



Os novos agentes estão chegando

Formação técnica no Rio Negro capacita índios como interlocutores do SUS nas comunidades

Nós, os PROTAGONISTAS da comunicação

Manual de leitura crítica da mídia incentiva participação cidadã e olhares mais conscientes sobre o conteúdo da imprensa

Luiz Felipe Stevanim

Enquanto movimentos populares denunciam o caos urbano resultante de um modelo excludente de desenvolvimento, a cobertura dos jornais mostra a imagem de modernidade do projeto Novo Recife. A iniciativa proposta pela prefeitura e por empreiteiros para a reforma da região do cais José Estelita é retratada como uma mudança positiva para a cidade, sem levar em conta os prejuízos ambientais, o preço a ser pago pela população e o aumento das desigualdades. Já as reivindicações por mais cidadania e melhores condições de mobilidade urbana do movimento Ocupe Estelita, surgido em 2012, não aparecem na TV, no rádio ou nos jornais — ou quando são mostradas, geralmente é sob o estigma de “baderna”.

Para que as pessoas possam compreender o que está por trás daquilo que a mídia mostra (e deixa de mostrar), os integrantes do Centro de Cultura Luiz Freire criaram o *Manual Prático (muito prático mesmo) de leitura crítica da mídia*. O grupo tem experiência desde 2003 com o observatório de mídia *OmbudPE*, que analisa o noticiário pernambucano e nacional. Mais do que uma ideia, a conduta proposta pela ONG que trabalha com direitos humanos há 43 anos em Pernambuco é que qualquer cidadão possa ver a mídia com um olhar mais crítico.

Como expresso no próprio título, a publicação apresenta de modo bem prático, com uma linguagem leve e bem-humorada, como as pessoas podem ver o que está nas entrelinhas das notícias. “Não precisa ser jornalista ou especialista, a crítica de mídia pode ser feita por qualquer um”, enfatiza um dos idealizadores, Ivan Moraes Filho. Para disseminar esse olhar entre “não especialistas” da mídia, pessoas afetadas pelo que é (ou deixa de ser) noticiado, a equipe passou a oferecer oficinas a grupos de indígenas, quilombolas, jovens moradores de áreas pobres, universitários e comunicadores populares.

Um dos mitos que o manual busca combater é o de que a imprensa é imparcial. Como em um jogo de futebol, não dá para esconder para quem você torce, diz o texto. Além dos repertórios culturais que os jornalistas trazem na bagagem, é preciso sempre estar atento à pergunta “Quem é o dono

da mídia?” A resposta para essa questão, segundo Ivan, define a linha editorial seguida pela notícia, isto é, o enfoque de cada cobertura.

No caso do Novo Recife, não dá para ignorar que as construtoras e a própria prefeitura são grandes anunciantes da imprensa local e até mesmo o dono do Jornal do Commercio, João Carlos Paes Mendonça, possui ligações com negócios imobiliários, como conta Renato Feitosa, outro integrante do Luiz Freire.

SUJEITOS DA COMUNICAÇÃO

O projeto pretende que os cidadãos possam se sentir “sujeitos” da comunicação — direito historicamente violado no Brasil, como aponta Ivan. Com isso, as pessoas começam a se dar conta de como a mídia influencia os problemas cotidianos. “Se faltar médico no hospital, a gente reclama. Mas existe um tabu em discutir a mídia”, alerta Ivan. “Será que a falta de uma cobertura mais equilibrada não interfere na garantia do direito à terra ou do direito à cidade?”

Com a disseminação das redes sociais, o desconforto em relação à cobertura da mídia passou a ser mais frequente, aponta Ivan, por isso o manual oferece instrumentos para que a crítica aconteça de modo mais organizado e consciente. “Quem mora em comunidades da periferia das grandes cidades pode atentar para a invisibilidade de seus entornos e de suas demandas ou na representação que a mídia faz de seu bairro”, diz o texto. E propõe ferramentas como conversas com jornalistas, cartas à redação, participação em audiências públicas, reclamações no Ministério Público e ações na Justiça pedindo direito de resposta.

Para a equipe do projeto, a iniciativa não busca intimidar o trabalho da imprensa. Ao contrário, fortalece a liberdade de expressão, pois “quando a sociedade se levanta e pede uma cobertura mais equilibrada, mais transparente e diversa, repórteres comprometidos passam a dialogar com suas chefias numa posição mais legítima”, diz Ivan. Quem lê e coloca em prática o que está no manual, compreende que discutir comunicação — na escola, nas associações ou mesmo entre amigos — é o primeiro passo para a participação cidadã. 

SAIBA MAIS

OmbudPE (Observatório de Mídia)

<http://ombudspe.org.br>

Manual Prático (muito prático mesmo) de leitura crítica de mídia

http://issuu.com/oikabumrecife/docs/manual_pr_tico_visualiza_o_web



Elos da saúde

Há seis anos, Radis reportou em reserva indígena próxima às fronteiras do Brasil com a Colômbia e a Venezuela, o início de uma experiência singular. O projeto proposto pela Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro, apoiado por instituições diversas e coordenado pela Fiocruz, pretendia promover e elevar a escolaridade de agentes comunitários indígenas de saúde e qualificar a atenção básica, respeitando as especificidades culturais e territoriais.

O que parecia improvável, diante da tradicional descontinuidade em iniciativas de longo prazo voltadas para esta população, deu muito certo. E nossa reportagem voltou para conferir o entusiasmo de 139 agentes ao concluir curso técnico, após longos afastamentos das famílias e deslocamentos até os polos de formação. Em aulas, treinamentos e discussões, as políticas e procedimentos do SUS e também a rica tradição de cuidados de cada etnia.

As mudanças já começaram. Mais atenção a determinantes de saúde e doença, como água, esgoto e lixo nas comunidades, cuidado mais qualificado a mulheres e crianças, melhor acompanhamento dos que adoecem, facilitando o trabalho de equipes multiprofissionais. Os técnicos têm um olhar vigilante para lidar com o território e com o próprio SUS, já que sabem como ele tem que funcionar. São um elo que representa e serve, ao mesmo tempo, os "parentes" da comunidade e o sistema de saúde. Estão melhor preparados. E ligados em tudo.

Nesta edição há muitos alertas. Da Abrasco contra agrotóxicos, de pesquisadores da USP contra transgênicos, de observatório em Pernambuco sobre a mídia, da Opas/OMS acerca do sarampo no Ceará, da Frente contra a Privatização sobre a mercantilização da Saúde, da Plenária dos Conselhos de Saúde e Entidades e Movimentos Sociais em relação às mudanças na legislação que ameaçam o SUS e os direitos sociais.

Registramos a memória afetiva de discípulos do casal Leônidas e Maria Deane, mentores e orientadores de gerações de pesquisadores em instituições do Sudeste, Norte e Nordeste brasileiros e de outros países por onde passaram, afastados do Brasil em função da ditadura militar. Nascidos em Belém, dão nome ao instituto da Fiocruz no Amazonas. Sobre Leônidas dizem que tinha grande respeito às pessoas nos locais em que fazia pesquisa de campo.

Os Deane ficariam orgulhosos de ver a delicadeza e competência com que Luiza Garnelo, Sully Sampaio, Ana Lúcia Pontes e tantos profissionais de saúde e logística se dedicaram à construção conjunta com os agentes de saúde de um modelo de formação intercultural que contribua para melhor promover a saúde dos povos indígenas. Ao longo desses anos, assim como o repórter da primeira e desta matéria, hoje editor, Adriano De Lavor, eles certamente foram transformados por esta experiência única.

Rogério Lannes Rocha

Editor-chefe e coordenador do Programa Radis

CARTUM

CIENTISTA DO SÉCULO 19

Eu preciso encontrar a explicação para este fenômeno para entender de verdade a Natureza...



CIENTISTA DO SÉCULO 21

Eu preciso encontrar um resultado que se adapte a um artigo que eu possa publicar na Nature...



Expressões e Experiências

• Nós, os protagonistas da comunicação 2

Editorial

• Elos da saúde 3

Cartum

3

Voz do leitor

4

Súmula

5

Radis Adverte

8

Toques da Redação

9

Controle social

• Primeiros passos da 15ª 10

Agrotóxicos

• Chuva de veneno 12

Capa

• Novos técnicos na área 14

• Olhar diferenciado 17

• A emoção da conquista 21

Sanitarista brasileiros

• Leônidas e Maria Deane — Desbravadores do campo 22

Sarampo

• Alerta vermelho 25

Obesidade

• O peso do futuro 28

Direito a Saúde

• O SUS não é mercadoria 32

Serviço

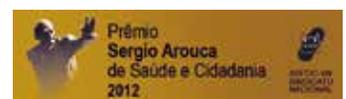
32

Pós-Tudo

• Trangênicos: malefícios, invasões e diálogo 35

Capa: Elias, Valentina e Benjamin, agentes indígenas no distrito de Iauaretê, no Amazonas, participam de formação técnica de agentes de saúde indígena. Foto de Sully Sampaio.

RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN



Enfermeiros obstetras



FOTO: SALIM FADHLEY

Parableno a equi-
pe da revista pela
excelente matéria na
edição 148, sobre a
importante atuação
dos enfermeiros(as)
obstetras na promo-
ção da saúde das
gestantes e do parto
natural, bem como
na redução do nú-
mero de cesáreas (tema amplamente
discutido atualmente). Como acadêmico
de enfermagem, felicito-me quando vejo
reportagens como esta, que ressaltam a
importância da enfermagem na promoção,
prevenção e assistência à saúde, e que
propiciam a esta classe profissional um
melhor reconhecimento de sua importância
frente à sociedade. Gostaria de sugerir
que contínuem divulgando matérias
relacionadas à enfermagem, pois esta
classe profissional demonstra expressiva
relevância na atenção à saúde e requer
junto à sociedade um maior reconheci-
mento profissional.

• Wágner do Nascimento Carvalho, universitário, Caputira, MG

R: Caro Wágner, agradecemos seus comentários! Em breve, voltaremos a tratar do assunto!

Controle social

Sou estudante de Educação Física e gosto muito de ler sobre saúde! Hoje, enquanto estava na fila de espera para doar sangue, eu vi um exemplar da *Radis* 144 e me interessei pela capa que tratava de "Controle Social". Comecei a ler e gostei muito! Agora estou super interessado, quero receber todo mês o exemplar! Parabéns à *Radis*, abraços!

• Esdras Porto Ferreira, universitário, Serra, ES

R: Esdras, seja bem vindo à nossa rede de leitores!

Mais Médicos

Fiquei decepcionado com a reportagem sobre o Mais Médicos (Radis 150). Achei um absurdo uma revista sobre saúde apoiar esse programa — esse descaso com os médicos do Brasil. Deviam declarar que o Brasil é o país que mais possui médicos no mundo em número relativo e em número absoluto. Temos mais médicos que a China, EUA, Índia, etc. Estou em Telêmaco Borba (PR), cidade com 90 mil habitantes — e que possui apenas um aparelho de raio X do SUS, um aparelho de eletrocardiograma do SUS (por exemplo) e seis médicos cubanos — um cubano mais imperito que o outro. O que acha que falta aqui e em todo o Brasil? Médicos ou infra-estrutura? Deviam denunciar o sucateamento da saúde!!! Denunciar esse programa Mais Médicos para bancar programa eleitoral do PT!!! Espero que revejam seus conceitos.

• Bruno Moura Jorge, Telêmaco Borba, PR

R: Bruno, na *Radis* 150 repercutimos notícias publicadas por diferentes meios de comunicação (os jornais *Estado de S. Paulo* e *Diário de Pernambuco*, além da *Agência Câmara*) que registravam um número recorde de profissionais brasileiros inscritos na nova edição do programa e relatavam mudanças positivas na rotina de uma cidade pernambucana com a chegada do Mais Médicos. Na *Radis* 152, destacamos reportagem do *Profissão Repórter*, exibido pela Rede Globo, que atestava a efetividade do programa nas pequenas cidades de diferentes regiões Brasil, incluindo-se a redução na mortalidade infantil. Sugerimos a leitura do relatório do estudo *Demografia Médica no Brasil*, elaborado por pesquisadores da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) e validado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2013 (*Radis* 127). O estudo demonstra que a presença dos médicos no Brasil está mais concentrada

nas grandes centros urbanos e regiões mais ricas, o que dificulta o acesso de toda a população a esses profissionais, e aponta que, apesar do número de médicos ter crescido 557% nos últimos 40 anos no país, cerca de 70% dos 370 mil profissionais estão concentrados no Sul e Sudeste. A região Norte é a que abriga menos médicos no país: 1,01 para cada mil habitantes; no Nordeste, há 1,23 para cada mil; Centro-Oeste possui 2,05; e Sul, 2,09. No Sudeste está a maior concentração: 2,67 profissionais para cada mil habitantes. Entre unidades da federação, 16 estados possuem menos que 1,5 médico para cada mil pessoas, e no Maranhão, Pará e Amapá, há menos que um por mil. A íntegra do relatório pode ser acessada em <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>

Vale do Rio Doce

Gostaria de solicitar uma reportagem sobre a situação sócio-ambiental do Vale do Rio Doce (Leste de MG), região ocupada por mineradora, siderúrgicas e de celulose. O próprio Rio Doce está muito degradado e o meio ambiente também. A região tem o maior pólo siderúrgico da América Latina, na microrregião do vale do aço. Obrigado.

• Renato de Souza Carvalho, servidor público, Galileia, MG

R: Sugestão anotada, Renato. Sugerimos que confira as edições 108, 122, 148 e 149, quando tratamos dos efeitos da mineração para a saúde. Voltaremos a tratar sobre o tema em breve, aguarde! 

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 pode 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 **Laís Jannuzzi** (Reportagem) e **Juliana da Silva Machado** (Administração)

Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cadastro) Periodicidade mensal | Tiragem 84.200 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

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

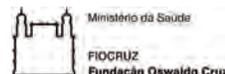




FOTO: CNS

Remando contra a maré

“Legislar contra o Sistema Único de Saúde agora é rotina no Congresso Nacional, avisam vigilantes da saúde como direito, bem-estar coletivo e dever do Estado”, escreveu a jornalista Verônica Almeida, na coluna *Mais Saúde* publicada no *Jornal do Commercio* (19/5). A colunista pernambucana criticava os últimos atos do Legislativo que põem em risco a Saúde, como a aprovação do Projeto de Lei 4.330, que permite terceirizações de atividades fins, o fim da rotulagem dos transgênicos e das restrições à exploração da biodiversidade. “Mas o pior ainda virá”, anunciou, advertindo para a Proposta de Emenda Constitucional 451, do presidente da Câmara, Eduardo Cunha (PMDB), que obriga empregadores a fornecerem planos privados de saúde a seus empregados, “reeditando uma espécie de Inamps, em que saúde é direito só de alguns”. A jornalista defendeu a importância do SUS, cujo trabalho vai além da assistência médica para quem não tem plano privado de saúde: “Ele cuida do que você come, das vacinas que toma, dos exames que faz e da medicação, mesmo quando se paga duplamente por ela (no imposto e na farmácia). É a ele que muitos de alta renda também recorrem quando não encontram especialista que dê jeito a sua dor grave ou rara”, sentenciou.

A PEC 451 também foi rechaçada pelos participantes da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares (veja matéria na página 10), que organizaram manifestação em Brasília (foto acima), além de alvo de pesadas críticas em diversas publicações. No portal da Revista Forum (26/3), Rodrigo Vianna repercutiu nota divulgada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), onde uma dezena de entidades

denuncia que a PEC ameace o SUS, viola direito à saúde e atropela a Constituição. “Se tal medida prevalecer, haverá um SUS definitivamente de baixa qualidade para os que não podem pagar pela saúde — os pobres, desempregados, aposentados, viúvas, órfãos — convivendo com o resto da população empregada com acesso a planos privados caros, de categorias diferenciadas conforme for o porte do seu empregador, cuja garantia de qualidade é uma incógnita frente à frágil regulação do setor. Garantia de desigualdade de atendimento permitido pela própria Constituição, ferindo o princípio da isonomia e o da igualdade no SUS”, adverte o manifesto.

“Para atender financiadores de campanha, Cunha ameaça a existência do SUS”, publicou a *Carta Maior* (22/3), denunciando que o presidente da Câmara havia recebido R\$ 250 mil de empresas que controlam planos de saúde, “engavetado” a CPI que investigaria o setor e pretende “obrigar as empresas a pagarem planos privados aos funcionários”. A revista denuncia que a PEC amplia o mercado dos planos privados e “propõe a privatização do sistema de saúde do trabalhador brasileiro, em detrimento de maiores investimentos no SUS, que beneficia não só aqueles que disputam atendimento médico direto, mas também a criança que é vacinada contra a pólio ou mesmo o cidadão que compra um simples pãozinho, que teve sua manufatura antes inspecionada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)”.

Em matéria sobre as relações entre o presidente da Câmara e a Saúde, a *Carta Capital* (21/4) esclareceu que Cunha barrou a CPI dos Planos de Saúde alegando “falta de foco”. Autor da proposta, o deputado Ivan Valente (PsoL-SP) recorreu ao Supremo Tribunal Federal, munido de um parecer da

consultoria legislativa da Câmara Federal, comprovando que o pedido atende aos requisitos para que se instale a CPI respectiva, já que investigará “um fato notório” e de “relevância nacional”. A revista informou que a “relevância” citada nos relatórios se refere ao fato de os planos de saúde liderarem o ranking de reclamações dos consumidores no Procon durante a última década e terem perdido 88% das ações movidas contra eles na Justiça, “indicação de contumaz descumprimento de obrigações contratuais”. *Carta Capital* ainda destacou outras irregularidades cometidas pelas operadoras de saúde, como a baixa remuneração dos médicos, o aumento do valor dos planos de saúde para os usuários acompanhado de redução de direitos, e a presença de cláusulas abusivas nos contratos, ao mesmo tempo em que os planos de saúde registraram, em 2013, lucro recorde, de 111 bilhões de reais, “fruto de um faturamento que, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), cresceu 197% entre 2003 e 2011 — no mesmo período, o valor pago pelos planos aos médicos teve reajuste de 64%”.

As evidências não sensibilizaram a ministra Carmen Lúcia, do STF, que negou a liminar contra Cunha impetrada por Ivan Valente. Como informou o site do STF (30/04), a ministra alegou na sua decisão que seria necessário aguardar o julgamento de um mandado de segurança anterior, sobre a CPI das pesquisas eleitorais, já que existem quatro comissões em funcionamento na casa (Petrobrás, violência contra jovens negros e pobres, sistema carcerário e máfia das órteses e próteses) e seria possível a abertura de apenas mais uma, de acordo com o regimento. Com essa sutileza jurídica, Cunha obteve mais uma vitória, com prejuízo para a saúde pública.

Disputa pela terceirização

Ainda envolto em polêmica e cercado de opiniões discordantes, o texto do Projeto de Lei da Câmara 30/2015, antigo Projeto de Lei 4.330/2004, que trata da terceirização foi aprovado pela Câmara dos Deputados em abril, mas ainda será apreciado pelos senadores. De acordo com o que noticiou o Portal G1 (19/5), o projeto será analisado pelos integrantes das comissões de Constituição e Justiça (CCJ), Assuntos Econômicos (CAE), Assuntos Sociais (CAS) e Direitos Humanos (CDH) antes de ir a plenário. E pode ser criada uma comissão especial especificamente para tratar do assunto.

A proposta de terceirização movimentou o país depois de ser votada na Câmara em 22 de abril (*Radis* 152). Associações de trabalhadores e entidades sindicais se posicionaram fortemente contra a aprovação da medida, que consideram significar formas de precarização do trabalho. Nas redes sociais, protestos reforçaram o descontentamento da população em relação à proposta. O Fórum Permanente em Defesa dos Trabalhadores Ameaçados pela Terceirização foi uma das entidades que reivindicou formalmente a



FOTO: VALTER CAMPANATO / ABR

rejeição da matéria pelo Senado (8/5), alegando que esta legitima “a intermediação fraudulenta de mão de obra no ordenamento jurídico brasileiro, em detrimento das garantias constitucionais vinculadas ao direito fundamental à relação de emprego e ao sistema constitucional do emprego socialmente protegido”.

Um dos principais pontos de discordância é que o PLC não estabelece limites ao tipo de serviço que pode ser alvo de terceirização. A medida autorizaria os empresários a contratar terceirizados inclusive para atividades-fim, o que hoje é proibido pela súmula 331 do Tribunal

Superior do Trabalho (TST), informou a Agência Brasil, ressaltando que a norma não define o que pode ser considerado fim ou meio. Logo após a aprovação do PL na Câmara, o presidente do Senado Renan Calheiros (PMDB-AL) afirmou que a mudança representa “um retrocesso, uma pedrada no direito do trabalhador”, divulgou o portal G1 (23/4). Antes disso, Antônio José de Barros Levenhagen, presidente do Tribunal Superior do Trabalho (TST), disse à Agência Brasil (18/4) que o PL tem muitas normas em branco e vai aumentar o número de ações trabalhistas se for convertido em lei, na forma como foi aprovado pela Câmara. “Isso pode gerar uma insegurança jurídica maior do que a que temos hoje”, disse, ao salientar que esta é sua opinião sobre o assunto, e não a posição do TST. Segundo ele, tudo indica que os juízes trabalhistas terão “muita dor de cabeça” com as lacunas abertas e com a falta de parâmetros e de detalhamentos do documento. Caso o Senado aprove o PL sem alterações, este seguirá para sanção da presidenta Dilma. Se sofrer qualquer alteração, retorna à Câmara para nova apreciação dos deputados.

Planos de saúde devem pagar mais ao SUS

A cada vez que um consumidor de plano de saúde utilizar um serviço de média e alta complexidade na rede pública, a operadora deverá reembolsar o SUS. As novas regras para ressarcimento devem aumentar o valor pago pelos planos privados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), já que passam a incluir procedimentos como quimioterapia, cateterismo cardíaco, cirurgia de catarata e hemodiálise feitos pelos usuários de planos no SUS. Ao noticiar as mudanças anunciadas pelo ministro Arthur Chioro, a *Agência Brasil* (08/05) destacou que o ressarcimento devido pela saúde privada poderá chegar a R\$ 1,4 bilhão em 2015.

Até então, a ANS exigia o reembolso somente de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que representam um percentual menor em relação às Autorizações para Procedimento Ambulatorial (Apac). Ainda segundo a matéria da *Agência Brasil*, no primeiro trimestre do ano passado, por exemplo, foram identificadas 76.258 AIHs e 113.693 Apacs. De acordo com o ministro, o aumento do ressarcimento a ser pago pelos planos de saúde não deve ser repassado para os clientes, pois os gastos já estariam previstos na contabilidade das empresas.

Segundo o *Blog da Saúde* (08/05), a medida faz parte de um conjunto de ações

do governo para aprimorar a cobrança do ressarcimento da saúde suplementar ao SUS. A ANS prevê aumento de 149% no volume de procedimentos cobrados. Somente nos três primeiros meses de 2014, serão mais R\$ 173 milhões relativos aos procedimentos de média e alta complexidade, contra R\$ 181 milhões cobrados sobre as internações, como informou *O Globo* (08/05).

Porém, como *Radis* publicou na sua edição 151, um estudo do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) apontou que os planos de saúde devem ao SUS cerca de R\$ 1 bilhão de reais. Esse total inclui tanto os valores parcelados (mais de R\$ 331 milhões) quanto os que não foram nem pagos nem parcelados (mais de R\$ 742 milhões). Para evitar o adiamento do pagamento, o ministro Arthur Chioro anunciou também que, a partir de agora, a ANS passará a cobrar juros sobre os valores que devem ser reembolsados e as operadoras serão notificadas eletronicamente, informou a *Agência Brasil*. Vale lembrar que o ressarcimento ao SUS está previsto na lei dos planos de saúde (Lei 9.656 de 1998) e trata-se de uma obrigação legal das operadoras de devolverem ao SUS os valores de procedimentos cobertos pelo plano, mas realizados por seus beneficiários na rede pública.

Parlamentares se mobilizam em defesa da Educação

Em abril, a Câmara assistiu ao lançamento de iniciativas parlamentares em defesa da Educação. A Frente Parlamentar em Defesa da Implantação do Plano Nacional de Educação (PNE) tem o objetivo de articular estados e municípios para concretizar as metas do PNE. A ideia é realizar reuniões setoriais nas cinco regiões do Brasil e levar os resultados ao Governo Federal em busca das articulações finais, informou à Agência Câmara (15/4) o presidente do grupo, deputado Pedro Uczai (PT-SC). Já a Frente Parlamentar Mista da Educação conta com 247 deputados e quatro senadores e tem papel ativo na mediação dos debates que interessam à educação, definiu o deputado Alex Canziani (PTB-PR), que a preside, à Agência Câmara (16/4). A primeira missão do grupo será garantir, na Lei Orçamentária de 2016, recursos para atender as metas estabelecidas no PNE. Sancionado em junho de 2014, o plano prevê metas e estratégias para o setor a serem cumpridas até 2020, entre elas o investimento de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) em educação e tornar o ensino integral disponível em 50% das escolas públicas (*Radis* 151).

Desinformação leva à guerra contra as drogas

A desinformação é um combustível da guerra contra as drogas e impede que as pessoas conheçam os danos que a proibição causa à sociedade — esse é o mote da campanha “Da proibição nasce o tráfico”, lançada pelo Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESec), ligado à Universidade Cândido Mendes, no Rio de Janeiro, para estimular o debate sobre a descriminalização das drogas. Com uma população conservadora em relação ao assunto, mas que admite desconhecer a complexidade da questão, fica mais difícil superar falsos mitos, como o que diz que a legalização pode levar ao aumento do consumo — revelou pesquisa feita pelo centro e que dá fôlego à campanha, como noticiou *O Globo* (20/04).

O levantamento mostrou o desconhecimento do fato de que em Portugal o consumo de drogas caiu, após a descriminalização ocorrida em 2001. Segundo a coordenadora do estudo, a socióloga Julia Lemgruber, a maior parte das informações que as pessoas têm



sobre o assunto está relacionada aos chamados “paradigmas proibicionistas”, como a crença de que a maconha é a porta de entrada para todas as drogas. Para superar esses mitos, os cartunistas André Dahmer, Angeli, Arnaldo Branco, Laerte e Leotnardo criaram ilustrações que revelam, com ironia e bom humor, os interesses políticos e econômicos por trás da guerra contra as drogas.

Os desenhos ganharam as ruas em anúncios fixados na traseira de ônibus do Rio, como noticiou o site *Catraca Livre* (23/04). “A proibição afasta dos serviços de saúde e cuidado aquelas pessoas mais afetadas pelo abuso dessas substâncias, que, com medo de serem presas, preferem se esconder a pedir ajuda”, diz o texto de lançamento da campanha, citado na notícia.

Brasil lidera em assassinatos de ambientalistas

O Brasil é o país em que mais ambientalistas foram assassinados em 2014 por causa da defesa de suas causas, revela o relatório “Quanto mais?”, divulgado pela ONG Global Witness. Foram 29 mortes em território brasileiro, de um total de 116 assassinatos identificados em 17 países monitorados pela entidade. O balanço alarmante foi assunto da imprensa nacional e estrangeira, que destacou ainda um aumento de cerca de 20% em relação ao registrado no ano anterior.

A Agência Brasil (20/04) ressaltou que a maior parte das mortes está relacionada

à disputa de terras. No Brasil, quatro das vítimas são indígenas. Entre os países monitorados, em segundo lugar aparece a Colômbia (com 25 assassinatos, mais da metade de indígenas), seguida por Filipinas (15), Honduras (12) e Peru (9). De acordo com o relatório, os governos nacionais não estão protegendo os direitos dos ambientalistas das ameaças crescentes de projetos de agronegócio, mineração, madeiras e hidrelétricas. A notícia publicada na agência ressaltou ainda que o governo brasileiro possui o Programa de Proteção a Defensores de Direitos Humanos, que tem

sob seu abrigo atualmente 415 ativistas.

O Globo (21/04) citou o estado do Pará com maior incidência de assassinatos desde 2002 (foram 183) e apontou que entre os autores dos crimes, aparecem policiais, militares, grupos paramilitares e guardas privados a mando de grandes proprietários de terras, que geralmente não são citados nas investigações. A notícia ressaltou ainda que uma das causas de o Brasil liderar este ranking é a impunidade, assim como a qualidade das informações levantadas sobre o assunto, especialmente por grupos da sociedade civil.

Radis Adverte



Educação é fundamental para a promoção da saúde; valorizar o professor é essencial para a garantia deste direito!

Zika vírus confirmado

O Ministério da Saúde confirmou a circulação do Zika vírus no país. Até o dia 14 de maio, conforme publicou a Agência Brasil, o Instituto Evandro Chagas havia atestado positivo para o exame de 16 pessoas. Foram oito amostras da Bahia e oito do Rio Grande do Norte. O Ministério acompanha a situação e participa da investigação de outros casos suspeitos para definir os agentes causadores e adotar as ações de vigilância, prevenção e controle complementares no país.

Segundo informações do Blog da Saúde (14/5), apenas 18% das pessoas com Zika vírus apresentarão manifestações clínicas da doença. Sua evolução é

benigna, com um período de incubação de aproximadamente quatro dias. A doença é caracterizada por febre baixa, hiperemia conjuntival (olhos vermelhos) sem secreção e sem coceira, artralgia (dores em articulação) e exantema maculopapular (erupção cutânea com pontos brancos ou vermelhos), dores musculares, dor de cabeça e dor nas costas. Os sinais e sintomas podem durar até 7 dias.

A maior parte dos casos não apresenta sinais e sintomas e não há registro de morte associada. O vírus é transmitido por meio da picada de mosquito *Aedes aegypti*, o mesmo que transmite a dengue. Por esse motivo, as medidas de prevenção e controle são as mesmas já

adotadas para a dengue e chikungunya. O tratamento é sintomático e baseado no uso de acetaminofeno (paracetamol) para febre e dor, conforme orientação médica. Não está indicado o uso de ácido acetilsalicílico e drogas anti-inflamatórias devido ao risco aumentado de complicações hemorrágicas, como ocorre com a dengue. Orienta-se procurar o serviço de saúde para condução adequada. O material divulgado pelo Ministério reafirma que é importante que os profissionais de saúde se mantenham atentos frente aos casos suspeitos de dengue nas unidades de saúde e adotem as recomendações para manejo clínico conforme o preconizado no protocolo vigente.

Remédio para os negligenciados

Em entrevista ao jornal *O Globo* (08/05), Eric Stobbaerts, diretor da organização Medicamentos para Doenças Negligenciadas na América Latina, alertou para a necessidade de desenvolvimento de drogas mais eficazes e com menos efeitos adversos para enfermidades relacionadas à pobreza. Segundo o economista e cientista político, só no Brasil acontecem 6 mil mortes por ano causadas por Doença de Chagas. “A maioria da população acredita que este mal foi erradicado, o que a torna negligenciada. O número de pessoas infectadas no mundo é de cerca de 12 milhões”, afirmou.

Ele lembrou que o termo “doenças negligenciadas” está relacionado à lógica de mercado e a questões históricas. “Não há um mercado farmacêutico, porque são doenças que afetam populações pobres do planeta.



REPRODUÇÃO

Estamos falando de milhões de pessoas mortas todos os anos”, alertou, explicando que entre as dezenas de doenças negligenciadas estão essencialmente doenças tropicais que afetam populações rurais, como malária, leishmaniose e doença do sono.

O diretor da organização criticou a dificuldade de acesso a medicamentos. “O Brasil é o produtor mundial de um medicamento que trata a doença, mas

que não é prescrito aqui, o benzonidazol. Não é um medicamento primário, disponível como deveria ser. Tem no SUS, mas para obtê-lo é preciso uma série de pedidos, o que pode agravar o problema da pessoa infectada”, criticou. O site da Agência Fapesp (5/5) também noticiou o tema, reforçando que novas parcerias estão sendo desenvolvidas entre organizações internacionais sem fins lucrativos e indústria farmacêutica, com o objetivo de desenvolver melhores drogas para as doenças negligenciadas. A parceria é distribuída da seguinte maneira: enquanto as primeiras investem nas fases mais caras das pesquisas, como a descoberta de moléculas, as companhias farmacêuticas tratam da produção em larga escala e ensaios clínicos, informou a agência.

Rubéola erradicada nas Américas

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) divulgou que todos os países da América conseguiram erradicar a transmissão da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC), complicação da infecção pelo vírus. O site G1 deu cobertura ao tema (29/4) e ouviu Carissa Etienne, diretora da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Segundo ela, o resultado é reflexo de um trabalho integrado entre governos e organizações que focaram, principalmente, na vacinação. A rubéola continua a circular em outras regiões do mundo e os países na América registram ocasionalmente casos importados.

Segundo dados do Ministério da

Saúde, desde 2009 não há registro de casos no Brasil. Atualmente, a imunização consta no calendário vacinal para crianças com 1 ano de idade, com reforço entre 4 a 6 anos. A vacina também está disponível para mulheres e homens que tenham até 49 anos. A doença, também conhecida como “sarampo alemão”, é causada por vírus. O paciente apresenta febre baixa, manchas na pele, dor de cabeça e nas articulações, gânglios aumentados no pescoço e atrás da orelha, entre outros. Quando o vírus é contraído por mulheres no início da gravidez, pode levar ao aborto ou a defeitos congênitos no bebê. A transmissão acontece por via direta, de pessoa a pessoa, por meio das secreções expelidas pelo doente

ao tossir, falar ou respirar. Não há tratamento específico para a rubéola. Em caso de suspeita, a pessoa deve imediatamente procurar orientação médica.

O infectologista Jean Gorinchteyn, do Instituto Emilio Ribas, criticou, em *O Estado de S. Paulo* (01/05), as políticas de vacinação, defendendo que devem ser mantidas para que a conquista não seja perdida. Ele alertou que a erradicação no continente não elimina a necessidade da imunização contra a doença. Hoje, duas vacinas estão disponíveis nas unidades básicas de saúde contra a rubéola: a triplíce viral, que previne contra sarampo, caxumba e rubéola, e a tetraviral, que combate sarampo, caxumba, rubéola e varicela.



FOTO: THOMAZ SILVA

Campanha

Ativistas levam a campanha Jovem Negro Vivo ao Complexo da Maré, no Rio de Janeiro. A mobilização, promovida pela Anistia Internacional, em parceria com a Rede de Desenvolvimento da Maré e o Observatório de Favelas, chama a atenção para o alto número de assassinatos de jovens no país, em especial entre a juventude negra. O Brasil é recordista em número de homicídios no mundo, com 56 mil mortes por ano. Mais da metade das vítimas são jovens, de 15 e 29 anos, e 77% deles são negros.

Opção pela privatização?

Journalista Mário Scheffer alertou, na rede social Facebook (16/4), para o risco de naturalização da privatização da saúde no texto da campanha comemorativa dos 15 anos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No vídeo, disponível na rede YouTube, servidores descrevem planos de saúde como “o desejo dos brasileiros” e “alternativa para garantir o bem estar e a qualidade de vida”, observou Mario, que estranhou a ausência de qualquer menção ao SUS. “Financiadores de campanhas eleitorais em troca de favores, os planos praticam exclusões de cobertura, reajustes abusivos, promovem longas filas de espera devido a rede insuficiente de hospitais, médicos e laboratórios, e dão calote no SUS, descumprem a lei e não ressarcem o erário quando seus clientes são atendidos em serviços públicos”, criticou.

Impunidade

Oito em cada dez brasileiros têm medo de sofrer tortura caso sejam detidos pelas autoridades de seu país, divulgou a Anistia Internacional. Os dados são de pesquisa realizada em 21 países, onde o Brasil aparece em primeiro lugar. “A impunidade, herdada da ditadura militar, contribui com a não responsabilização dos autores da tortura no presente”, defende a organização.

Quando um título basta

Como manipular o leitor apenas com um título enganoso? A Folha de S.Paulo (17/5) mostrou claramente sua intenção em derrubar, politicamente, a estratégia de redução de danos proposta pelo programa Braços Abertos, da prefeitura de São Paulo. O título anuncia “Em SP, 4 em cada 10 desistem de ação anticrack de Haddad”, mas numa clara estratégia de desqualificar a ação, o texto informa, em contrapartida, que entre 70 e 80% dos participantes do programa relataram ter reduzido o uso de drogas. Mas para os especialistas ouvidos pelo jornal, a estratégia é “utópica”. Quando o jornalismo contraria a epidemiologia, não há saúde que salve o leitor.

Erramos!

Pesquisador do Instituto de Medicina Social (IMS) e editor da Physis – Revista de Saúde Coletiva, Kenneth Rochel Camargo Jr. escreveu para Redação retificando um comentário que lhe foi atribuído na reportagem “Quantidade não é qualidade” (Radis 152). “Eu não disse que não vamos publicar artigos de epidemiologia, e sim artigos ‘tradicionais’ de epidemiologia, mas estamos abertos a textos mais reflexivos. Isso não é novo, já está na definição do escopo editorial da revista há anos”. Radis agradece o retorno e lamenta o escorrego!



FOTO: GAZETA DO POVO

Publicidade não cura

Após a violenta repressão do governo do Paraná ao protesto dos professores contra um projeto de lei que altera a gestão dos recursos da previdência estadual — quando 213 pessoas saíram feridas —, ficou difícil de alguém acreditar na declaração dada pelo governador Beto Richa (PSDB) ao jornal Gazeta do Povo (9/5). “Eu sofro na alma, fui atingido na alma pelo que está acontecendo. O mais machucado de tudo isso foi eu”, disse o governador, depois de nove dias de silêncio, quando finalmente voltou às redes sociais, concedeu entrevistas e gravou programas publicitários. Na entrevista, Richa responsabilizou manifestantes pelo conflito e disse que os docentes não tinham motivo para estar em greve. Alguém precisa orientar o governador que não há estratégia de comunicação que cure hematomas, mordidas de pit bull e a violência gratuita promovida pela Polícia Militar.

Mobilidade via SUS

É notícia boa, de utilidade pública, e está circulando pelas redes sociais. Pessoas com deficiência que necessitam de cadeiras de rodas motorizadas podem obter o veículo pelo SUS. O solicitante deve procurar um médico credenciado pelo SUS (pode ser um Médico da Família), que deve atestar a necessidade do paciente em laudo. Com o documento em mãos, o requerente deve reunir RG, CPF, cartão SUS e comprovante de residência para registrar o pedido no setor de dispensação de órteses e próteses do SUS, orienta a assessoria de Comunicação Social da Secretaria de Direitos Humanos. A ação faz parte do Programa de Atenção à Pessoa com Deficiência, do governo federal. No Piauí, a Associação dos Cadeirantes do Município de Teresina já ajudou 40 pessoas a conseguir suas unidades motorizadas em 2014.



REPRODUÇÃO

Primeiros passos da 15ª



A presidente do CNS fala durante a plenária, em Brasília: em defesa de recursos sustentáveis para o SUS

FOTO: KARINA ZAMBRANA - SGEPI/MS

Plenária de conselhos de saúde tira posições comuns do setor



Quando se reunirem em 1º de dezembro, os delegados da 15ª Conferência Nacional de Saúde já terão em mãos posições comuns, tiradas de um processo que começou com as plenárias populares — novidade desta edição do maior evento da saúde. Esses encontros, que antecederam as conferências municipais, foram encerrados com a 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, em 14 de abril, em Brasília. Dela, saíram um manifesto público e uma carta destinada aos presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, apontando algumas bandeiras atuais do setor.

Na carta aberta aos presidentes da Câmara, Eduardo Cunha, e do Senado, Renan Calheiros, a plenária repudia uma série de tentativas de mudança na legislação brasileira que promovem a redução de direitos sociais da população. Pede, por exemplo, a suspensão imediata da tramitação do Projeto de Lei nº 4.330, que libera a terceirização em todos os ramos

de atividades. “Este PL é um exemplo de medida que atua na contramão da organização dos serviços de saúde, prejudicando os trabalhadores e fragilizando a gestão do SUS e o atendimento aos usuários do sistema”, diz o texto.

Também defende a revogação do artigo 42 da Lei nº 13.097/2015, que autoriza a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde, e da Emenda Constitucional nº 86/2015 (do orçamento impositivo), que torna obrigatória a execução das emendas parlamentares e altera a metodologia de financiamento do SUS, reduzindo consideravelmente o montante de recursos federais destinado à saúde pública.

Os 1.500 participantes da plenária ainda se colocaram contra as Medidas Provisórias 664 e 665, que tratam respectivamente das alterações nos planos de benefícios da previdência social e alteram o programa de seguro desemprego, e a Proposta de Emenda Constitucional nº 451/2014, que obriga a concessão de plano de saúde a trabalhadores urbanos e rurais

pelos empregadores. “Essa PEC representa um duro golpe na saúde como direito de cidadania”, avaliam na carta.

Para além de tantas medidas para se lutar contra, o texto inclui dois projetos para se lutar a favor: os projetos de Lei Complementar 130/2012 (que institui o imposto sobre grandes fortunas revertido para o financiamento das ações e políticas de saúde) e 251/2005 (que aumenta o gasto com pessoal para até 75% dos recursos financeiros destinados à saúde — aumentando o teto da Lei de Responsabilidade Fiscal), além do Projeto de Lei de Iniciativa Popular 321/2013 (Saúde + 10), que determina a destinação de 10% das receitas correntes brutas da União para o financiamento do SUS.

DEFESA INCONDICIONAL DO SUS

O manifesto, por sua vez, trata de questões mais abrangentes e menos conjunturais, como a “defesa incondicional do SUS público, universal, de qualidade e sob a gestão pública e direta do Estado, no regime de direito público”, “o efetivo controle social com autonomia e independência perante a gestão”, além da realização de concursos públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU) com Plano de Carreira Nacional para os trabalhadores do SUS e o “alcance da destinação mínima de 10% das Receitas Correntes Brutas da União ou equivalente para a saúde, garantindo o investimento público e o financiamento progressivo, que venha a se tornar exclusivo, da rede pública estatal de serviços de saúde”.

Mas também contém posições firmes, de repúdio à proposta da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial de cobertura universal em saúde, que transforma o acesso universal como direito social em acesso pela via do mercado; à adoção de modelos privatizantes de gestão e às leis que deram origem às Organizações Sociais, às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, às Fundações Estatais de Direito Privado e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; e aos subsídios públicos e renúncia fiscal aos planos privados de saúde.

Durante a plenária de conselhos, uma comissão do Conselho Nacional de Saúde, de conselhos estaduais e de movimentos sociais foi recebida no Palácio do Planalto pela presidenta da República, Dilma Rousseff, na primeira audiência do CNS com um presidente. “Ressaltamos para a presidenta Dilma o reconhecimento dos avanços nestes 26 anos do SUS

e também os gargalos estruturantes que precisam ser enfrentados em prol da reafirmação desta política de Estado, como a definição de novas fontes de recursos de maneira sustentável para financiamento do sistema”, resumiu a presidenta do CNS, Maria do Socorro de Souza.

Agora, os debates seguem nas conferências municipais, até 15 de julho. Seu objetivo é analisar as prioridades locais de saúde e formular propostas de abrangência municipal, estadual e nacional. “Importante ressaltar que esta primeira fase deliberativa é aberta a todas as pessoas”, lembra o Conselho Nacional de Saúde, em nota à *Radis*, reforçando a busca pela diversidade de delegados (*Radis* 152).

PLENÁRIAS INCLUSIVAS

A avaliação do conselho é que as plenárias populares tiveram um caráter inclusivo, formativo e politizador. “Os debates regionais foram importantes para socializar as inovações do regimento e também para pensar a conferência como um processo político de diálogo com a sociedade que não se traduz apenas na etapa nacional. Um diálogo que deve ser fortalecido no dia a dia.”

A Plenária Popular da Região Norte reuniu cerca de 250 participantes de Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Maranhão em Belém (PA). Mais 200 pessoas estiveram presentes na Plenária Popular da Região Sul, em Porto Alegre, com representação de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul. A do Sudeste teve lugar na capital paulista, contando com 400 pessoas de São Paulo, Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Em Brasília, 200 representantes de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Tocantins e do Distrito Federal estiveram na Plenária Popular do Centro-Oeste e Tocantins. E, em Fortaleza, 400 pessoas de Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Piauí, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe se encontraram na Plenária Popular Regional de Saúde Nordeste.

“A presença expressiva de grupos diversos como população indígena, negra, em situação de rua, LGBT, juventude, terceira idade, com necessidades especiais e de diferentes crenças religiosas demonstraram que os conselhos de saúde e movimentos sociais estão mesmo empenhados no desafio de ampliar a base social da 15ª Conferência Nacional de Saúde”, analisa o conselho. 

SAIBA MAIS

- Carta e manifesto da 19ª Plenária de Conselhos de Saúde
<http://goo.gl/nEmZ2X>

Metodologia

O Conselho Nacional de Saúde definiu em maio as diretrizes metodológicas da 15ª. A etapa nacional terá como base o relatório consolidado dos estados, a ser apresentado e votado em sete grupos de trabalho. Somente serão discutidas diretrizes e propostas que tenham sido aprovadas nos estados. Ou seja, os delegados não poderão sugerir novas propostas. Cada grupo de trabalho ficará responsável pela análise de um dos eixos da conferência. Apenas as propostas relacionadas ao eixo *Reformas democráticas e populares do Estado* — considerado pelo plenário do CNS como transversal

— serão debatidas e votadas em todos os grupos. Os itens com 70% ou mais de votos favoráveis em metade mais um dos grupos serão considerados aprovados. Os com mais de 50% e menos de 70% de votos favoráveis em metade mais um dos grupos serão encaminhados à plenária final. Cada grupo deverá ainda eleger propostas prioritárias do seu eixo temático e do eixo transversal. A partir delas, a plenária final definirá uma lista das propostas prioritárias da 15ª CNS. Os municípios e estados estão livres para criar suas próprias metodologias ou adaptar-se a criada para a nacional.

Chuva de



Relato sobre contaminação de crianças em Goiás

Elisa Batalha

“Tio Hugo, não deixa a gente morrer!” Esse foi o apelo ouvido pelo diretor da Escola Municipal São José do Pontal, localizada na área rural de Rio Verde, Goiás, ao chegar ao hospital levando dezenas de alunos com dificuldades para respirar, desmaios, tonturas e coceiras intensas devido à intoxicação por agrotóxicos. Na manhã do dia 3 de maio de 2013, uma aeronave sobrevoou nada menos do que cinco vezes a escola, despejando agrotóxicos sobre o pátio. Eram 9h15min da manhã, horário de recreio e dezenas de crianças brincavam no pátio da escola. “O vôo era rasante. Fui para o pátio com uma camisa branca e comecei a acenar para o piloto, para que ele percebesse que deveria parar”. Imediatamente, as crianças começaram a sofrer coceiras intensas e dificuldades para respirar. Ambulâncias foram chamadas e o atendimento

foi feito, mas o problema não se encerrou aí.

O diretor Hugo Santos também passou mal e precisou de atendimento médico, assim como outros professores e funcionários. Ele relatou que daquele momento em diante sua vida nunca mais foi a mesma. “Ainda no hospital com as crianças, o filho do dono da empresa Aerotex, que jogou o veneno, pediu para eu ter cuidado com o que iria falar para a imprensa”, contou o diretor, no evento de lançamento do Dossiê Abrasco, que aconteceu no dia 28 de abril, no Rio de Janeiro.

A história das crianças está relatada também no documentário *Pontal do Buriti, brincando na chuva de veneno*. Dali em diante, Hugo começou a sofrer ameaças, por meio de telefonemas anônimos. “Mudei de casa oito vezes desde então, e cheguei a dormir na escola, cada dia em uma sala, para evitar ser encontrado”, revelou. Na região onde o episódio aconteceu, os agrotóxicos são utilizados em larga escala, mas o assunto ainda é um tabu. Segundo ele, nem os médicos reconhecem quando as pessoas chegam aos hospitais com sintomas de intoxicação: “Dizem que é virose”, conta. Os problemas e perseguições, no entanto, não conseguiram calar o professor. “O que aconteceu, eu chamo de atentado. Tenho uma aluna que já foi internada 18 vezes desde o episódio, cada vez por 15 a 30 dias. O impacto para as famílias é imenso”.

O sistema de plantio na região do entorno da escola, conforme explicou o professor Hugo, é rotativo: entre outubro e novembro se planta soja, e em janeiro se planta milho, por isso, são várias aspersões ao longo do ano. Das 42 pessoas que foram encaminhadas para os hospitais de Rio Verde e Montividiu, 36 foram intoxicadas e 29 precisaram ficar internadas, mas cerca de 100 pessoas expostas, ao todo, de acordo com o diretor da escola, apresentaram sintomas, como dores de cabeça frequentes e outros sinais de intoxicação.

O agrotóxico utilizado em Rio Verde, *Engeço Pleno*, é considerado de baixa toxicidade, e usado no combate a pragas nas lavouras de milho e sorgo. “Quando o secretário de educação determinou que as aulas retornassem, os sintomas voltaram, principalmente nas crianças”, lamentou Hugo. Três pessoas ligadas à Aerotex — o piloto, um funcionário e o dono da empresa — chegaram a ser presos, mas foram liberados após o pagamento de fiança no valor de R\$ 25 mil. Em maio de 2014, a empresa foi obrigada a continuar o custeio do



Hugo Santos, diretor da escola municipal São José do Pontal, em Rio Verde (GO): ameaçado por denunciar uso irresponsável de agrotóxicos na região

FOTO: PAULO CASTIGLIONI LARA

Veneno



marca lançamento da 4ª edição do Dossiê Abrasco

tratamento de uma criança, Mariana Alves Soares. Na época, o Corpo de Bombeiros contabilizou que 122 alunos entre 7 e 16 anos foram atingidos pelo pesticida lançado do avião pulverizador no período da manhã.

A Justiça também manteve a sentença que obriga a Aerotex Aviação Agrícola a pagar o tratamento médico à estudante Valdivina Balbina da Silva. Ela também estava na escola da zona rural de Rio Verde. No pedido da defesa, que foi negado, a Aerotex alegava que não havia relação entre a pulverização e a necessidade de tratamento médico especializado para o que considerou como “duvidosas sequelas” que a menina disse sentir após o incidente.

Pelo menos 12 dessas crianças voltam ao médico “quase toda a semana se queixando de mal-estar”, revelou Hugo, relatando ainda que gotas do produto atingiram o lanche de algumas crianças, que continuaram comendo, sem se darem conta de que estava infectado pelo agrotóxico. “Vejo hoje adolescente com cirrose hepática aos 17 anos, que precisa fazer tratamento em Goiânia. Quero conseguir atendimento médico de qualidade e integral para os meus meninos e todos os envolvidos. Há 8 meses que o secretário de educação não me atende. As minhas crianças estão passando por sofrimento e esquecimento”, contou ele, emocionado.

DOSSIÊ ALERTA

O depoimento do professor Hugo foi um dos momentos marcantes do lançamento do *Dossiê Abrasco sobre impactos dos agrotóxicos na Saúde*, ocorrido no dia 28 de abril, Na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O caso da Escola de Rio Verde, que teve ampla cobertura de mídia, jogou luz sobre as denúncias relacionadas à falta de controle no uso de pesticidas feitas em todo o Brasil.

Atualizado após a sua divulgação em 2012, o dossiê ganhou uma quarta parte inédita intitulada “A crise do paradigma do agronegócio e as lutas pela agroecologia”. O livro é uma coedição da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e da editora Expressão Popular e traz informações científicas que comprovam os danos para a saúde e ambiente do uso dessas substâncias. A publicação, com mais de 600 páginas, colorida e ilustrada, é dedicada à atualização de acontecimentos marcantes, estudos e decisões políticas, com informações que envolvem os agrotóxicos, as lutas pela redução

dessas substâncias e pela superação do modelo de agricultura químico-dependente do agronegócio.

O dossiê reúne informações de centenas de livros e trabalhos publicados em revistas nacionais e internacionais que revelam evidências científicas e correlação direta entre uso de agrotóxicos e problemas de saúde. “Não tínhamos material condensado para subsidiar ações. Esse material é muito útil para o Ministério Público”, concluiu Pedro Luiz Gonçalves Serafim da Silva, procurador regional do Ministério Público do Trabalho de Pernambuco e coordenador do Fórum Nacional de Combate ao uso abusivo de Agrotóxicos. “Hoje é legal no Brasil e em outros países intoxicar alguém com agrotóxico, pois se admite um limite supostamente tolerável”. Ele lembrou ainda que, em cerca de dez anos, a produção de agrotóxicos no Brasil cresceu cerca de 80% e o consumo aumentou aproximadamente 190%.

“É possível haver redução drástica do uso de agrotóxicos sem perder sequer lucratividade, apenas pela racionalização do uso”, afirmou Paulo Pettersen, representante da Articulação Nacional da Agroecologia, presente ao lançamento. O evento contou ainda com outro relato contundente, apresentado em vídeo: Maria Gerlene Silva Matos, viúva do trabalhador rural Vanderlei Matos — contaminado pela exposição crônica a agrotóxicos na Chapada do Apodi, no Rio Grande do Norte, falou sobre a decisão judicial que condenou a multinacional *Delmonte Fresh Produce* pela morte de seu marido. O caso de Vanderlei é emblemático na luta contra o uso indiscriminado de agrotóxicos no país, já que é um exemplo raro de fundamentação científica que faz nexos causais entre a morte de um trabalhador por uso destas substâncias químicas.



SAIBA MAIS

Dossiê Abrasco – Impacto dos agrotóxicos na saúde

<http://abrasco.org.br/dossieagrototoxicos/>

Notícias e artigos de interesse

- <http://goo.gl/0JITnE>
- <http://goo.gl/3QL99U>

Na Radis

- Edição 133 <http://goo.gl/eYsh3r>
- Edição 125 <http://goo.gl/HnhhCX>
- Edição 95 <http://goo.gl/4ftivd>

Novos

Formação propõe atuação mais ativa de agentes indígenas, e os qualifica como elos entre Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e comunidades

Numa aula prática em Boa Vista do Rio Içana, o agente de saúde Ismael Marcelino afere a pressão arterial do colega Irineu Luís Eduardo

Adriano De Lavor

O público considerável que compareceu à solenidade de formatura organizada no ginásio Arnaldo Coimbra, em São Gabriel da Cachoeira, cidade amazonense situada no extremo noroeste do Brasil, talvez não tivesse noção do longo e árduo caminho que cada um dos 139 concludentes percorreu para chegar até ali. Foram seis anos de desafios para que aqueles homens e mulheres pudessem receber, naquela noite chuvosa de 11 de abril, o título de Técnicos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde, formação que fortalece sua capacidade de atuação dentro do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e os legitima como elo fundamental de ligação entre o SUS e as comunidades onde atuam, na região do Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro (Dsei-RN). Todos eles já trabalhavam como agentes indígenas de saúde (AIS), embora apresentassem diferentes níveis de escolaridade e capacitação técnica. Agora, todos têm certificado de conclusão do ensino médio e da formação técnica em saúde. “Foram muitas noites de insônia, incerteza e ansiedade. Mas não caminhamos sozinhos, juntos descobrimos o mundo, aprendemos e estamos prontos para lutar por uma causa justa, que é a vida e o bem-estar das pessoas”, desabafou Jocimara Brandão, oradora da turma do polo de formação Baixo Waupés e Tiquié

técnicos na área

“Não somos mais estudantes, agora somos técnicos. Tenho certeza que estamos preparados para entender o sofrimento do outro e ajudar”, comemorou Dinéia Dávila, falando em nome dos agentes do polo Alto Rio Negro, Baixo Içana e Xié.

Era a segunda cerimônia organizada para marcar a conclusão do curso, desta vez com a presença das famílias, trajes de gala, entrega de certificados, poses para os fotógrafos e para *selfies*, um bufê variado e farto — cujo cardápio incluiu guloseimas típicas das festas da cidade, como salgados, bolos e refrigerantes, e também iguarias tradicionais da região, com a quinhampira (caldeirada de peixe com pimenta) e as formigas manivaras torradas. Na noite anterior, outra solenidade havia lotado a maloca da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (Foirn), quando os concludentes homenagearam idealizadores, professores, gestores e apoiadores que contribuíram para a realização do curso. Neste momento, quando parabenizou os novos técnicos, Almerinda Ramos de Lima, presidente da Foirn, elogiou o comprometimento com que os alunos encararam a formação, e os lembrou dos desafios que continuarão a enfrentar em suas jornadas: percorrer longas distâncias, contornar deficiências e superar o desinteresse de alguns gestores. O alerta de Almerinda é compreensível: São Gabriel da Cachoeira é um dos maiores municípios do país em extensão. São mais de 109 mil quilômetros quadrados de território, boa parte ocupado pelo Parque Nacional do Pico da Neblina e por terras indígenas; a área é cortada por rios e igarapés: além das longas distâncias percorridas por vias fluviais e das dificuldades de acesso a algumas das comunidades, a situação de saúde da população indígena é precária, com flagrante deficiência na assistência, ausência de ações de prevenção e promoção à saúde, bem como alta rotatividade de profissionais de saúde que atuam no sistema.



O secretário municipal de Saúde Luiz Lopes, um dos idealizadores do curso e patrono dos formandos, relembrou que a formação surgiu da reivindicação dos próprios agentes, que demandaram em assembleia uma maior qualificação profissional. “O maior desafio deste projeto político-pedagógico, a partir de hoje, é qualificar a atenção básica e melhorar os indicadores da saúde indígena no rio Negro”, declarou, lembrando que até hoje não se conseguiu implementar, na região, o princípio da atenção diferenciada. “Hoje, vocês estão mais preparados para a tarefa, respeitando as especificidades culturais e territoriais. O Rio Negro sai na frente com esta iniciativa”, comemorou.

Domingos Barreto, coordenador regional da Fundação Nacional do Índio (Funai), classificou o término do curso uma vitória, elogiou a proposta, que considera “ousada e criativa”, por colocar em diálogo os conhecimentos indígenas e os saberes ocidentais, mas lamentou a falta de apoio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) ao projeto: “O Brasil não sabe ouvir as reivindicações dos povos indígenas”, criticou.

Coordenadora do curso, a médica Luiza Garnelo, pesquisadora da Fiocruz Amazônia, também registrou “a falta de apreço, solidariedade e apoio da Sesai”, reafirmando que o compromisso da equipe de formação era e continuava sendo com as pessoas do Rio Negro, que não desistiram da empreitada. Por outro lado, valorizou a conquista dos novos agentes, agora melhor capacitados para atuar em suas comunidades, aptos para minimizar um problema que se repete em diversos contextos no país, que é a dificuldade de fixar equipes de saúde nos territórios indígenas. Neste sentido, destacou como importantes a conquista da autonomia e o compromisso firmado dos concludentes com as pessoas e os territórios onde atuam, e reiterou a importância de, a partir de sua atuação, o sistema finalmente colocar em prática a atenção diferenciada.

COMPROMISSO E NOVO OLHAR

O comprometimento dos novos técnicos se confirmava a cada pequena tarefa que se ocupavam. *Radis* acompanhou aulas e demais atividades organizadas na semana que antecedeu a formatura, quando foi possível observar o empenho e a dedicação com que produziam e apresentavam trabalhos práticos, planejavam atividades que levariam às comunidades, participavam ativamente de reuniões para discutir futuros desafios e faziam os últimos ajustes na organização da festa que promoveram no ginásio da cidade.

Naquele dia de sábado, nas poucas horas que tiveram livres à tarde, eles organizaram um mutirão para enfeitar o lugar com balões coloridos, providenciar comida, bebida, mesas e cadeiras para os convidados, pendurar faixas onde agradeciam aos parceiros da jornada e ainda caprichar nas roupas que vestiriam mais tarde. Foi neste contexto de preparativos que Ronaldo Ambrósio Melgueiro, agente da comunidade de Acuboco, no Alto Rio Negro, relembrou como foi importante ter concluído a formação, possibilitando que ampliasse seu olhar para além das tarefas de assistência à saúde e incluísse ações de prevenção e promoção no trabalho que já executava. Ele exemplificou: na sua comunidade, havia muitos casos de vômito e diarreia que ele não sabia como combater, até perceber que o problema estava ligado à falta de saneamento e à ausência de planejamento no destino que davam ao lixo e outros dejetos. Minimizou os danos conversando com a comunidade, explicando que a limpeza e a organização diminuiriam os episódios de doença.

“Muitas vezes temos que fazer o papel de agente de saúde, de enfermeiro, de médico, de professor e até de capelão”, revelou, empolgado em poder contribuir com maior segurança para o trabalho da equipe multidisciplinar de saúde. “Eu acredito que a relação entre nós, agentes, e as

Os agentes se encaminham para mais uma atividade do curso, em São Gabriel da Cachoeira: capacitação em informações técnicas com o conhecimento tradicional



equipes, vai mudar. Eles têm bom senso e vão respeitar os conhecimentos de quem está na ponta”, declarou. Ronaldo acredita que os tempos em que o agente indígena de saúde era visto apenas como tradutor linguístico ou carregador de malas dos outros profissionais estão com os dias contados. “Se o agente quiser, pode até carregar o material, mas vai ser por educação, educação e respeito que temos com estes profissionais”, afirmou.

A conformação deste novo olhar foi o que motivou docentes e alunos nestes seis anos, confirmou a médica Ana Lúcia Pontes, professora do curso e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). “Foi uma vitória política nós termos concluído esta formação”, afirmou à *Radis*, destacando que, a despeito da resistência da Sesai, das difíceis condições de logística e da descontinuidade nas ações de formação naquela região, o objetivo havia sido alcançado. “Isso exigiu um esforço individual dos alunos em persistirem todos estes anos, estarem ausentes de suas famílias, e também de nós, professores, que dedicamos este tempo ao projeto”. Ela enfatizou que o curso é um marco nacional, já que se constitui na primeira experiência de conclusão da formação de nível técnico e nível médio para indígenas inseridos no sistema de saúde — iniciativa que foi construída a partir de uma metodologia e de um referencial curricular que considera as especificidades locais e os referenciais culturais dos índios.

“Eu não consigo imaginar algo mais relevante que eu tenha feito na minha vida profissional”, avaliou, enfatizando as mudanças que já enxerga na conduta profissional dos alunos: um salto real na compreensão, fluência e escrita da língua portuguesa, um aumento na sua capacidade escolar — estando capacitados para avaliar e apresentar análises de situação reais e interferir nelas — e um maior entendimento e reflexão do que significa o trabalho que realizam. “Eles não tinham nenhuma supervisão ou orientação”, afirmou, comemorando o fato de que muitos foram sensibilizados para a discussão proposta sobre o modelo de

atenção, questionando a forma com que se trabalha hoje no Dsei, que privilegia o resgate de doentes e o combate às doenças. “O que propomos é um trabalho mais contínuo, de acompanhamento, com menos foco na doença. O trabalho do agente não é ficar perguntando quem está doente, mas identificar riscos, até em questões que não são propriamente da saúde”, definiu.

SUCESSOS E INSUCESSOS

Luiza Garnelo ponderou que, como toda iniciativa pioneira, houve sucessos e insucessos. Por um lado, considerou “insucesso” a falta de envolvimento do Dsei com o trabalho do curso. Ela relatou que durante os seis anos de formação, passaram por lá muitos dirigentes, e que alguns até se empenharam, mas o apoio esbarrou em uma questão sintomática: “Como o curso é de vigilância, ele coloca em xeque o próprio modelo de assistência praticado pelo Dsei”. Luiza explicou que, como o modelo assistencial é baseado em atenção à demanda espontânea, voltada para a remoção e o atendimento emergencial, quando o curso propôs rever o lugar que o agente ocupa nessa estrutura, ficou explícita a necessidade de se pensar a redefinição e reorganização de funções e ocupações dos demais integrantes da equipe. Ela lamentou que mesmo tendo o apoio de alguns profissionais, a descontinuidade da força de trabalho do Dsei não tenha permitido que esta discussão se aprofundasse.

Por outro lado, além do retorno positivo dado pelos alunos e pelo movimento indígena, ela comemorou a vivência de campo proporcionada pelo desenvolvimento do curso, construído e ajustado a partir da realidade e com a ajuda dos atores locais. “Isso nós conseguimos fazer”, diz, explicando que o momento agora é de sistematização da prática, de maneira que elementos gerais possam se transformar em um protótipo capaz de orientar outras experiências similares — levando-se em conta os contextos particulares. “O contexto do Rio Negro é único”, alertou.



Olhar diferenciado



O *Curso Técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde: ensino médio indígena integrado à educação profissional técnica de nível médio*, iniciativa conjunta do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (Fiocruz Amazônia) e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), foi criado a partir de uma demanda da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (Foirn). A ideia era promover a elevação na escolaridade dos agentes indígenas de saúde da região, e fazer com que os profissionais se tornassem aptos a “intervir e transformar o processo de trabalho, discutindo de forma crítica os princípios que o regem, suas contradições e possibilidades”, informava seu documento-base (*Radis 80*).

O que se buscava era concretizar a atenção diferenciada, proposta pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena — regulamentado pela Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999 —, oferecendo aos agentes uma formação que reúne informações e procedimentos técnicos do “mundo dos brancos”, articulados com o resgate dos conhecimentos tradicionais. As três etapas formativas e as 3.240 horas/aula aconteceram em cinco polos de formação (Alto Rio

Negro, Baixo Içana e Xié; Médio e Alto Rio Içana, Aiari e Cuiari; Baixo Rio Waupés e Tiquié; Alto e Médio Waupés, Iauaretê e Papuri; Rio Negro abaixo, Curicuriari e Estrada) e foram divididas em módulos teóricos e práticos que trataram de cultura, território, cuidado, política e informação, comunicação e planejamento em saúde.

A experiência, inédita no país, propôs uma capacitação que visa o equilíbrio entre estes dois mundos — diversos e complementares — formando “agentes interculturais”, cientes do lugar que podem ocupar dentro das equipes multidisciplinares de saúde, geralmente compostas por médico, enfermeiro, dentista e técnico ou auxiliar de enfermagem.

Luiza Garnelo alerta que a ideia não é formar técnicos indígenas para concorrer com técnicos de enfermagem: “O perfil do técnico de enfermagem é dirigido para que atue em instituições de saúde”, precisou, orientando que são profissões com perfis diferentes e complementares.

Traduzindo para ações concretas, o curso construiu, junto com os alunos, possibilidades de o agente se integrar às equipes, e ser capaz de propor, participar e acompanhar ações de intervenção nas áreas de promoção à saúde e

prevenção nos territórios — respeitando as questões de acolhimento, humanização e integralidade, não regulamentadas em nenhum documento em relação à saúde indígena, como explica Luiza.

“Como aplicar o princípio da atenção diferenciada no atendimento da diarreia, no cuidado com a gestante, na vigilância alimentar e nutricional? Como pesar, medir, entender o SIVAN [Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional], registrar os dados no sistema? Isso tudo foi ensinado. Mas também foi trabalhado com eles o que fazer e como adaptar estas informações a suas realidades. O que fazer, por exemplo, com um desnutrido do ponto de vista alimentar? Como tratar as questões de saúde bucal?”, exemplifica Luiza, lembrando que questões como essas não se resolvem somente com procedimentos técnicos, mas também com a capacidade de adaptá-los à realidade das comunidades.

“Nós potencializamos o conhecimento que eles têm do território e do modo de vida”, diz ela, argumentando que deste modo é possível colocar realmente em prática o que se entende por atenção diferenciada. Segundo ela, dentro do modelo assistencial, o papel do agente fica resumido a ações de tradução, auxílio na logística e na remoção de doentes. Ao contrário, no modelo proposto, ele se integra como conhecedor do território e da cultura, o profissional que utiliza sua experiência e seus conhecimentos sobre a comunidade e os transforma em informações de saúde. Todo agente, defende ela, mesmo aqueles que trabalham no contexto das cidades, tem que ter a dimensão social da população que atende.

ELO CAPACITADO

A abordagem parte do conceito ampliado de saúde, valorizando a noção individual e comunitária sobre o que significa viver bem. O esforço proposto é não concentrar o olhar somente no combate às doenças, mas privilegiar o olhar da vigilância em saúde, no sentido de identificar e promover as condições que permitam que os grupos vivam bem. Isso significa estabelecer uma relação direta entre a saúde e seus determinantes culturais e sociais, como educação, transporte, moradia, alimentação, condições de saneamento e destino do lixo, entre outros fatores, o que só é possível caso se leve em consideração as particularidades territoriais, ambientais e socioculturais dos grupos atendidos pelos agentes, ensina o cientista social Sully Sampaio, da Fiocruz Amazônia, também docente do curso.

“Os serviços de saúde indígena estão organizados, em sua maior parte, para a assistência”, observou Sully, questionando a ausência de atividades que visem a prevenção e a promoção de saúde. “O desafio é redimensionar estas ações para que haja equilíbrio, oferecendo uma alternativa de reorganização dos processos de trabalho”, apontou ele, relatando que houve inclusive certo desconforto, por parte de alguns profissionais do Dsei que participaram do curso, ao se depararem com uma proposta que, em sua essência, apontava para a reestruturação dos serviços onde trabalhavam.

A despeito da falta de condição ou interesse das instâncias de gestão para modificar rotinas e/ou processos de trabalho, o foco da formação é mostrar que o papel do agente não é distribuir remédios, mas sim identificar situações de risco, como explica

Sully. Ele orienta que não é tarefa do agente indígena diagnosticar ou tratar uma doença, mas é sua atribuição identificar quando há riscos à saúde e também demandar a presença da equipe na comunidade. Neste sentido, aponta, a formação despertou nos alunos autonomia, já que aumentou a consciência de suas capacidades e a sua autoestima. “Os agentes perceberam que o trabalho deles é muito útil para a melhoria da saúde das pessoas; sem a necessidade de tantos recursos tecnológicos, eles podem identificar, antecipar e apresentar os problemas de saúde à equipe”, afirma. “São um elo capacitado, o olho vigilante da equipe na comunidade”, definiu.

PARCERIA QUALIFICADA

A enfermeira Cleia Linhares atuava na equipe do Dsei quando foi convocada a dar aulas no curso sobre saúde da mulher e Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi). Convocada de última hora para ser professora, ela revelou a *Radis* que a oportunidade foi marcante: “Todo enfermeiro do Dsei deveria ter esta experiência. Quando a gente tem acesso ao conhecimento que eles têm e une ao nosso, a gente começa a vê-los como grandes parceiros”, avaliou. Ela contou que depois das aulas, quando voltou à área indígena do rio Içana, seu trabalho fluiu de forma mais organizada e sistemática, já que contava com o auxílio e a parceria dos agentes como informantes das comunidades. “Em muitos casos, eu não precisava mais fazer triagem; eles me traziam informação qualificada e ainda monitoravam os casos”, adiantou, contabilizando que o número de chamadas de emergência também diminuiu após ter afinado a parceria com os novos técnicos.

Coordenadora da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira, a enfermeira Fernanda Torres Santiago também considerou que os agentes irão desempenhar um papel importantíssimo dentro da equipe multidisciplinar de saúde, já que estão capacitados para fazer uma “busca ativa” de problemas nas comunidades e, em futuro próximo, também poderão contribuir para alimentar o e-SUS [estratégia do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional]

AGENTES POLÍTICOS

Denivaldo Cruz da Silva, coordenador técnico local da Funai e um dos entusiastas do curso, chamou atenção para outro importante aspecto da formação: os desdobramentos políticos. Ele considerou a formatura uma vitória política para o movimento indígena. “Estes profissionais são agentes políticos de transformação das comunidades”, afirmou, observando que são eles que conhecem melhor a região onde atuam e também podem articular ações de saúde com projetos de sustentabilidade local, auxiliando em atividades como censo populacional, importante ferramenta para a gestão territorial e ambiental das terras demarcadas. Para isso, argumentou ser necessário fortalecer a organização política do grupo: “Sabemos que a saúde indígena aqui não está bem. Precisamos apoiá-los”, afirmou.

André Baniwa, ex-vice prefeito de São Gabriel da Cachoeira, hoje presidente da Associação Indígena do Bacia do Içana e colaborador da Funai, reforçou que este não é um momento favorável



para a saúde indígena na região e informou à *Radis* que hoje existem tentativas de aproximação da Funai com o Dsei, com o objetivo de melhorar o atendimento. André acredita que a melhor estratégia para que isso aconteça é fortalecer o controle social.

Neste cenário, considera que o papel dos técnicos é fundamental. “Pela primeira vez nós temos uma equipe grande de profissionais que tem escolaridade completa e capacitação técnica. Nossa expectativa é que eles possam contribuir com informações para que o movimento indígena possa reivindicar melhorias”. Ele avalia que a ausência de dados qualificados é uma deficiência do movimento, e que se estes forem bem utilizados pelos agentes as lideranças podem transformá-los em argumentos de negociação com gestores — incluindo os da Saúde.

DESAFIO DO RECONHECIMENTO

Para Luiza Garnelo, os técnicos recém-formados terão alguns desafios a enfrentar a partir de agora. O primeiro deles diz respeito ao que denominou “reconhecimento institucional”, e envolve possibilidade de reenquadramento como profissionais de nível médio e renegociação de salários. “Isso é só uma parte da questão”, advertiu, lembrando que existe uma luta política que vai além de se pagar um salário compatível com a nova formação.

Luiza observou que hoje, quando se traçam planos estratégicos distritais, não há qualquer menção ao trabalho do agente de saúde. “Quando você faz as estatísticas do Dsei, o agente de saúde é invisível. Então o reconhecimento institucional tem que prever, no planejamento, quais são as metas a serem cumpridas por ele”, observou, orientando que isso vai exigir a articulação destas atividades com aquelas desenvolvidas pelos enfermeiros. “O grande supervisor destas tarefas é o enfermeiro”, situou ela, destacando que o agente pode dar regularidade às ações que hoje somente são feitas quando o enfermeiro está em área indígena,

como medir e pesar crianças — algo bem útil no contexto de longas distâncias e difícil acesso — mas que necessita de programação para que aconteça.

“Já que o sistema de saúde tem como base a informação e a informação não está registrada, isso significa que este profissional não existe”, deduziu, ressaltando que, contrariando esta invisibilidade, o agente é um profissional que produz um grande número de informações, importantes para a produção de dados do Sisvan, do número de nascidos vivos, do controle de malária e dengue, entre outras áreas.

O outro lado do reconhecimento (e tão importante quanto) é na própria comunidade, apontou a pesquisadora. Luiza relatou que os alunos produziram uma carta, com orientação dos professores, explicando para as comunidades o que aprenderam e o que irão fazer a partir de agora. Ela colocou que promoção, prevenção e intersetorialidade são conceitos difíceis de ser “vistos” na prática, pela comunidade, ao contrário do atendimento médico-curativo, mais visível — não somente nas aldeias, mas também nas cidades.

“Esse tipo de reconhecimento é mais complicado”, alertou, salientando que as comunidades ainda esperam que o agente seja aquela pessoa que dá remédios e remove doentes para as cidades. “A ausência dos outros níveis de resolutividade não é percebida pela comunidade como um problema do sistema de saúde. Ela tende a atribuir o problema ao agente”, avaliou.

O agente Moisaniel Fernandes Lourenço, da comunidade de Vila Nova, no baixo rio Negro, disse estar ciente das dificuldades. “Eu consigo imaginar as barreiras que vamos enfrentar”, declarou, ainda em sala de aula. Mesmo assim, ele disse estar muito feliz por ter enxergado o que antes não via: a ligação das conquistas e fracassos do movimento indígena com a saúde, o valor que têm a cultura e a tradição de seu povo e como pode contribuir para levar mais saúde para seus parentes. “Eu não sabia de nada, mas aprendi muito. O curso abriu a minha mente”, revelou. (ADL)



Os agentes Adão Silva, Clemente Lourenço, Isaque Valência e Samuel Gabriel planejam ações educativas, em atividade na maloca da Foirn

Parte dos agentes-alunos
posa no ginásio onde
preparavam a festa de
formatura: compromisso
com os princípios que regem
o conceito de "viver bem"





A emoção da conquista



Embora grande parte do grupo acumulasse experiência como agentes indígenas de saúde de quase duas décadas, um bom número deles sequer havia concluído os estudos do ciclo médio. É possível avaliar o que é concluir, em apenas seis anos, os ciclos de ensino fundamental, médio e técnico, participando de aulas ministradas em português, que para a maioria dos alunos não é sua primeira língua. Além das línguas indígenas maternas e do nheengatu (também conhecida como língua geral, introduzida pelos jesuítas portugueses nas comunidades indígenas, a partir do século 19), muitos deles têm mais familiaridade com o espanhol, já que vivem em uma região de fronteira com Colômbia e Venezuela.

Some-se a isso as grandes distâncias. Nos seis anos, os módulos aconteceram em lugares diferentes, alguns situados a dias de distância de navegação pelos rios da região. Em muitos momentos, os alunos estiveram longe de suas casas e famílias por longos períodos. Mesmo assim, a taxa de evasão é irrisória, diante de tantas dificuldades. Dos 198 alunos que iniciaram a formação, apenas 59 não a concluíram. Dois deles porque morreram. O restante persistiu. E comemorou a conquista pessoal e comunitária.

É o que conta André Feliciano da Silva, agente da comunidade de Canadá, às margens do rio Aiari, afluente do Içana. A experiência marcou positivamente sua vida, relatou à *Radis*. Responsável pelo atendimento de 32 famílias, ele comemora a profissionalização das atividades que executa há 14 anos e contabiliza os novos conhecimentos que acumulou ao longo dos seis anos de capacitação. Destes, o que mais o mobilizou foi uma mudança na lógica do trabalho: investir na promoção da saúde e na prevenção às doenças ao invés de tentar, sozinho, driblar as deficiências e/ou ausências da assistência.

Com o mesmo tempo de experiência na atividade, Vanilde da Silva Brito, moradora da comunidade Vila Aparecida 1, no Distrito de Iauaretê, no médio Rio Waupés, também estava empolgada diante das novas possibilidades profissionais, animada por poder interferir nos problemas que afetam sua comunidade antes mesmo que estes aconteçam. Vanilde se refere, principalmente, ao fato de estar preparada para prevenir doenças como a diarreia, que afeta boa parte das crianças de sua área, e de levar informações sobre saúde bucal. “Antes, eu não tinha como combater estes problemas; hoje, posso fazer palestras, conversar com as lideranças e a comunidade para prevenir doenças”, relatou, um dia antes da formatura.

Edmar Cabreira Maia, da comunidade de Patos, no

rio Papuri, afluente do Waupés, saboreava a vitória de ter concluído duas formações ao mesmo tempo (nível médio e técnico), e de estar preparado para levar ao território onde mora conhecimentos que podem minorar problemas que afligem seus parentes. Agente desde 2008 na longínqua região de fronteira do Brasil com a Colômbia, ele destacou a importância de ocupar o lugar de ligação entre a equipe multidisciplinar de saúde, que atua no DSEI, e as pessoas com quem convive: “Tem que ter alguém que trabalhe bem com a comunidade, que conheça o território e suas tradições”, explicou. Edmar manifestava especial preocupação, durante a conversa, sobre o que faria para que a comunidade compreendesse a importância de dar melhor destino ao lixo no território, e como esta simples atitude preveniria problemas futuros de saúde, como a contaminação da água e a proliferação de doenças.

Sabino Garrido Feliciano, da comunidade de Cué Cué, no rio Negro, celebrou a própria conclusão dos estudos. Em uma região marcada por uma infinita quantidade de cursos introdutórios e outros não concluídos, este representava uma vitória para ele, depois de 16 anos atuando como agente indígena de saúde. Das dificuldades, ele cita a falta de equipamentos para o trabalho (balança, termômetro, aparelho para medir a glicose, etc), mas torce para que a situação melhore. “Nós somos muito cobrados pela comunidade”, revelou, salientando que entende o esforço dos profissionais que compõem as equipes multidisciplinares de saúde. Empolgado com o término da formação, Sabino se disse pronto para continuar os estudos. “Dá muita vontade de ir além disso”, adiantou.

A empolgação também está presente no discurso de Dinéia Dávila, do distrito de Assunção do Içana, embora reconheça que o trabalho é duro. “Na comunidade, nós somos tudo. Só falta extrair dente”, ironiza, sentindo-se mais segura para acompanhar e contribuir para o trabalho das equipes que atuam em sua área. Pronta para retornar à sua comunidade, ela antecipou que pretende investir em um projeto de saneamento para o local, que abriga cerca de 500 pessoas.

Alguns agentes relataram suas impressões por escrito e as enviaram para a *Radis*. Manoel Paiva, da comunidade de Jurupari, última comunidade do Rio Aiary, afluente do Rio Içana, resumiu sua avaliação: “Sinto que estou preparado para ajudar os povos da minha comunidade, para prevenir certas doenças que ali sempre acontecem”, registrou, com bela caligrafia que faria inveja a muito estudante universitário. (ADL) 

A montanha Bela Adormecida emoldura o Rio Negro, em São Gabriel da Cachoeira. Belas paisagens escondem longas distâncias e muitos obstáculos para os novos agentes



LEÔNIDAS E MARIA DEANE

DESBRAVADORES DO CAMPO



...a, com os estudantes
científica do Centro Acadêmico
de Medicina de São Paulo



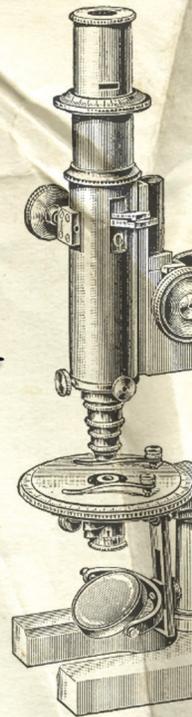
...e 2 pick-ups para o transporte
de São Paulo

Elisa Batalha

O pesquisador Ricardo Lourenço, do Laboratório de Transmissores de Hematozoários, do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), guarda em seu gabinete o quadro negro com anotações manuscritas a giz deixadas por Leônidas de Mello Deane. "O professor Deane nunca apagava esse trecho, com a lista de departamentos e laboratórios sob sua responsabilidade", conta Ricardo, curador da exposição sobre o cientista realizada em 2014, no hall do pavilhão que leva o nome do naturalista no Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), no Rio de Janeiro.

O cuidado em preservar a letra do professor demonstra a deferência e o carinho com que o discípulo guarda a memória de seu orientador, falecido em 1993, e ainda hoje considerado um dos parasitologistas mais renomados do mundo. O nome de Leônidas também ficou eternizado ao lado do de Maria, sua companheira de toda a vida — o casal, que marcou a história da ciência no país e a memória afetiva de gerações de pesquisadores, hoje dá nome à unidade da Fiocruz Amazônia.

A protozoologista Maria Deane, nascida Maria José Von Paumgarten, filha de pai austríaco e mãe francesa, veio ao mundo em 24 de julho de 1916, em Belém do Pará. Leônidas, filho de pai irlandês e mãe paraense, também nasceu em Belém, em 1914. Os dois se conheceram na Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, na década de 1930. Trabalharam juntos por mais de quatro décadas. Logo nos primeiros anos de casamento, cursaram mestrado na Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos. Nos anos seguintes, participaram da criação do Instituto de Patologia Experimental do Norte e atuaram no Serviço de Malária do Nordeste, entre outros projetos e instituições. Graças à dedicação do casal, os ciclos biológicos da leishmaniose visceral, da malária e da doença de Chagas, até hoje endêmicas no país, passaram a ser melhor conhecidos pelos cientistas.



LEISHMANIOSE VISCERAL

A primeira missão científica dos Deane, ainda nos anos 1930, foi dedicada à investigação da leishmaniose visceral e desenvolvida no então Instituto de Patologia Experimental do Norte (atual Instituto Evandro Chagas, no Pará), quando os dois percorreram o interior do estado e estudaram de forma pioneira a doença, recém-identificada. Liderada pelo próprio Evandro Chagas, a equipe formada pelo casal Deane e outros jovens pesquisadores investigou a ocorrência da doença, levando em consideração todas as espécies envolvidas na transmissão: o parasito, o vetor, os reservatórios silvestres e o homem.

A partir daí, foram muitas expedições científicas e trabalhos de campo em sertões e florestas do país. Entre 1954 e 1956, os pesquisadores viveram em Sobral, no Ceará, onde continuaram suas pesquisas sobre leishmaniose visceral, no laboratório criado pelas autoridades sanitárias para enfrentar um surto epidêmico na cidade. Elizabeth Rangel, chefe do Laboratório de Transmissores de Leishmanioses do IOC, ex-aluna de Leônidas, contou à *Radis* que quando visitou Sobral durante pesquisa de campo em 2007, mais de 50 anos depois que os Deane viveram na cidade, ficou surpresa ao encontrar pessoas que ainda lembravam dos dois cientistas. "Moradores mais antigos se referiam ao doutor Deane e a sua esposa, e lembravam que ele coletava terra em vasos de barro para as pesquisas", lembrou. "Um deles acreditava que seriam usados em rituais religiosos", relatou ela, com bom humor.

REFERÊNCIA NAS AMÉRICAS

"O doutor Deane foi muito marcante na minha vida. Passava para seus alunos a importância do trabalho de campo. Suas orientações mudaram minha concepção sobre fazer pesquisa. A visão

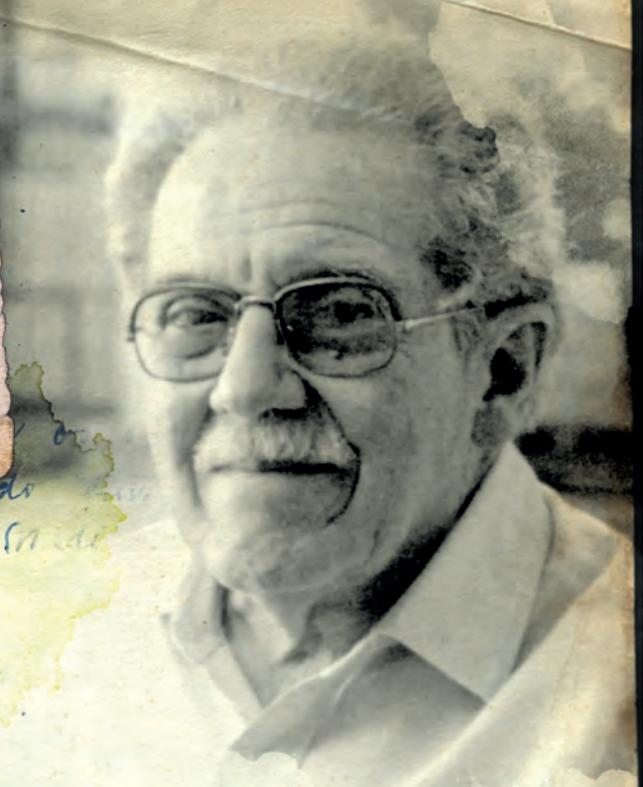
dele era de que não poderia desenvolver o trabalho sem se preocupar com a pessoa acometida com a doença, inserida no seu contexto territorial. Ele ouvia o homem do campo, criava laços. Sabia que o homem do campo tem muito a ensinar. Tudo que fiz depois teve influência do convívio com ele", declarou a pesquisadora, hoje coordenadora do Serviço de Referência Nacional em Vigilância Entomológica de Zoonoses. O livro *Leishmaniose visceral no Brasil*, de 1956, ainda é referência no tema, orienta Elizabeth. "É a principal obra sobre a doença nas Américas, onde ele descreve todo o ciclo de transmissão", afirma.

Também considerado um dos maiores malariologistas do mundo, Leônidas confirmou, em 1967, a reintrodução no Brasil do vetor da febre amarela e da dengue, o *Aedes aegypti*. Percorreu o Brasil ao longo de décadas em serviços de saúde pública dedicados ao combate da malária e realizou a primeira experiência de campo sobre o controle da doença, com a administração de uma droga exclusiva. Ganhou muitos prêmios ao longo da carreira, entre eles Prêmio Oswaldo Cruz, Medalha Carlos Chagas e Medalha Gaspar Vianna. Desde a década de 60, Deane teve atuação destacada em diversas instituições internacionais médicas e de pesquisa, entre as quais a Academia Nacional de Ciências e o Conselho Nacional de Pesquisas, ambos nos Estados Unidos, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde.

OUSADIA E COMPROMISSO

Ambos os pesquisadores lecionaram durante a década de 1960 na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e ajudaram a organizar departamentos em diversas instituições acadêmicas do país. Maria era grande especialista na biologia do protozoário causador da doença de Chagas, o *Trypanosoma cruzi*. Um de seus maiores feitos foi





descobrir que nas glândulas de cheiro do gambá o parasito desenvolve um ciclo semelhante ao que ocorre no barbeiro, o que dá ao animal um papel de reservatório e transmissor da enfermidade.

Conhecida por seu temperamento forte, Maria não temia as expedições pelo interior. "Ela não costumava reclamar dos desconfortos do trabalho de campo", relembra a médica veterinária Ana Jansen, chefe do laboratório de Biologia dos Tripanossomatídeos (Biomanguinhos/Fiocruz). "Maria era a pessoa pragmática do casal. Ousadia como cientista, coragem e capacidade de síntese eram marcantes em sua personalidade. Tinha uma fama de brava, talvez uma forma de se impor em um universo masculino. Ela não era pessoa de ficar à sombra", descreve ela, ressaltando também a preocupação social que o casal tinha. "Acreditavam muito na educação".

"Nunca senti competição profissional entre eles", declarou Ana, que, além de ter sido orientada por Maria em sua pesquisa de doutorado, tornou-se amiga pessoal, conviveu com o casal, e conheceu suas filhas Luiza e Riça, e os dois netos, Rodrigo e Camilo. Para Ana, o principal legado da pesquisadora é "a atitude dela em relação à ciência, o compromisso e o amor pela pesquisa de campo."

Enquanto Maria tinha fama de exigente, a calma e ponderação eram marcas da personalidade de Leonidas, avalia Elizabeth Rangel. "Eu chegava nervosa ao gabinete dele com um documento que trazia notícias negativas para o andamento da pesquisa, e ele, antes de me permitir dar uma resposta, punha o documento embaixo de uma grande pilha de papéis, e pedia que voltasse a avaliar alguns dias mais tarde, com a cabeça fria", conta a pesquisadora. Foi daí que surgiu a expressão "bota na pilha do Dr. Deane", piada interna que circula até hoje nos corredores dos laboratórios da Fiocruz, explica.

"Ele era muito contido e polido. Os dois tinham gênios muito diferentes. Ele era discreto, amável, não gostava de ser notado", reforça Ricardo Lourenço. Nos anos 1970, o casal acompanhou a

filha Luiza, exilada pelo regime militar em Portugal. Lá, os cientistas atuaram no Instituto de Medicina Tropical de Lisboa, em 1975. Logo depois, transferiram-se para a Venezuela, onde permaneceram na Faculdade de Medicina da Universidade de Carabobo até 1979, retornando então ao Brasil.

EXCELÊNCIA E DEDICAÇÃO

Na década de 1980, o casal Deane retornou à Fiocruz a convite do pesquisador José Rodrigues Coura. Maria tornou-se chefe do então Departamento de Protozoologia e Leônidas assumiu a chefia do antigo Departamento de Entomologia. Foi neste período que Ricardo conheceu o casal, quando cursou disciplinas ministradas por eles. "Ele lecionava zoologia e ela, protozoologia. As aulas eram muito ilustradas, com lindos pôsteres. Leônidas era um ótimo desenhista e seu irmão, Glástone, era pintor de profissão. As artes faziam parte da família e Leônidas gostava muito de conversar sobre pintura e música, especialmente sobre jazz". Ricardo trabalhava diretamente com Leônidas e frequentava a casa do casal. O amor do pesquisador pelo trabalho de campo chamava sua atenção. "Em uma ocasião, Leônidas, já idoso, subiu em uma plataforma entre árvores a 17 metros", recorda.

Em 1990 Leônidas aposentou-se compulsoriamente, mas continuou a desenvolver as atividades de pesquisa no Laboratório de Transmissores de Hematozoários. O naturalista faleceu em 30 de janeiro de 1993, e Maria morreu em 13 de agosto de 1995. A unidade da Fiocruz Amazônia, localizada em Manaus, foi batizada como Instituto Leônidas e Maria Deane, como reconhecimento à contribuição do casal ao conhecimento das endemias da região. "Foi uma justa homenagem. Além dos dois grandes pesquisadores terem nascido na Amazônia, ambos traduzem em sua trajetória os aspectos fundamentais da pesquisa em saúde nesta região: intrepidez, excelência e dedicação", reconheceu Sérgio Luz, diretor do Instituto.

2, 4^o feira B...
tudentes ainda
no Hospital He...
da Turma u...
solu como An...
às diarias de...
r ele no SE...
2 5^a feira B...



ALERTA VERMELHO

Surto de 3,3 mil casos no Ceará põe em risco a certificação de eliminação da doença nas Américas

Bruno Dominguez

Quando as Américas receberam a certificação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) de continente livre da rubéola, no fim de abril (leia mais na Súmula), poderiam ter sido declaradas também livres do sarampo. Evidências indicavam a interrupção sustentada da transmissão autóctone — ou seja, dentro do território — da doença na região, mas um surto no Ceará iniciado em 2013 colocou em risco o título. Em 25 de dezembro daquele ano era notificado o primeiro dos 3.399 casos confirmados de sarampo no estado nos 14 meses seguintes. “Este ano, as Américas iriam ganhar a certificação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, mas a do sarampo não saiu por causa do Brasil”, confirma a pesquisadora Marilda Siqueira, chefe do Laboratório de Vírus Respiratório e Sarampo do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), referência nacional junto ao Ministério da Saúde e regional junto à Opas.

“A declaração de restabelecimento da circulação do vírus no país e nas Américas está sendo considerada, pois a condição de local endêmico se dá após 12 meses com confirmações de casos de forma ininterrupta”, afirma ainda o boletim da Secretaria da Saúde do Ceará. Os Estados Unidos também têm casos de sarampo, mas por lá a transmissão não é sustentada por mais de um ano.

Até o final dos anos 1970, o sarampo era uma das principais causas de morte no Brasil, dentre as doenças infecto-contagiosas, principalmente em menores de 5 anos. De 1968, quando a notificação dos casos passou a ser obrigatória, até 1991, o país enfrentou nove epidemias. O pico foi registrado em 1986: 129.942 doentes, com taxa de incidência de 97,7 por 100 mil habitantes. Em 1992, adotou-se então o Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, tendo como meta o ano 2000, a partir de quando, de fato, houve registro apenas de casos “importados” da doença. “Eram esporádicos e vinculados a viagens internacionais”, informa Marilda. Em 2011, por exemplo, foram confirmados 43 casos espalhados pelo país. Já em 2013, Pernambuco concentrou 200 casos.

ABAIXO DA LINHA

O surto no Ceará é considerado uma extensão do que ocorreu em Pernambuco. A incidência chega a 349,6 por 100 mil habitantes no município de Massapê, quando a média do estado é de 9,1 por 100 mil habitantes. Fortaleza e Caucaia são os principais focos de transmissão viral. Seguindo recomendação da Organização Mundial da Saúde, o Programa Nacional de Imunizações estabelece a meta de 95% da cobertura vacinal de forma homogênea em todas as localidades. O índice é considerado “linha de seguridade”, fundamental para impedir a transmissão do vírus. Mas, após 15 meses de surto e sucessivas campanhas de vacinação, o município de Caucaia tinha apenas 46% de cobertura vacinal na população de 5 a 29 anos em 29 de abril. Mesmo a capital, Fortaleza, estava abaixo da linha de seguridade até 28 de abril, com 72% de cobertura vacinal na população de cinco a 29 anos.

A OMS já havia alertado o Brasil e os Estados Unidos para que aumentassem a vigilância de forma a conter a transmissão do sarampo. “Surto recentes sugerem que o nível de imunização em algumas áreas está abaixo do indicado para prevenir que o vírus se espalhe para as Américas”, avaliou a organização, em fevereiro deste ano. A OMS e a Opas lembraram que, graças à vacinação, a região das Américas controlou o sarampo por mais de uma década. No mundo, estima-se que a vacinação evitou 15,6 milhões de mortes entre os anos de 2000 e 2013. A vacina contra o sarampo existe há mais de 50 anos e é eficaz e segura, de acordo com a OMS. “Quando a pólio foi eliminada das Américas, na década de 1990, o sarampo foi escolhido para ser controlado justamente por ter uma vacina altamente eficaz e pelo impacto que tinha no mundo”, explica Marilda.

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, causada por um vírus do gênero *Morbillivirus*.

O QUE É SARAMPO?

Doença infecciosa aguda, viral, transmissível, extremamente contagiosa, causada por vírus do gênero *Morbillivirus*

COMO IDENTIFICAR?

CORRIMENTO NO NARIZ

IRRITAÇÃO NOS OLHOS

FEBRE ACOMPANHADA DE TOSSE PERSISTENTE

MANCHAS AVERMELHADAS NO ROSTO QUE PROGRIDEM EM DIREÇÃO AOS PÉS

COMO É TRANSMITIDA?

Diretamente, de pessoa a pessoa, geralmente por **tosse, espirros, fala ou respiração**

PREVENÇÃO

Crianças devem tomar uma dose da vacina combinada contra rubéola, sarampo e caxumba (tríplice viral) aos doze meses de vida, reforçada aos 15 meses com a vacina tetra viral (que protege do sarampo, caxumba, rubéola e varicela ou catapora)

Fontes: Bio-Manguinhos/Fiocruz e Ministério da Saúde

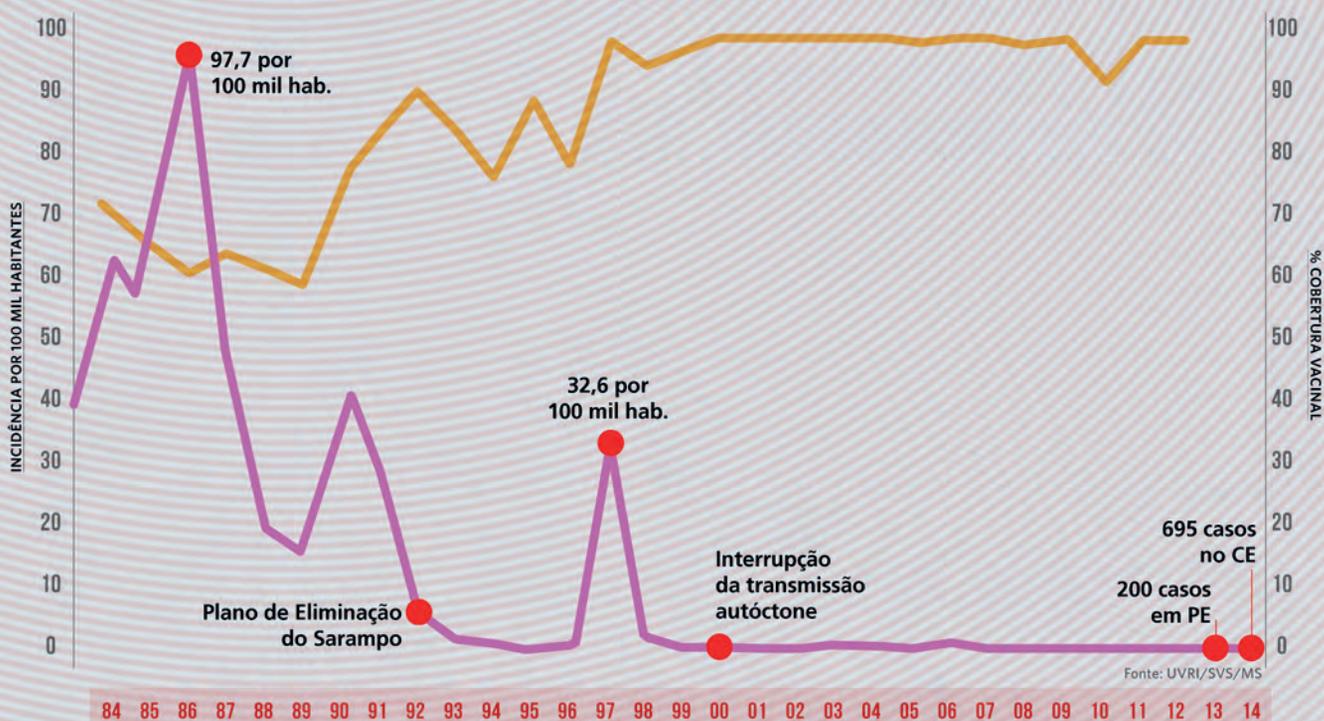
É extremamente contagiosa, sendo transmitida diretamente, de pessoa a pessoa, geralmente por tosse, espirros, fala ou respiração. Além de secreções respiratórias ou da boca, também é possível se contaminar através da dispersão de gotículas com partículas virais no ar, que podem perdurar por tempo relativamente longo no ambiente, especialmente em locais fechados.

Os sintomas iniciais são febre acompanhada de tosse persistente, irritação ocular e corrimento do nariz. Após estes sintomas, geralmente há o aparecimento de manchas avermelhadas no rosto, que progridem em direção aos pés, com duração mínima de três dias. Além disso, pode causar infecção nos ouvidos, pneumonia, lesão cerebral e morte. A única forma de prevenção é a vacinação. A primeira dose da tríplice viral (que protege contra sarampo, caxumba e rubéola) deve ser aplicada aos 12 meses de vida, com reforço aos 15 meses com a vacina tetra viral (que também protege da varicela).

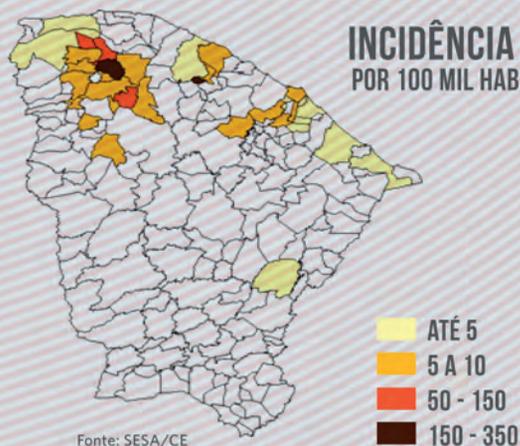
Para Marilda Siqueira, houve “falhas” na contenção do surto no Ceará: “A vigilância epidemiológica trabalhou durante algum tempo correndo atrás do prejuízo, e não indo à frente, e quando se trata de uma doença altamente contagiosa, é necessário chegar antes do surto nos municípios e fazer ações de prevenção”. O Ministério da Saúde enviou ao estado apoio técnico e repassou recursos financeiros para intensificação das ações de imunização. Um grupo de apoiadores foi selecionado para fortalecer a equipe local para busca ativa de casos, vacinação casa a casa e em locais estratégicos. A Opas disponibilizou consultores para reforçar o controle.

Os casos vêm diminuindo nos últimos meses, com apenas um confirmado em abril (131 ainda estavam em investigação). “O Brasil recebeu mais um prazo da Opas para acabar com o surto e, depois de um ano, vão rever a certificação de eliminação do sarampo nas Américas”, indica Marilda. 

INCIDÊNCIA E COBERTURA VACINAL NO BRASIL (1984-2014)



COBERTURA VACINAL NO CEARÁ



O PESO DO FUTURO

ESPECIALISTAS LIGAM SOBREPESO E OBESIDADE NA INFÂNCIA A DIFERENTES DOENÇAS, E ALERTAM QUE CULPAR CRIANÇAS OU PAIS NÃO RESOLVE O PROBLEMA



**+DIABETES +LINFOMAS
+HIPERTENSÃO**

0%
SAUDÁVEL

Se as dobrinhas de gordura e o excesso de “fofura” em crianças eram considerados sinais de beleza e saúde há algumas décadas, hoje inspiram preocupação. Uma em cada três crianças de 5 a 9 anos está acima do peso, de acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que coletou dados entre 2008 e 2009. Em 20 anos, os casos de obesidade mais do que quadruplicaram entre crianças.

A obesidade é definida como uma acumulação excessiva ou anormal de gordura que pode prejudicar a saúde, e também se caracteriza por Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 30. O quadro atual de excesso de peso em todo o país preocupa. Mais da metade da população adulta que vive no Brasil está com excesso de peso, de acordo com a pesquisa *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (Vigitel), divulgada pelo Ministério da Saúde em 2014 (*Ver matéria na página 31*).

RISCO DE CÂNCER

Quais são as consequências da obesidade para a saúde infantil? Ainda durante a infância, as crianças obesas são mais propensas a desenvolverem diversos problemas de saúde que incluem doenças cardiovasculares, resistência à insulina (pré-diabetes) e problemas nas articulações, explica o nutricionista Fabio Gomes, que integra a coordenação de Prevenção e Vigilância do Instituto Nacional do Câncer (Inca). Ainda mais grave é saber que elas tendem a continuar obesas na idade adulta, e que a obesidade está relacionada a diferentes tipos de câncer, como os de pâncreas, endométrio, rins, esôfago, intestino, certos tipos de linfomas e leucemias.

“Alguns mecanismos ligam a obesidade ao câncer: as células de gordura produzem fatores inflamatórios que podem transformar células saudáveis em células precursoras de câncer”, explica Fábio. “O tempo de latência do câncer é mais longo do que o de outras doenças não transmissíveis, como a hipertensão ou diabetes, ou seja, o tempo entre a exposição a fatores de risco e o desenvolvimento da doença é maior. Por isso, a obesidade está relacionada com o câncer em adultos”. Fábio integra o grupo de trabalho da Organização Mundial da Saúde (OMS) que trata do combate à obesidade infantil. Recentemente, o grupo publicou um artigo na revista científica britânica *The Lancet*, apontando a necessidade de os governos adotarem medidas que conduzam à melhoria da salubridade dos ambientes alimentares.

A qualidade de vida e a saúde mental das crianças obesas também sofre impacto. Estudos da OMS mostram relação entre obesidade infantil e problemas de desempenho escolar e autoestima. “A criança não é vista sequer como uma criança. Ela passa a ter o selo de ‘obesa’”, afirma a psicanalista Clarissa Silbiger, que coordena cursos sobre o tema no Instituto Sedes Sapientiae.

Embora os hábitos alimentares da família sejam decisivos no contexto individual, a solução não é culpar nem a criança nem os seus pais, na opinião de Clarissa.

“Obesidade é uma doença complexa, multideterminada, de difícil tratamento. Não tem uma causa última e exclusiva. Existem questões macrossociais determinantes que raramente são abordadas”, lembra a psicanalista, que participou do documentário *Muito Além do Peso*, de Estela Renner, que aborda a qualidade da alimentação das crianças e os efeitos da comunicação mercadológica de alimentos dirigida a elas.

“Os pais de uma criança obesa se sentem frassados, fragilizados. E tendem a ser julgados como incompetentes pelos próprios profissionais de saúde por não conseguirem oferecer alimentos mais saudáveis aos seus filhos. É preciso que os profissionais de saúde encarem o fracasso dos tratamentos completamente incompatíveis com a realidade. Não dá para fazer uma mudança completa como se a criança vivesse em uma ilha. É impossível pedir para uma criança comer cenoura no recreio da escola, enquanto todos comem bolachas recheadas”, reflete. “Ao invés de ‘fechar a boca’, é preciso abrir a boca dos adultos e crianças obesas, para que eles peçam ajuda, e dos profissionais de saúde, para que eles discutam em conjunto essa questão”, diz.

POLÍTICAS PÚBLICAS

As questões macrossociais são o foco de trabalho de Fábio: “O ambiente hoje é muito adverso. Buscamos ações que de fato sejam efetivas para o combate da obesidade, como para desenvolver mecanismos de responsabilização da indústria de alimentos”. Segundo ele, seguindo o exemplo de estratégias bem-sucedidas de controle de outro fator de risco para o câncer — o tabagismo — é importante criar um ambiente favorável à prevenção da doença combatendo também a obesidade. “Deve-se estimular o consumo de alimentos saudáveis e um ambiente desfavorável ao consumo de alimentos industrializados, ultraprocessados, muito açucarados, com excesso de sódio, e hipercalóricos”, defende. Os dados reunidos pela comissão vão, segundo ele, subsidiar e fomentar a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica.

A OMS preconiza que as políticas públicas em torno da indústria alimentícia podem desempenhar um papel importante na redução da obesidade infantil por meio de medidas como a redução da gordura, do açúcar e do sal dos alimentos processados, garantindo que opções nutritivas e saudáveis estejam disponíveis em preços acessíveis para todos os consumidores e que as práticas mercadológicas sejam responsáveis, especialmente quando voltadas para crianças e adolescentes

O nutricionista lembrou que vários países na América Latina já modificaram rótulos de alimentos para oferecer informações mais claras e advertências sobre consumo e passaram a regular a publicidade, principalmente dentro das escolas. No Brasil, resolução recente do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) caracterizou a propaganda abusiva para alimentos infantis.

PUBLICIDADE DIRIGIDA

Fábio lembrou que a publicidade se vale de estratégias e recursos sofisticados e se utiliza da vulnerabilidade da criança para incentivar o consumo de alimentos hiperpalatáveis — com muito açúcar, sal, gordura e com o sabor realçado artificialmente, com substâncias que “viciam” o paladar e o próprio organismo.

Quem nunca viu uma “cena” no supermercado, em que a criança se joga no chão aos berros pedindo um produto que os pais sequer gostariam de oferecer? Segundo o nutricionista, esse comportamento não é apenas birra. Ele explica que existe uma dedicação da indústria em estruturar estratégias de marketing na internet — e os novos investimentos estão nas mídias sociais. A publicidade está migrando para lá. Na TV, migra dos canais abertos para os canais pagos. “Nos pontos de venda, vemos produtos posicionados nas prateleiras mais baixas, na altura dos olhos das crianças, nos corredores das filas dos caixas, se utilizando de personagens. As personagens na caixa de cereais açucarados são desenhadas com um olhar na angulação precisa, voltados um pouco para baixo, para fazer contato com os olhos das crianças”, exemplifica.

Os hábitos alimentares dos primeiros anos de vida podem definir o perfil de consumo alimentar, mostram os estudos. Por isso, é no mínimo preocupante que 80% das mães ou responsáveis por bebês, menores de um ano de idade, já tenham oferecido, por exemplo, pirulito, mortadela ou salame às crianças, conforme apontou pesquisa que embasa o artigo *Introdução de alimentos supérfluos no primeiro ano de vida e implicações nutricionais*, publicado em 2011. Outro estudo, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), citado no documentário *Muito Além do Peso*, mostrou que 56% dos bebês já experimentaram refrigerantes antes de um ano de vida.

CONSUMO ALIMENTAR

“O consumo de frituras e refrigerantes é alarmante e problemático. O refrigerante é totalmente desnecessário, não tem nenhuma vitamina, nenhum mineral”, aponta a nutricionista Mabel Nilson Alves, da Universidade Federal de Pelotas, coautora do artigo *Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006*, publicado em 2013. Mabel atende crianças em dois serviços de saúde e observa que hipertensão e diabetes e dislipidemias têm estado cada vez mais presentes. “Muitas vezes a família não enxerga o sobrepeso na criança. O contrário também acontece. Visualmente e de acordo com a tabela, a criança está com o peso adequado, mas a mãe acha muito magra”, observa. “A criança pode estar obesa e com deficiência de vitaminas e micronutrientes ao mesmo tempo”, explica.

O estudo assinado por Mabel demonstrou, entre outros dados, que 50% das crianças não consumiram verduras na semana anterior; que 29% das crianças não haviam consumido legumes na semana anterior; que também na semana

anterior, alimentos não saudáveis (como biscoitos e bolachas) foram apresentados a até 65% das crianças pesquisadas e, que 60% delas haviam comido fritura em pelo menos um dia naquele período.

Foram entrevistadas mais de 15 mil mulheres sobre a frequência e qualidade da alimentação de seus filhos.

A pesquisa envolveu mais de 3 mil crianças, com idade entre 2 e 5 anos, e mostrou que a baixa prevalência no consumo de frutas, legumes e verduras está ligada a questões de acesso aos alimentos. “Muitas mães relatam: quando eu posso comprar frutas, eu ofereço”, contou Mabel à *Radis*. “Eu indico substituir a qualidade da dieta: trocar o tipo de compra que é feita no supermercado: de bolachas e salgadinhos por frutas, verduras e legumes”, aconselha.

O estudo também demonstrou que as crianças cujas mães possuíam mais idade e escolaridade consumiam mais alimentos saudáveis.

As meninas consumiam mais frutas.

“Esse dado parece estar ligado à questão da socialização alimentar, toda a ‘atmosfera’ que é criada ao redor do ato de alimentar-se: as meninas são mais direcionadas ao consumo saudável para evitar o ganho de peso por razões estéticas”, comentou Mabel, que também atua como nutricionista na Universidade Federal de Pelotas, no Rio Grande do Sul.

IMPORTÂNCIA DOS CONTEXTOS

Uma questão que costuma preocupar os pais é a recusa, por parte da criança, de alimentos saudáveis. Mabel lembra que forçar a criança a comer não vai levar a uma boa aceitação. A relação do ambiente onde se faz as refeições é muito importante. Não se deve fazer refeições em ambiente tumultuado, e nem na frente da TV ou do computador. Ela dá dicas para ajudar as crianças a comerem melhor: “Não se deve fazer chantagem nem forçar a criança a comer. É para colocar no prato e fazer de conta que não está ali. Deixar no prato mesmo alimentos que a criança não costuma aceitar. Aos poucos ir fazendo ela segurar e manusear alimentos para se acostumar com a textura”. Ela alerta que a criança muitas vezes utiliza aquele tempo para chamar atenção dos pais. Mabel orienta que os pais devem combater este comportamento, deixando que as brincadeiras com os filhos se concentrem antes ou após as refeições.

Há outros estudos que reforçam a importância da amamentação, do ambiente e da maneira como são oferecidos e apresentados os alimentos na formação dos bons hábitos tão sonhados pelos pais. No trabalho intitulado *Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil*, publicado no *Jornal de Pediatria*, a nutricionista Maurem Ramos e a psicóloga Lilian Stein apontam que “os vegetais são oferecidos em contexto negativo, normalmente envolvendo coação para a criança comer. Ao contrário, os alimentos ricos em açúcar, gordura e sal são oferecidos em um contexto positivo,

potencializando a preferência para estes alimentos”. As autoras lembram que esses alimentos são frequentemente utilizados em festas e celebrações, ou como recompensa para a criança comer toda a refeição, em uma interação positiva, tornando-se assim os preferidos.



INVESTIR NA PREVENÇÃO

Como os hábitos alimentares podem definir a qualidade de vida nos anos futuros, é importante adquirir bons hábitos o quanto antes. Inclusive porque mudá-los é bastante difícil, aponta o médico cirurgião Pedro Pimenta, especialista em cirurgia bariátrica — procedimento não indicado para crianças. O médico observa uma banalização do procedimento em adultos, e relaciona este fenômeno ao contexto alimentar formado na infância. Para ele, que participa de grupos de discussão sobre o tema no Hospital Municipal Maternidade Professor Mario Degni, em São Paulo, as políticas de apoio à alimentação saudável nas escolas, famílias e comunidades são fundamentais para promover alimentação mais saudável e atividade física regular, como maneira mais acessível de prevenir a obesidade.

“No lugar de restringir o estômago da pessoa lá na frente, é melhor ter políticas de restringir a publicidade e a venda de alimentos ultraprocessados e hipercalóricos na cantina das escolas, por exemplo. É melhor restringir no nível político, regulamentando a oferta, do que restringir o estômago no nível individual, provocando uma verdadeira mutilação. Além do mais, a cirurgia bariátrica não muda a base psíquica da obesidade”, declara.



BAIXA ESCOLARIDADE FAVORECE EPIDEMIA

Cresceu o número de pessoas com excesso de peso no país entre 2006 e 2014. São 52,5% dos brasileiros dentro desse grupo atualmente, segundo a pesquisa *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (Vigitel 2014). Em 2006, quando a investigação pelo Vigitel começou, o índice era de 43%.

Excesso de peso inclui obesidade e sobrepeso. A obesidade é o acúmulo excessivo de gordura corporal e se caracteriza pelo Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30. O sobrepeso não necessariamente diz respeito ao excesso de gordura, mas à relação saudável entre peso e altura. O resultado apontou que 17,9% da população adulta está obesa. A obesidade, porém, estacionou. Há três anos consecutivos — 2012, 2013 e 2014 —, a epidemia se manteve estável em patamares de 17,4%, 17,5% e 17,9%, respectivamente.

Mais da metade dos homens apresentam excesso de peso (56,5%), e quase metade das mulheres (49,1%). Quanto menor a escolaridade, maior o índice de obesidade, apontou a pesquisa. Apesar da estabilização da obesidade, houve aumento da frequência de excesso de peso de 23% nos últimos nove anos.

São Luís, no Maranhão, foi a capital com menor número de adultos com excesso de peso (46%) enquanto Fortaleza, Porto Velho e Manaus ocupam

os últimos lugares com 56% da população. Já Florianópolis é a que apresenta o menor índice de obesidade, com 14% da população. Na outra ponta está Campo Grande, com 22%.

O Vigitel incluiu também dados sobre a prática da atividade física, que é fator de proteção para doenças crônicas, como o diabetes. As doenças crônicas são responsáveis por 72,4% dos óbitos dos brasileiros e a meta do Ministério é diminuir em 2% ao ano o número de mortes por estas doenças até 2022. São Paulo é a capital com menor índice, com apenas 30% da população adulta adepta da atividade recomendada.

Em relação à rotina das famílias, do total, 16,2% da população substituiu o almoço ou o jantar por lanche sete ou mais vezes na semana. Apesar disso, o feijão continua sendo o prato mais popular do brasileiro, com a preferência de 66% dos entrevistados.

Em comparação com os países integrantes do Brics, o Brasil fica em terceiro lugar no ranking de obesidade — atrás da África do Sul (65,4%) e Rússia (59,8%). China tem um índice de 25% da população acima do peso e a Índia, 11%. O Brasil tem a menor taxa de obesidade da América do Sul. O Chile tem índice de 25,1%, Paraguai 22,8%, Argentina 20,5% e Uruguai, 19,9%. 

SAIBA MAIS

Vigitel 2014

<http://goo.gl/J0dJfj>

Guia Alimentar no site da Sociedade Brasileira de Diabetes

<http://goo.gl/D6Eiz7>

Documentário Muito Além do peso

<http://goo.gl/1277xV>

Radis 56

<http://goo.gl/8QkEMO>

Radis 119

<http://goo.gl/1JJDQF>

SUS NÃO É MERCADORIA

Frente nacional contra a privatização defende retomada dos princípios da Reforma Sanitária e garantia de acesso universal

Luiz Felipe Stevanim

“Q uanto você pode pagar pela saúde?” em oposição a essa tendência que transforma um direito em mercadoria, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde alerta para a adoção cada vez mais frequente de medidas que favorecem o mercado privado e ameaçam o SUS verdadeiramente público e de todos. Entre as pautas colocadas pelos movimentos sociais, pesquisadores e estudantes, reunidos no 5º seminário organizado pela frente — entre os dias 27 e 29 de março, no Rio de Janeiro —, está a defesa da saúde como um direito de todos e dever do Estado, só garantida por serviços de caráter público e universal e por efetivo controle social democrático.

O grito de alerta que ressoou no encontro reage contra processos de mercantilização e desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), que incluem as desonerações e renúncias fiscais (*Radis 150*), a entrada de capital estrangeiro no setor (*Radis 151*) e a ameaça aos direitos dos trabalhadores representada pelo avanço da precarização e terceirização da mão de obra. Com o intuito de recuperar os princípios orientadores da Reforma Sanitária dos anos 1980, que levaram à criação do SUS, a frente reúne 21 comitês estaduais e agrega diferentes movimentos — frentes sindicais, de luta pela moradia, pela reforma agrária, pelos direitos dos povos indígenas, de estudantes, entre outros — sob a mesma bandeira de defesa da saúde pública.

Tais movimentos sociais foram fundamentais no processo de redemocratização da sociedade brasileira, ressalta Maria Inês Bravo, professora da Escola de Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj) e uma das principais lideranças da frente. “Para que possamos construir uma sociedade diferente, é preciso defender um projeto realmente emancipatório, de enfrentamento do capitalismo”, destacou. Segundo a pesquisadora, a partir dos anos 1990, a saúde pública brasileira passou por um processo de contrarreforma, com o chamado desfinanciamento (diminuição dos recursos públicos destinados ao setor) e a piora nas condições de trabalho para os profissionais. A razão dessas mudanças, ela ressalta, foi o avanço das políticas de privatização e de desmonte dos direitos sociais, dentre elas a saúde.

MUDAR A SOCIEDADE

Garantir a saúde é melhorar as condições de vida de um povo, aponta o cubano Jesus Garcia Brigos, professor do Instituto de Filosofia de Cuba e um dos representantes das experiências da América Latina no encontro. Mais do que políticas de redistribuição de renda, o pesquisador defende a necessidade de ações do Estado que incentivem o desenvolvimento pleno e livre de toda a sociedade em seu conjunto. Ao levar em conta os determinantes sociais sobre a saúde, ele relata que a experiência cubana desenvolveu um sistema de saúde integral, que vai do tecnológico ao social, já que os resultados da pesquisa científica estão voltados para a melhoria das condições de vida da população.

Como alertam diferentes especialistas, a tendência mais frequente é a de enxergar a saúde como uma mera moeda para se obter lucro. Para Hernando Castro, diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), os interesses privados ameaçam as conquistas sociais do SUS. “O capital privado pensa a saúde como mercadoria, com lucro exorbitante para alguns e direitos reduzidos para todos”, aponta, ao citar o caso recente de aprovação da lei 13.097, que autoriza a entrada de capital estrangeiro em todas as atividades do setor (*Radis 151*).

“A saúde para a classe trabalhadora é um bem. Mas para o capitalismo é simplesmente um nicho de mercado”, aponta a pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Marcela Pronko. Para ela, os interesses mercadológicos estão presentes desde a formação de profissionais até a oferta de serviços. A pesquisadora aponta ainda que é preciso avaliar a atuação do Estado nesse processo, pois ele também pode promover ou reforçar desigualdades. “A saúde é um bem de todos e um dever do Estado. Mas que Estado e com qual caráter público?”, questiona. Ela também destaca que não basta uma mudança na distribuição de riquezas para superar as desigualdades do capitalismo. É preciso, segundo ela, outra forma de pensar a sociedade.

PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

O próprio Estado é responsável pela precarização do trabalho e pelo desrespeito aos direitos dos trabalhadores, aponta Raquel Varella, professora da Universidade Nova de Lisboa. Segundo ela, ao estimular vínculos empregatícios com baixa remuneração e sem garantia de direitos, o poder público favorece os interesses privados. Isso se dá pelo incentivo à terceirização da mão de obra, como acontece com o recente projeto de lei sobre o tema (PL 4.330), aprovado em abril na Câmara dos Deputados (*Radis 152*).

Para a pesquisadora, a mercantilização no setor da saúde é ampliada pela questão tecnológica. “Há uma tendência em substituir o trabalho do profissional de saúde pelo uso de recursos técnicos, sem haver um cálculo racional sobre o custo/benefício da transferência tecnológica”, alerta. De acordo com ela, não se trata de ignorar os meios auxiliares de diagnóstico e os benefícios oferecidos pela tecnologia, mas é essencial avaliar se essa mudança passa a ser mais importante que a valorização do profissional. Segundo ela, uma tendência que acompanha esse processo é a redução das equipes e a sobrecarga de alguns profissionais, principalmente os menos remunerados, como da área de enfermagem. “Ainda assim, os profissionais optam por garantir a saúde, mesmo com as condições adversas”, ressalta.

RETOMAR A REFORMA SANITÁRIA

O documento-base do encontro aponta que é preciso retomar as propostas da Reforma Sanitária que preconizavam a ampliação de investimentos públicos na saúde e a garantia de acesso universal, com qualidade, para toda a população. Ainda segundo o texto, essa “retomada” deve se dar em oposição a um projeto de reforma “flexibilizada”, que abre mão das conquistas que estão na Constituição de 1988, ou privatista, que permite o avanço dos interesses de mercado sobre a saúde. “A verdadeira Reforma Sanitária propõe um projeto civilizatório por meio da articulação entre saúde, democracia e socialismo”, defende Maria Inês Bravo.

A defesa da saúde pública de qualidade passa outras reivindicações — por moradia, terra e trabalho digno — e exige um olhar que integre as diferentes lutas sociais. Para Sonia Guajajara, integrante da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib), defender o direito desses grupos é também uma reação contra a entrada das grandes mineradoras, hidrelétricas e rodovias em suas terras. “A partir da defesa dos territórios da natureza, nós defendemos o direito à vida de todos os seres humanos”, afirma. Já Kelly Malfort, do Movimento dos Trabalhadores sem Terra (MST), assegura que é preciso construir políticas de saúde articuladas com outro modelo de sociedade. “Nós não conseguiremos enfrentar nenhuma pauta específica dos movimentos sociais se não for através da busca por unidade, que não significa anulação das diferenças, mas integração das diferentes lutas que tem se dar nas ruas”, propõe. 

EVENTOS

10º Congresso de HIV/Aids e 3º Congresso de Hepatites Virais



Com o tema *Novos Horizontes – Novas Respostas*, os eventos visam mostrar novas tecnologias, pesquisas, medicamentos e boas práticas na prevenção e na resposta às doenças. Entre as novidades, a discussão sobre o fato de o Brasil ter se tornado o primeiro país do mundo a oferecer tratamento universal e livre de interferon para a hepatite C com os mais modernos medicamentos disponíveis, já aprovados pela Anvisa.

Data 17 a 20 de novembro

Local Centro de Convenções Poeta Ronaldo Cunha Lima, João Pessoa, PB

Info <http://goo.gl/eFR3qT>

1ª Conferência Nacional de Política Indigenista



Convocada por decreto presidencial em julho de 2014, a conferência terá como tema central *A relação do Estado brasileiro com os povos indígenas no Brasil sob o paradigma da Constituição de 1988*, e objetiva avaliar a ação indigenista do Estado brasileiro; reafirmar as garantias reconhecidas aos povos indígenas no País; e propor diretrizes para a construção e a consolidação da política nacional indigenista.

Data 17 e 20 de novembro

Local Brasília, DF

Info <http://goo.gl/2eolFE>

PUBLICAÇÕES

Saúde e justiça



O livro **Judicialização da Saúde no Brasil** (Editora Saberes), organizado por Lenir Santos e Fernanda Terrazas, problematiza o crescimento de ações que reivindicam prestações de saúde na

Justiça, ao mesmo tempo em que discute sobre as consequências do fenômeno da judicialização para a equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua organização. A obra discute, entre outros assuntos, de

responsabilidade solidária dos entes federativos à titularidade do direito à saúde.

Epidemia brasileira

Na coletânea **Dengue – Teorias e práticas** (Editora Fiocruz), os organizadores Rivaldo Venâncio, Denise Valle e Denise Nacif promovem uma discussão sobre a doença a partir dos desafios impostos ao Brasil, que segundo eles ultrapassam os limites do setor saúde e abrangem as áreas de educação, comunicação social e saneamento básico. Na lista de autores, médicos, jornalistas, educadores, entomologistas, epidemiologistas, matemáticos e gestores, que tratam de temas que vão do histórico às inovações científico-tecnológicas em desenvolvimento, incluindo as vacinas preventivas e o controle vetorial por meio de mosquitos biológica ou geneticamente modificados.



Escrever em inglês



Com o objetivo de auxiliar pesquisadores brasileiros a escrever artigos científicos em inglês com correção gramatical e coesão, **Writing scientific papers in english successfully: your complete roadmap** [Em português, *Escrevendo trabalhos científicos em inglês com sucesso: Seu roteiro completo*] (Compacta Editora), editado pelo brasileiro Osvaldo Novais de Oliveira Júnior e pelos americanos Ethel Schuster e Haim Levkowitz, foi escrito por pesquisadores brasileiros e estrangeiros ligados ao Núcleo Interinstitucional de Linguística Computacional (NILC), sediado na USP. O livro se divide em duas partes: a primeira oferece os fundamentos teóricos da escrita científica e a segunda detalha estratégias, técnicas e ferramentas que facilitam a redação dos trabalhos científicos em inglês.

Com o objetivo de auxiliar pesquisadores brasileiros a escrever artigos científicos em inglês com correção gramatical e coesão, **Writing scientific papers in english successfully: your complete roadmap** [Em português, *Escrevendo trabalhos científicos em inglês com sucesso: Seu roteiro completo*] (Compacta Editora), editado pelo brasileiro Osvaldo Novais de Oliveira Júnior e pelos americanos Ethel Schuster e Haim Levkowitz, foi escrito por pesquisadores brasileiros e estrangeiros ligados ao Núcleo Interinstitucional de Linguística Computacional (NILC), sediado na USP. O livro se divide em duas partes: a primeira oferece os fundamentos teóricos da escrita científica e a segunda detalha estratégias, técnicas e ferramentas que facilitam a redação dos trabalhos científicos em inglês.

RECIIS no ar

Já está disponível a primeira edição de 2015 da **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (Reciis)**. A publicação inclui artigos originais, ensaios, notas de conjuntura, resenhas, relatos de experiência e lança uma nova seção de imagens comentadas. Neste número, discute a questão do direito autoral e as políticas culturais no Brasil e os desafios do atual governo na



área de comunicação, entre outros temas. As novidades podem ser conferidas em www.reciis.icict.fiocruz.br

Risco comprovado



“Não é por falta de confirmação dos efeitos nocivos à saúde e ao ambiente que a grave situação de uso indiscriminado de agrotóxicos no Brasil não é revertida”, adverte o **Dossiê Abrasco sobre agrotóxicos**. Lançado em 2012, o documento ganha nova versão, revisada e ampliada, reunindo evidências científicas e correlação direta entre uso de agrotóxicos e problemas de saúde. O trabalho pode ser baixado gratuitamente no endereço <http://abrasco.org.br/dossi-agrotoxicos/> e também está disponível na versão impressa. Informações no telefone (21) 2560.8699

SELEÇÃO



A revista **Visa em Debate** seleciona, até o dia 30 de agosto, pesquisas relacionadas à sua edição temática sobre diversidades culturais e riscos sanitários. Os textos selecionados serão publicados no primeiro semestre de 2016 e devem conter conteúdo inédito e exclusivo. A submissão dos trabalhos deve ser realizada na plataforma da revista, disponível no endereço link <https://goo.gl/CTHbXU>

ENDEREÇOS

Saberes Editora

www.sabereseditora.com.br
e (19) 3288.0013

Editora Fiocruz

<http://goo.gl/nh7kRt>
e (21) 3882.9007

Compacta Editora

<http://goo.gl/K1DcKD>
e (16) 3371-1404

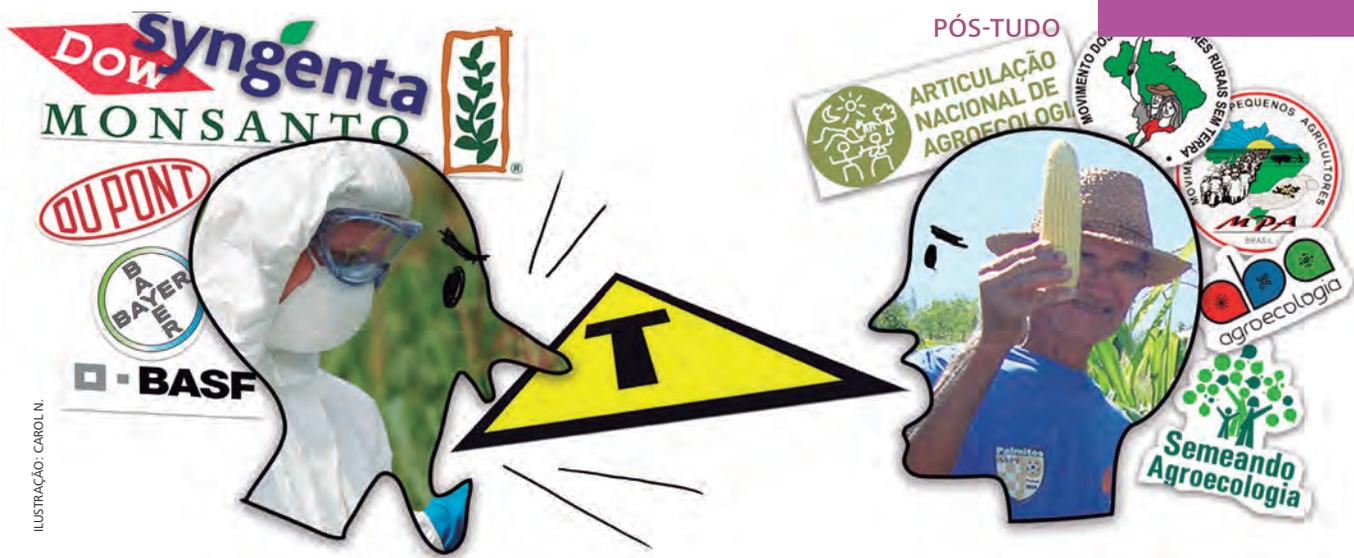


ILUSTRAÇÃO: CAROLIN.

Transgênicos: malefícios, invasões e diálogo

Hugh Lacey, José Corrêa Leite, Marcos Barbosa de Oliveira e Pablo Rubén Mariconda *

Os eminentes cientistas Walter Colli, Helena Nader e Jacob Palis Junior afirmam (*Folha de S.Paulo*, 8/4) que “a CTNBio (Comissão Técnica Nacional de Biossegurança) tem a função de analisar os riscos da introdução de organismos geneticamente modificados (OGM) no ambiente físico e social”. A CTNBio libera para uso comercial uma variedade de transgênico (ou OGM) apenas depois de concluir, com base em relatórios encomendados, que os usos previstos são isentos de riscos sérios. Entre as liberadas, encontram-se as variedades “RoundUp Ready” de OGMs, que requerem aplicações de herbicidas cujo princípio ativo é o glifosato.

Contudo, em muitas partes do mundo, inclusive o Brasil, trabalhadores rurais e suas famílias (e os médicos que os tratam) são testemunhas dos sérios problemas de saúde de que são vítimas em decorrência do contato com o glifosato, bem como outros agrotóxicos. Além disso, em 20/3/2015, a IARC (Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer, da Organização Mundial de Saúde) anunciou sua conclusão, posteriormente endossada pelo INCA (Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde), de que a exposição e ingestão de certos agrotóxicos (incluindo o glifosato) são prováveis causas de câncer.

Os procedimentos de avaliação de riscos da CTNBio não previram danos potenciais desse tipo. Portanto, não é de surpreender que sua alegação, segundo a qual não existem evidências significativas de que plantar, colher, processar e consumir OGMs por ela liberados ocasionam riscos sérios para a saúde e o meio ambiente, tem pouco peso para aqueles cuja própria experiência demonstra o contrário.

Os movimentos que defendem vítimas de tais problemas de saúde têm bons motivos para tomar medidas visando impedir o uso continuado de OGMs e agrotóxicos. Eles exigem que os danos causados pelo uso de OGMs e agrotóxicos sejam reconhecidos, e que novas introduções de OGMs sejam suspensas, até que fiquem claros os resultados de análises sistemáticas independentes a respeito das causas precisas dos problemas. Caso contrário, dada a seriedade dos problemas, não deve ser sumariamente rejeitada a legitimidade moral de atos de desobediência civil que não envolvem violência contra pessoas. E a indignação provocada pelo comportamento daqueles que procuram impedir a introdução do eucalipto geneticamente modificado não deve ocultar o fato de que as consequências nefastas

das políticas e práticas do agronegócio constituem grande violência contra a vida diária de inúmeros trabalhadores rurais. Tal violência é uma séria violação dos direitos humanos.

Em 6/3/2015, a SBPC (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência) lançou um manifesto a respeito da interrupção da reunião da CTNBio em que estava em pauta a liberação do eucalipto geneticamente modificado. Afirma-se no manifesto que os responsáveis pela intervenção “representam a expressão mais atrasada de posicionamentos baseados em ideologias políticas ao arripio do conhecimento científico.” O que eles contestam, na verdade, são as credenciais científicas de procedimentos cujas conclusões contradizem claramente suas experiências. Isso não constitui desrespeito ao conhecimento científico. Os procedimentos de avaliação de riscos da CTNBio têm sérias deficiências científicas. O mais importante é que eles dependem em grande medida de estudos realizados (ou financiados) pelas empresas de agronegócio cujos interesses comerciais são favorecidos pela introdução de OGMs. A maioria de tais estudos não está disponível para ser examinada pela comunidade científica, pois são tratados como confidenciais em nome da proteção do segredo comercial das empresas. Há portanto um conflito com a norma universalmente reconhecida segundo a qual as evidências científicas devem ser acessíveis para averiguação geral pela comunidade científica, e reprodutíveis. Procedimentos de avaliação carentes de transparência servem para desviar a atenção do público das violações de direitos humanos que acompanham a introdução dos OGMs.

A situação demanda diálogo que, até produzir resultados, deve ser acompanhado da suspensão de novas introduções de OGMs e agrotóxicos. O diálogo não pode tolerar ameaças a cientistas. Mas também não pode tolerar a condescendência com, e a distorção dos motivos de quem oferece depoimento baseado em sua própria experiência. É necessário tratar com franqueza das alegadas deficiências dos procedimentos de avaliação de risco, bem como das propostas de que existem formas de agricultura melhores do que as baseadas em OGMs e agrotóxicos, em particular a agroecologia.

Estará a SBPC disposta a iniciar esse tipo de diálogo? 

Hugh Lacey, José Corrêa Leite, Marcos Barbosa de Oliveira e Pablo Rubén Mariconda são membros do Grupo de Pesquisa em Filosofia, História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Instituto de Estudos Avançados (IEA/USP).

JOVEM
NEGRO
VIVO

1/RO



**ONDE DEVERIAM ESTAR OS JOVENS,
ESTÃO VIDAS INTERROMPIDAS.**

30 mil jovens por ano são vítimas de homicídios no Brasil. 77% são negros. Queremos ver os jovens vivos! Participe. Assine o manifesto em anistia.org.br

**ANISTIA
INTERNACIONAL**

