proposta não ter sido aprovada, determinou-se que os médicos recém-formados que desejarem ingressar nos programas de residência de grande parte das especialidades mais comuns precisarão, antes, cumprir permanência de um a dois anos na residência em Medicina de Família e Comunidade. Entre estas especialidades estão Medicina Interna (Clínica Médica), Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Medicina Preventiva e Social e Psiquiatria. As escolas de Medicina terão até dezembro de 2018 para implementar as mudanças. No entanto, nas turmas abertas a partir do segundo semestre de 2014, o novo currículo terá um ano para ser implementado.

ESPECIALIDADE DE BASE

A política oficial é a expansão de vagas, com a criação de novos cursos. “A meta é ter 600 mil médicos formados no país em 2026, atingindo a relação de 2,7 médicos por mil habitantes, a mesma do Reino Unido”, explicou Heider Aurélio Pinto, secretário de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde. Ele apresentou as “ideias-força” contidas nas novas diretrizes curriculares durante o 52º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), realizado em novembro de 2014. O tema do Congresso, realizado na cidade catarinense de Joinville, já indicava a dimensão do desafio: “O futuro da educação médica na graduação e na pós-graduação e o seu papel transformador da sociedade”.

“A média dos países da OCDE [*Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico*] é de 3,2 médicos por mil habitantes. Segundo a OMS, há 1,7 médicos no Brasil para cada mil pessoas. O índice é inferior à média das Américas (mais de 2 por mil)”, informou Heider, explicando

que a estratégia de aumentar a quantidade de profissionais prioriza a formação de profissionais voltada para à atenção básica. “Hoje, só 4% dos médicos têm formação análoga a Medicina de Família e Comunidade”, contabilizou.

Segundo ele, a residência médica é lugar estratégico para formação em Medicina Geral de Família e Comunidade como “especialidade de base”, razão pela qual o governo teria aumentado em mais de 500% a quantidade de bolsas de residência pagas pelo Ministério da Saúde nesta área específica. “O curso de Medicina no Brasil passa a ter uma especialidade de base: a Medicina Geral de Família e Comunidade. A residência é o lugar onde não dá pra fugir da assistência integral”, assegurou. O secretário defendeu ainda que é preciso formar docentes — “Não basta ser um bom médico [para ser um bom professor de Medicina]. Tem que ser pensada a especificidade do ensino da Medicina”, disse Heider — e “evitar um modelo superado de formação e especialização precoces”.

Em relação à execução das políticas nas áreas de formação médica e integração entre ensino e serviço, Heider informou que a solução encontrada foi a separação das atuações dos dois ministérios envolvidos. “A graduação fica a cargo do Ministério da Educação e residência como responsabilidade do Ministério da Saúde.

FALTA CONSENSO

As determinações acerca das novas DCNs não são consenso, alertaram representantes de docentes, estudantes e pesquisadores do tema da formação médica. Durante o congresso, muitos consideraram que não houve diálogo suficiente na elaboração das novas diretrizes e se mostraram preocupados com dificuldades de implantação e de entendimento dos parâmetros. O diretor da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), Sigisfredo Luis Brenelli, em declaração à *Radis*, também demonstrou preocupação. “Na elaboração das diretrizes curriculares de 2001 tivemos autonomia, discutimos por três ou quatro anos como deveria ser o modelo da educação médica — até então, nossas diretrizes eram do regime militar. A Abem sempre acompanhou e se esforçou para que as escolas se adaptassem e cumprissem as regras. Houve naquele momento um processo democrático de discussão. Já a Lei do Mais Médicos normatiza situações que não são de claro entendimento e têm caráter mandatório. A Abem quer discutir melhor”, considerou. Ele criticou aspectos pontuais das diretrizes, como, por exemplo, a determinação de que 30% da carga horária do internato terão que ser cumpridos no sistema público. “Não é isso que vai melhorar o SUS. As diretrizes anteriores já propunham que a educação médica tinha que passar pelo sistema público. A quantidade era discutível”, afirmou.

Sigisfredo, que também é docente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, em São Paulo, disse ainda que enxerga um longo percurso antes que mais estudantes passem pelos serviços do SUS, lembrando que há escassez de tutores e preceptores — docentes que

supervisionam alunos no internato e na residência — e que falta formação e remuneração adequada para estes profissionais (*Radis* 133). “Em qual infraestrutura? Como vai ser a preceptoria? Quem vai ser esse docente?”, questionou. Para o professor, será preciso um grande esforço na integração ensino-serviço. “Além disso, existem questões de segurança, infraestrutura e acesso para os estudantes que precisam ser discutidas entre a lei e a coisa acontecer”, disse à *Radis*, lembrando que a Abem está envolvida em projetos de capacitação de preceptores e docentes, ao lado da Fiocruz. “A capacitação precisa ganhar escala”, ressaltou.

O pesquisador Sérgio Rego, do departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) e coordenador do mestrado e doutorado em Bioética — programa associado de Fiocruz, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) — também considera ser necessário um enorme esforço para que as mudanças não virem “um museu de grandes novidades”. “Acho as propostas governamentais inseridas na Lei do Mais Médicos muito bem intencionadas, mas que têm uma dificuldade enorme na implementação e controle, já que haverá muita resistência (justa ou não) de grande parte dos médicos”, prevê. Ele, no entanto, concorda que existe a necessidade de mudar o perfil dos profissionais formados, diminuindo a “dependência extrema de tecnologia para diagnóstico e formando médicos generalistas”.

‘MÉDICO DO POSTINHO’

“O curso de Medicina é o que menos se democratizou historicamente no acesso. Mais que em outros cursos, é formado de pessoas brancas e dos setores mais abastados da sociedade”, observou Vinicius da Rocha, diretor do Departamento

de Desenvolvimento da Educação em Saúde do Ministério da Educação (MEC), durante o COBEM.

Para ele, é preciso aumentar não somente a quantidade de médicos, mas também a qualidade da formação destes profissionais. “Escassez de médicos é questão mundial; a qualidade da formação é fundamental. Nos Estados Unidos, a terceira causa de morte hoje é a iatrogenia [*danos à saúde causados pelo próprio tratamento médico*]”, afirmou.

Francisco Arsego de Oliveira, docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e secretário executivo do Conselho Nacional de Residências Médicas, lembrou que o SUS tem papel constitucional de ordenador de recursos humanos em saúde. Para ele, é importante que a formação profissional aumente numericamente e integre-se ao SUS e às novas DCNs. “Temos que superar o desconhecimento da área de Medicina de Família e Comunidade”, alertou, criticando a visão pejorativa que classifica o profissional da área como “médico do postinho” e defendendo maior incremento de recursos para a estrutura da atenção básica, como a provisão de acesso à banda larga para todas as Unidades Básicas de Saúde.

Sigisfredo discorda da estratégia de se ampliar o número de médicos com a criação de novos cursos. “O problema maior é o aspecto qualitativo. O médico precisa ser bom. E a estrutura também, caso contrário, acontece um desperdício de recursos, quando a estrutura não permite desenvolver o trabalho”, criticou. Para ele, a estratégia de abrir novos cursos de medicina é frágil e não garante a fixação de médicos em regiões carentes de profissionais. “Abertura de novas escolas não fixa médicos. Provimento e fixação de médicos são coisas diferentes. Um plano de carreira mais vantajoso e a abertura de residências nos serviços são mais eficazes para fixar médicos em regiões carentes de profissionais”, declarou.

Estudantes passarão a ter a formação em Medicina de Família como especialidade de base, razão pela qual o governo pretende aumentar em mais de 500% a quantidade de bolsas de residência nesta área



CRÉDITO ASCOM/HUFRMA



AVALIAÇÃO E MÉTODOS

Com o intuito de verificar permanentemente a qualidade da formação, as novas DCNs preveem avaliação do estudante de graduação a cada dois anos. As provas serão organizadas pelo Inep deverão começar a ser aplicadas já este ano. O resultado das provas contará para ingresso de estudantes em programas de residência. A ideia é articular e convergir diferentes avaliações: o anterior Teste de Progresso do Médico — avaliação do desenvolvimento cognitivo dos estudantes aplicado durante o curso de graduação, onde são verificadas habilidades psicomotoras e atitudes —, o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade) e Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e a seleção para a residência médica, explicou o secretário Heider Pinto.

A estudante de Medicina Monique França, no quarto período de graduação da Uerj, disse estar preocupada com a avaliação centrada no estudante. Para ela, a graduação não pode ser apenas uma etapa de preparação para a residência. “Hoje em dia saímos correndo do internato, sem nos preocuparmos com o médico que queremos ser, mas sim em como passar para a residência”, observou. Ela ponderou que, mais do que a visão de que “estudante não gosta de prova”, o que o corpo discente defende é que docentes e infraestrutura também sejam avaliados. “Tememos que a avaliação se torne uma ação punitiva sobre os estudantes diante de um resultado negativo”, argumentou. “Se a avaliação for apenas uma prova de caráter meramente cognitivo, de aspectos conteudistas, não é adequada para ingresso na residência. Comportamento e atitude são aspectos muito importantes e precisam estar presentes na avaliação do estudante e do profissional”, lembrou Brenelli.

MUDANÇAS NECESSÁRIAS

Sérgio Rego avalia que, apesar das polêmicas e de pontos pouco claros nas novas diretrizes, está certo que o ensino médico precisa mudar, a começar pelos docentes. Na opinião do pesquisador, apenas uma boa formação técnica não resulta automaticamente em um bom médico. “As faculdades precisam mudar a maneira de formar profissionais”, avaliou, argumentando que atualmente se discutem métodos de ensino e aprendizagem, o que não garante a mudança de paradigma. “Independente de métodos, a matriz do que é um profissional médico não muda porque ela não muda na cabeça dos professores. Métodos específicos para a formação ética e crítica são necessários. A dimensão cognitiva e afetiva tem que ocorrer em sala de aula”, orientou.


Sérgio questionou, a partir dos resultados obtidos pela pesquisa que elaborou com o programa Ver-SUS (um dos programas recentes de integração ensino-serviço), se a maior exposição de estudantes ao serviço público irá resolver o problema. Ele citou depoimentos de estudantes que, após trabalharem no SUS, proferiram frases como “Ali [o SUS] é onde eu não quero estar no meu futuro. Eu não pertenc

a este mundo, esta não é a minha realidade”. O problema da formação, para o pesquisador, não está somente nos profissionais, mas nas escolhas feitas durante a capacitação. “O ensino é voltado fortemente para o cuidado individual. A graduação hoje não consegue passar a dimensão coletiva. Nosso sistema de saúde foi construído em cima de um modelo muito centrado no hospital”, observou.

“O texto das DCNs é muito prolixo, dificulta o entendimento, mas as diretrizes não trazem nenhum bicho-papão”, resumiu Geraldo Cunha Cury, diretor-regional da Abem em Minas Gerais. Para ele, um dos aspectos que ainda não está bem esclarecido é o Artigo 24 da Resolução, no ponto em que trata dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coaps). O objetivo dos Coaps é regular a pactuação entre a instituição de ensino e a unidade de serviço (cenário de prática) em que se dará o internato e outras atividades do ensino profissional. Ele é firmado entre a escola médica e as secretarias municipais e estaduais de saúde. “O contrato organizativo cria a base legal para compromissos entre gestores e instituições de ensino. Permite investimentos e qualificação da preceptoria. Pode envolver o controle social e os estudantes”, anunciou Heider Pinto. Para ele, a vantagem da pactuação é a estabilidade de recursos para funcionamento da integração ensino-serviço. “Muitas vezes, acontece de hospitais darem preferência, na hora de permitir que os alunos façam estágio, a escolas privadas, que são fonte de recursos para os hospitais”. Esse tipo de contrato, segundo ele, permite que se reduza a competição entre universidades pelos cenários de prática.

O tema, no Cobem, foi um dos que mais exigiu esclarecimentos dos gestores e docentes: “Todo mundo está desorientado em relação a isso. O processo não está dado. A implementação disso será ao longo do próximo ano e até 2018”, definiu Geraldo.

CULTURA DA VIOLÊNCIA

Outro assunto que mereceu debates durante o Cobem foram as denúncias surgidas dentro dos cursos de Medicina sobre trotes violentos e até abusos sexuais. Antes mesmo dos casos envolvendo abusos sexuais entre veteranos e calouros da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo (USP), o acadêmico Felipe Scalisa, estudante daquela instituição, analisou o tema em mesa-redonda sobre trote e *bullying* promovida pelo congresso. “O curso tem horário integral e uma cultura própria. Acontece um isolamento social do estudante, que tem impacto relevante. Isso dificulta a organização estudantil”, avaliou. Ele acredita que, para evitar episódios de assédio e violência, é necessário promover uma mudança na cultura que já existe entre docentes e nos próprios cursos médicos. “A estrutura da violência é circular. É a reprodução do discurso hegemônico e das estruturas de poder. Proibir simplesmente o trote, por exemplo, não adianta. Houve morte de um calouro da USP em 1999, mas o trote só mudou de lugar. Foi para a festa que acontece em um sítio”, lembrou. 

SAIBA MAIS

Lei 12.871, de 22/10/2013

<http://goo.gl/mcdh30>

Resolução

Resolução CES/CNE nº 3, de 20 de junho de 2014

<http://goo.gl/gWjWZO>





SERVIÇO

EVENTOS

2º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental



O evento será realizado entre os dias 4 e 6 de junho, em João Pessoa (PB), com o objetivo de estimular uma atmosfera de debate sobre a vulnerabilidade de determinados segmentos da sociedade e diferentes formas de ocupação do espaço urbano, e reafirmar o dever social de preservação dos direitos humanos. A programação conta com mesas-redondas, rodas de conversas, feiras, cursos e oficinas, atividades culturais e artísticas e mostra de cinema e vídeo. O prazo limite para inscrição de trabalhos, atividades culturais e de economia solidária é 31 de março.

Data 4 a 6 de junho de 2015

Local Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB

Informações

www.direitoshumanos2015.abrasme.org.br/secretaria@direitoshumanos2015.abrasme.org.br

2º Encontro Nacional pelo Direito à Comunicação (ENDC)

O encontro acontecerá em Belo Horizonte (MG), entre os dias 10 e 12 de abril, e se insere na programação da Semana Estadual pela Liberdade de Expressão, pela Democratização dos Meios de Comunicação e pelo Direito à Informação. Na programação, debates sobre a política de comunicação no Brasil, a urgência de um novo marco regulatório das comunicações e a necessidade de fortalecimento dos meios de comunicação do campo público, incluindo as emissoras comunitárias.



Data 10 a 12 de abril de 2015

Local Belo Horizonte, MG, em local a ser definido

Informações

www.fndc.org.br
(61) 3224-8038 e 3223-3652

LIVROS

Remédio Acessível

Em **Acesso a Medicamentos — Direito ou utopia?** (Editora E-papers), Jorge Bermudez, que é vice-presidente de Produção e Inovação e Saúde da Fiocruz,

aborda a luta entre saúde e comércio no âmbito dos medicamentos. Os bastidores desse confronto, as estratégias usadas pela indústria farmacêutica e os alinhamentos nos fóruns da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das Nações Unidas fazem parte da realidade retratada na obra, que debate a partir deste cenário o acesso aos medicamentos de maneira conceitual.



Alimentação saudável



Mais que Receitas

(Ideias na Mesa) compartilha experiências de educação alimentar e nutricional por meio de um cardápio variado, saudável e de baixo custo, que inclui 48 pratos (com medidas e ingredientes) e também a origem de cada um. Os alimentos são divididos em categorias, com o objetivo de orientar o leitor sobre a regularidade e as combinações possíveis para o consumo. A obra ainda fornece opções para pessoas com restrições alimentares, intolerância ou alergias. O livro está disponível em <http://ideiasnamesa.unb.br/index.php?r=post/view&id=436>

Jornalismo ninja

Análise, depoimentos e múltiplas opiniões. Essa atmosfera favorável ao debate é transmitida no livro eletrônico **Jornalismo no Século XXI – O Modelo Mídia Ninja**, de Elizabeth Lorenzotti, que durante 81 dias acompanhou integrantes do coletivo Mídia Ninja durante as manifestações de 2013. Na obra, questionamentos sobre as novas formas de circulação da informação, o conceito de “mídialivrismo” e outros aspectos interessantes sobre um período histórico para o país. Informações com elizabethlorenzott@hotmail.com



PERIÓDICOS

Sociologia médica



Na edição outubro-dezembro de 2014 de **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Everardo Duarte Nunes e Nelson Filice de Barros analisam a importância de *Boys in White*, um clássico da pesquisa qualitativa e sociologia médica que comemora 50 anos. Também neste

número, artigos sobre ensino, pesquisa e assistência nos hospitais universitários e um estudo antropológico sobre o conceito de comunidade elaborado por Charles Wagley, recuperando seu papel como agente articulador de políticas sanitárias, unindo educação, saúde e cultura.

Epidemiologia na pauta

O número 10 do volume 30 dos **Cadernos de Saúde Pública** fala sobre o 9º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, o desenvolvimento da área e seus desafios. Matérias referentes à relação entre saúde e democracia, violência, rotavírus e atividades físicas também são destaques desta edição da revista, publicada pela Ensp/Fiocruz.



AUDIOVISUAL

Ciência em vídeo



A série de vídeos **Profissão Cientista**, lançada em outubro de 2014, pretende informar jovens e adultos sobre as carreiras científicas e tecnológicas e suas possibilidades, incentivando sua iniciação no ensino médio. Cada episódio mostra a rotina profissional de seis cientistas da Fiocruz, atuantes em diversas áreas. *Profissão Cientista* foi resultado de uma parceria entre Observatório Juventude, Ciência e Tecnologia da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Informações no site www.juventudect.fiocruz.br e no canal www.youtube.com/user/JuventudeCT

ENDEREÇOS

Editora E-papers

(21) 2273-0138 e 3495-0466
www.e-papers.com.br

Rede Virtual Ideias na mesa

www.ideiasnamesa.unb.br

Revista História Ciências e Saúde

(21) 3865-2208
www.revistahscsmanguinhos.coc.fiocruz.br/revista.htm
hscience@coc.fiocruz.br

Revista Cadernos de Saúde Pública

(21) 2598-2514
<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/portal/>



FOTO DO VÍRUS DO EBOLA / WIKIMEDIA

PÓS-TUDO



LUTA CONTRA O EBOLA IMPORTA PARA TODOS NÓS

David Soeiro e Melina Santos

O vírus ebola causa doença aguda grave e frequentemente fatal, com letalidade de até 90%. A doença afeta os seres humanos e primatas não-humanos (macacos, gorilas e chimpanzés). Em 1976, a Doença pelo Vírus Ebola (DVE) foi identificada pela primeira vez em humanos, em dois surtos simultâneos: um em uma aldeia próximo ao rio Ebola (que dá origem ao seu nome), na República Democrática do Congo, e outro no Sudão.

O vírus ebola não é transmitido pelo ar. A infecção ocorre por contato direto com sangue ou outros fluidos corporais, incluindo secreções (fezes, urina, saliva, sêmen) de pessoas infectadas. Os corpos (ou cadáveres) de pacientes que morrem da doença são altamente infectantes devido à carga viral. Portanto, a realização de enterros de uma maneira segura e digna é crucial para interromper a transmissão da doença.

O surto na África Ocidental, oficialmente caracterizado em março de 2014, é o maior e mais complexo desde que o vírus foi descoberto. Diretora-Geral da OMS, Margaret Chan declarou que se trata da emergência em saúde pública mais grave dos tempos atuais. Houve mais casos e óbitos neste surto do que em todos os outros combinados. Em 8 de agosto 2014, o caso foi declarado pela agência como Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

Em setembro de 2014, o Conselho de Segurança da ONU, em sua primeira reunião de emergência para uma crise de saúde pública, declarou o surto uma ameaça à paz e segurança e estabeleceu a Missão das Nações Unidas para Resposta Emergencial ao Ebola (sigla em inglês UNMEER), com o objetivo de controlar o surto, tratar os infectados, garantir os serviços essenciais, preservar a estabilidade e prevenir novos casos.

Foram notificados 22.057 casos confirmados, prováveis e suspeitos de DVE, incluindo 8.795 óbitos (os desfechos para muitos casos são desconhecidos), até 28 de janeiro de 2015. A transmissão persiste em Guiné, Libéria e Serra Leoa, porém, pela primeira vez desde junho de 2014 houve menos de 100 casos novos confirmados em uma semana nos três países mais afetados — que apresentam sistemas de saúde muito frágeis, falta de recursos humanos e de infraestrutura, e recentes períodos de conflito e instabilidade. Também foram registrados casos da doença em Mali, Nigéria, Senegal, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos e identificados 816 profissionais de saúde com a doença nos três países de transmissão intensa, dos quais 488 evoluíram ao óbito.

Não há tratamento específico para DVE. Os pacientes requerem suporte intensivo, realizado em hospitais de referência que

tratam de doenças infecciosas. Esforços coordenados pela OMS, cientistas e indústrias farmacêuticas têm sido direcionados em desenvolver, testar, licenciar e introduzir as primeiras vacinas contra o vírus, além de terapias e exames de diagnóstico de uso remoto e descentralizados. Por outro lado, permanece o estigma em relação às pessoas procedentes dos países afetados e, sobretudo, de outros países da África.

Nenhum caso de DVE foi confirmado no Brasil e não há circulação natural do vírus em animais silvestres no país, como em várias regiões da África. Considerando a situação de ESPII, o Ministério da Saúde elaborou um plano de contingência para emergência em saúde pública; realizou simulados nos portos, aeroportos e fronteiras; definiu, em parceria com os estados, os hospitais de referência para atendimento de possíveis casos suspeitos; articulou os processos e fluxos de comunicação com os diversos setores do governo federal; implementou medidas de orientação aos passageiros nos aeroportos, além de fornecer suporte aos países acometidos pela doença na África Ocidental.

A OMS é responsável por garantir que as orientações em todos os níveis sejam tecnicamente precisas e coincidam com as estratégias e prioridades de contenção recomendadas, enquanto a Unicef lidera a mobilização social. As agências da ONU e seus parceiros destacam os principais desafios: envolvimento da comunidade; prevenção e controle da infecção; o rastreamento de contatos e logística. Na reunião especial sobre ebola, realizada durante a 136ª sessão do Conselho Diretor da OMS, em 25 de janeiro, reconheceu-se que o surto de ebola demonstra, mais uma vez, a urgência dos países apresentarem sistemas de saúde integrados, resilientes e capazes de implementar o Regulamento Sanitário Internacional (2005), de modo a desenvolver e manter as capacidades de vigilância, preparação e resposta às emergências em saúde pública.

Neste sentido, a resposta ao surto está centrada nos esforços para garantir as capacidades de detecção, controle e tratamento dos casos; envolvimento da comunidade; contribuição para o desenvolvimento de sistemas de saúde adequados nos países acometidos e suporte às pessoas e aos familiares que sobreviveram à doença. Os desafios são interromper o surto e trabalhar na preparação global em saúde. Portanto, o sucesso dessa luta contra o ebola importa para todos nós.

David Soeiro é médico veterinário, doutorando em Epidemiologia em Saúde Pública na Ensp/Fiocruz. Melina Santos é médica, mestre em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz e analista de Políticas Sociais do Ministério da Saúde.

SAIBA MAIS

- <http://goo.gl/xShgwG>
- <http://goo.gl/FMNjix>

HANSENÍASE.

FIQUE ATENTO ÀS PESSOAS DA SUA COMUNIDADE.
QUANTO ANTES ELAS SE TRATAREM, MAIS CEDO VÃO SE CURAR.



Caroços, placas na pele, manchas avermelhadas, esbranquiçadas ou amarronzadas com diminuição ou perda da sensibilidade ao toque, ao calor e à dor, dormência e formigamento nos pés e nas mãos podem ser sinais de hanseníase. Converse e oriente a comunidade para que, na presença de sinais e sintomas da doença, procure uma Unidade de Saúde. O tratamento é de graça e acessível a todos.

Faça parte desta campanha e ajude a diminuir o número de casos no Brasil.

**PRESTE ATENÇÃO
NOS SINAIS:**



Manchas avermelhadas, esbranquiçadas ou amarronzadas insensíveis ao toque, ao calor e à dor.



Ausência de pelos e suor.



Caroços e inchaços no corpo.



Engrossamento dos nervos.