

Comunicação e Saúde desde 1982

Nº 163 - ABR 2016

# RADIS



ENSP



FIOCRUZ

## MEDICAMENTOS

Preços altos e política industrial podem deixar tratamentos fora do alcance

### Zika

Principal desafio para o SUS é organizar as redes de atenção para atendimento

### Financiamento

CNS se mobiliza contra corte e pelo percentual mínimo para Saúde

# FORMAÇÃO CRÍTICA PARA O SUS

*Coleção de livros do Cebes investe na repolitização dos atores da Reforma Sanitária*

Liseane Morosini

Para revigorar o conhecimento crítico daqueles que lutam por um sistema público de saúde universal, integral e de qualidade, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) lançou uma série de livros com conceitos, dilemas e tendências das políticas de saúde. A coleção é composta por dez livros que resultaram do Projeto de Formação e Cidadania para a Saúde, realizado entre 2012 e 2013 pela entidade, em parceria com a Organização Panamericana da Saúde (Opas). Ana Maria Costa, ex-presidente do Cebes, que esteve à frente do projeto, informa que os cursos presenciais, que capacitaram 600 pessoas, foram editados em formato de videoaulas, já disponíveis na internet, e agora transformados em livros impressos e digitais. “Com esse material, queremos repolitizar os atores da saúde coletiva, comprometendo-os com um projeto de país, com o direito universal à saúde e com uma outra hegemonia para a saúde”, disse. Ana salienta que, hoje, os pesquisadores e docentes que estiveram no passado à frente da luta pelo projeto de Reforma Sanitária estão “distraídos pela contabilidade acadêmica” exigida pelos programas de pós-graduação. “Eles estão ensimesmados, já não se envolvem nas lutas políticas e tampouco na formação de atores críticos. Isso empobrece o campo”, declarou.

No primeiro volume, “A Reforma Sanitária Brasileira e o Cebes”, Jairnilson Paim sinaliza que a reforma sanitária é um processo que não está apenas ligado à construção do SUS. “Há, ainda, certa vitalidade no movimento, mesmo que este não apresente o mesmo protagonismo de décadas atrás”, sentencia. No segundo livro, “Capitalismo e Saúde”, Roberto Passos Nogueira e Rogério Miranda Gomes se concentram na prestação de serviços de saúde pelas empresas. Depois, em “Questão Agrária e Saúde”, Guilherme Delgado resgata a história de conflito que marcou a estrutura agrária brasileira, relacionando-a com a problemática das condições de vida e de saúde no Brasil contemporâneo. Para os autores, a conquista territorial e o conflito agrário andam juntos pela história brasileira. Em “Políticas Sociais e de Saúde”, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato apresenta características, dinâmicas e o desenvolvimento dos sistemas de saúde e de políticas de saúde, discutindo problemas atuais do caso brasileiro.

No volume seguinte, “Desenvolvimento, Trabalho, Saúde e Meio Ambiente”, Anamaria Testa Tambellini e Ary Carvalho de Miranda relacionam aspectos do processo produtivo, meio ambiente e a saúde humana; já em “SUS, Política Pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte, o direito sanitário, a governabilidade e a busca de saídas”, Nelson Rodrigues dos Santos apresenta quatro grandes obstáculos enfrentados pelo sistema, suas consequências na política de saúde e as saídas possíveis em um contexto nacional e global; “Trabalho em saúde”, de Luiz Carlos Cecílio e Francisco Lacaz, fala sobre as transformações ocorridas na área e ilumina questões contemporâneas ocorridas no campo da Saúde do Trabalhador; e “Democracia participativa e controle social em saúde”, de Ana Maria Costa e Natália Vieira, analisa o contexto e a evolução histórica do processo de participação e controle social em saúde.

Em “Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados”, Ligia Giovanella e Maria Helena Magalhães de Mendonça analisam a trajetória histórica das políticas de atenção à saúde no Brasil, com realce para a Estratégia de Saúde da Família e a Política Nacional de Atenção Básica. Por fim, em “Diversidade cultural e saúde”, Paulo Amarante e Ana Maria Costa defendem que a diversidade é fundamental para reconhecer o outro em várias perspectivas, contemplando aspectos relacionados a cultura, direitos humanos, trabalho, entre outros. Os livros digitais e as videoaulas correspondentes aos volumes podem ser acessados na internet no endereço <http://cebes.org.br/publicacao/e-books-e-video-aulas-cebes/>.

Capas da coleção de livros do projeto de formação e cidadania para a saúde lançado pelo Cebes



## Pílulas do lucro indevido

O alto preço dos medicamentos não tem relação com a necessidade de recuperar investimentos em pesquisa, mas com o interesse dos fabricantes, permitido pela legislação internacional e brasileira, de obter lucros exorbitantes. A inovação e produção nem são os principais custos dos laboratórios, mas as despesas com propaganda e marketing, que incluem o aliciamento direto ou indireto de médicos que recebem seus produtos.

Para traçar um quadro dos processos históricos, econômicos e políticos que fizeram com que a falta de acesso a medicamentos ainda seja um dos principais problemas da atenção à saúde no país, a repórter Elisa Batalha procurou usuários, organizações não governamentais, pesquisadores, farmacêuticos, médicos, advogados, entidades nacionais e internacionais, gestores de instituições públicas de pesquisa, produção e distribuição de medicamentos.

A legislação sobre patentes é o antônimo do primado da saúde, na medida em que a vida das pessoas não tem precedência sobre os altos lucros. Na década de 1990, o presidente Nelson Mandela foi processado por 39 laboratórios farmacêuticos, por ter autorizado quebra de patentes para atender à crise sanitária na África do Sul, que tinha o maior número de infectados com HIV/aids no planeta. Na mesma década, o governo brasileiro se empenhou em aprovar a Lei de Patentes que privilegia os laboratórios multinacionais, desmontar a indústria farmacêutica nacional e manter baixos os investimentos nos laboratórios públicos. FarManguinhos, da Fiocruz, é um dos raros casos de laboratório que fabrica medicamento contra HIV/aids sob licenciamento compulsório. Mas, até hoje, o país não tem soberania na produção de insumos farmacêuticos, a substância que dá o efeito do remédio.

“É o retrato da ganância” sintetiza Pedro Villardi, da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia). Ele cita o exemplo do antiviral sofosbuvir, auxiliar no tratamento de hepatite C, cujo proprietário da patente, que tem um custo de 100 dólares para produzir um kit para 12 semanas de uso, não autoriza a venda de genérico ao Brasil, de quem cobra 7.550 dólares pelo remédio de marca, obrigando o SUS a gastar cerca de 27 mil reais, a cada três meses, com cada uma das cerca de 15 mil pessoas em tratamento. Sendo que o número estimado de brasileiros infectados com o vírus da hepatite C é de 1,5 milhão, dois terços dos quais em fase crônica e 216 mil com evolução para cirrose.

À indústria farmacêutica, não interessa fabricar remédios que considere “baratos”, nem destinados a doenças negligenciadas, para os quais não haja pessoas ou governos com alto poder aquisitivo para consumir. O filão que importa é o dos protegidos pelas patentes e bem pagos. Pior é que a decisão de que ajustar a economia cortando despesas com políticas sociais reduz a oferta de medicamentos pelo SUS e os necessários investimentos nos laboratórios públicos.

O subfinanciamento do SUS reaparece na mobilização liderada pelo CNS pela aprovação de projeto que garante percentual mínimo do orçamento da União para a Saúde. Na série de matérias sobre a crise sanitária, destacamos a organização das redes de atenção para o enfrentamento da epidemia de zika. E como saúde é democracia, em tempos de crise política, nada mais importante do que cada cidadão entender que a sua participação consciente na política é que pode preservar a democracia tão duramente conquistada.

Rogério Lannes Rocha

Editor-chefe e coordenador do programa Radis

### Expressões e Experiências

- Formação crítica para o SUS 2

### Editorial

- Pílulas do lucro indevido 3

### Cartum

- 3

### Voz do leitor

- 4

### Súmula

- 5

### Radis Adverte

- 8

### Toques da Redação

- 9

### Zika

- Menos pânico, mais assistência 10



### Capa | Medicamentos

- Mercadoria de luxo 16
- Cortes afetam distribuição 22
- Entrevista Paul Benkimoun: "Não é ético que as pessoas não tenham acesso aos tratamentos" 23

### Saúde Indígena

- Ainda a violação de direitos 24

### Financiamento

- Mobilização contra o corte 26

### Saúde do Trabalhador

- Quando a música dói 28

### Saúde Urbana

- A cidade e o tempo 32

### Serviço

- 34

### Pós-Tudo

- Democracia 35

Capa Arte de Felipe Plauska

### CARTUM

## Cadê o mosquito que estava aqui?



RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN



Práticas Integrativas



Gosto de ler a *Radis* nestes tempos difíceis. Na edição 160, o depoimento da irmã Terezinha de Sá Barreto, da Bahia, mostrou uma face do Brasil que poucos conhecem. Sou massoterapeuta e terapeuta holística em Reiki como ela, que defendeu na 15ª Conferência Nacional de Saúde que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares se torne política de governo. Devemos seguir nosso ímpeto através da reflexão e do estilo de vida. Parabéns pelo espaço cedido a essa religiosa.

• Joseane Tulio, Curitiba, PR

Aborto

Minha esposa é enfermeira e assina a *Radis*. Gosto sempre do conteúdo produzido e leio com regularidade. Na edição de março, a revista traz uma reportagem sobre o aborto a qual achei tendenciosa e enviesada. 1) Ao trazer números sobre a quantidade de abortos ilegais feitos no país (1 milhão/ano e 1 morte a cada 2 dias), a reportagem cita a Organização Mundial da Saúde. A pergunta que se faz é: se são procedimentos ilegais, como a OMS chegou a esse número? Pode ser que seja maior? Pode. Mas pode ser muito menor também. É inegável que existem mortes por conta desse procedimento, entretanto tal argumento deve ser relativizado até que a metodologia de como esse número foi construído seja esclarecida. 2) O argumento da socióloga e também da produtora do filme sobre o direito das mulheres escolherem não é contraposto. Acho que é um equívoco pensar que o feto é uma parte do corpo da mulher e que ela tem o direito de decidir sobre a vida de alguém indefeso. Ou seja, não é como um fígado ou rim que ela pode retirar. É

uma pessoa, por isso a lei deve garantir sua sobrevivência e a realização do aborto deve ser colocada em casos realmente extremos. 3) Colocar o argumento de religiosos contra o aborto é uma forma de colocar a religião como um retrocesso na vida das pessoas. Diversas pesquisas têm mostrado que a religiosidade, se exercida de maneira "saudável", traz benefícios à saúde. O argumento contrário deveria ser, na minha opinião, de profissionais de saúde, pesquisadores e/ou profissionais de direito. 4) Gostaria de salientar, ainda, que o início da vida é uma questão mais para a área da filosofia, uma vez que a ciência diz como acontece o processo de fecundação, mas não bate o martelo para dizer em que momento começa de fato a vida. Muito obrigado mais uma vez.

• Rodrigo Lobão, Minas Gerais

**R:** *Prezado Rodrigo, a Radis acolhe seu comentário e reitera que todas suas reportagens têm como base as reflexões da saúde coletiva. Sugerimos que acesse a página sobre aborto da OMS em <http://bit.ly/1uSLEIR> e que leia a matéria de capa da edição 152, que trata da tolerância religiosa. Abraços.*

Saúde prisional

Estou feliz por receber a *Radis*. As matérias são de grande relevância; abordam temas atuais e essenciais para o conhecimento da saúde coletiva e também do momento sociopolítico. Meus parabéns pelo trabalho, pela exuberante competência da equipe. Gostaria que tratassem do acolhimento do presidiário no âmbito hospitalar, pois ainda há muito transtorno na aceitação e no atendimento do recluso.

• Ricardo Junior de Amorim, Santana do Manhuaçu, MG

**R:** *Ricardo, agradecemos pelos comentários. O tema da saúde prisional já está em nossa pauta. Confira em uma edição próxima. Abraços.*

Farmácia popular

Sou farmacêutico e vejo a falta de informação tanto de profissionais da saúde quanto de pessoas leigas sobre o funcionamento da Farmácia Popular. As regras do programa foram alteradas recentemente. Por isso, gostaria de sugerir uma matéria sobre o assunto.

• Hudson Fernandes

**R:** *Hudson, a matéria de capa desta edição trata do acesso a medicamentos, e inclui informações sobre as mudanças nas regras do Farmácia Popular. Agradecemos pela sugestão. Abraço.*

Aedes negligenciado

Gostei muito das últimas edições da *Radis*, mas duas atraíram mais minha atenção. A 159 fala sobre as filas no Sistema Único de Saúde, que na minha opinião já virou doença crônica. A 161 aborda a proliferação vergonhosa do *Aedes aegypti*, que há muito tempo virou doença negligenciada.

• Maria Célia Batista Pereira, Teresina, PI

Radis agradece

Venho agradecer imensamente pela ajuda que a *Radis* me deu para conseguir ingressar na Universidade Federal do Espírito Santo. Há um tempo me cadastrei para receber gratuitamente as edições da revista e venho lendo todas desde então. Os textos me ajudaram muito na criação de redações, me dando ideias e esclarecendo dúvidas! Parabéns pelo ótimo trabalho de vocês.

• Neander Ramos

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) 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, Luiz Felipe Stevanim e Ana Cláudia Peres  
Arte Carolina Niemeyer e Felipe Plauska

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Sandra Benigno e Eduardo de Oliveira (Fotografia)

Administração Fábio Lucas e Natalia Calzavara  
Apoio TI Ensp Marco Antônio Fonseca da Silva (suporte) e Fabio Souto (mala direta)

Estágio Supervisionado Caroline Beck (Arte) e Juliana da Silva Machado (Administração)

Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cadastro) Periodicidade mensal | Tiragem 91.800 exemplares | Impressão Rotaplan  
Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) • Tel. (21) 3882-9118  
E-mail [radis@ensp.fiocruz.br](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)  
Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762  
[www.fiocruz.br/ouvidoria](http://www.fiocruz.br/ouvidoria)

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

 [/RadisComunicacaoeSaude](https://twitter.com/RadisComunicacaoeSaude)

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



## Licença paternidade ampliada, mas não para todos



FOTO: ALEXANDRA ABREU

Um ato simbólico no Dia Internacional da Mulher (8/3), na tentativa de equilibrar as responsabilidades de pais e mães no cuidado com os filhos: a licença paternidade foi ampliada de cinco para 20 dias, com a aprovação do Marco Legal para a Primeira Infância (Lei 13.257), sancionada pela presidenta Dilma nessa data. O direito, porém, vale apenas para funcionários de empresas que fizeram adesão ao Programa Empresa Cidadã, vinculado ao Ministério da Fazenda, e ocorre mediante isenção fiscal a esses empregadores. Segundo dados da Receita Federal, publicados pelo Uol (9/3), atualmente 2,9 milhões de pessoas trabalham em empresas cadastradas no programa, incluindo homens e mulheres — o que corresponde a uma pequena parcela dos 39,6 milhões de trabalhadores com

carteira assinada no Brasil. Também nada muda para os servidores públicos das três esferas de governo.

De acordo com as novas regras, durante a licença, os pais não podem exercer atividade remunerada. O direito também vale para os casos de adoção. A nova lei garante que esses empregados possam acompanhar consultas médicas e exames complementares durante a gravidez de sua esposa e/ou companheira, em até dois dias, e ir com o filho de até seis anos em consulta médica, uma vez ao ano. O Programa Empresa Cidadã já ampliava de quatro para seis meses a duração da licença maternidade (novamente só para as instituições cadastradas, que recebem isenções fiscais).

“É um avanço, mas ainda muito pouco!”, defendeu, em comunicado, o

Instituto Papai (16/3), responsável pela campanha “Dá licença, eu sou pai!”, que reivindica equiparação entre as licenças paternidade e maternidade, para que haja uma divisão sexual justa do trabalho doméstico. Segundo a instituição, a adesão é voluntária para as empresas e não obrigatória, além de envolver incentivo fiscal. O instituto também aponta para a necessidade da licença se estender a outras formações de famílias, como pai solteiro e casal homoafetivo, como mostrou reportagem da Agência Brasil publicada há três anos (8/8/2013). A notícia mostra que a licença de cinco dias para os pais destoa da configuração atual de família. Em alguns países da Europa, a licença parental passou a ser uma norma que amplia a igualdade de gênero.

## Marco Legal proíbe publicidade dirigida às crianças

O Superior Tribunal de Justiça proibiu a publicidade dirigida às crianças, em julgamento considerado histórico, realizado no dia 10 de março. Como noticiou o site Criança e Consumo (10/3), a deliberação ocorreu após o julgamento da campanha “É Hora de Shrek”, de 2007, da empresa Pandurata, detentora da marca Bauducco, que estimulava as crianças a juntar cinco embalagens de qualquer produto da linha “Gulosos Bauducco” e pagar mais R\$ 5 para ganhar um relógio exclusivo do filme.

A Ação Civil Pública do Ministério Público de São Paulo teve origem na atuação do Projeto Criança e Consumo do Instituto

Alana, que alegou a abusividade da campanha por se dirigir ao público infantil e se tratar de venda casada. Em 2013, o Tribunal de Justiça de São Paulo já havia condenado a Pandurata ao pagamento de R\$ 300 mil de indenização pelos danos causados à sociedade pela campanha publicitária de 2007. Ao repercutir a decisão, o site especializado em cobertura jurídica Migalhas (17/3) veiculou que os Ministros consideraram que a publicidade dirigida às crianças ofende a Constituição e o Código de Direito do Consumidor.

A decisão do STJ também acompanha a aprovação do Marco Legal da Primeira Infância, que insere inovações

no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e propõe uma política nacional integrada com ações voltadas à proteção e à promoção dos direitos da criança. Segundo a lei, saúde, alimentação e nutrição, educação infantil, convivência familiar e comunitária, assistência social, cultura e lazer passam a ser consideradas áreas prioritárias para as políticas públicas voltadas para crianças de até seis anos, assim como devem ser priorizadas a proteção contra toda forma de violência e pressão consumista, a prevenção de acidentes e o combate à exposição precoce à comunicação mercadológica.

## Brasil ameaça ativistas de direitos humanos

Os dois primeiros meses de 2016 foram de graves notícias para os defensores de direitos humanos no Brasil. O site da Ong Justiça Global noticiou (9/3) que, historicamente, o país é um dos mais violentos para mulheres e homens que lutam nessa frente, com o triste número de oito defensores assassinados e um alto número de ameaças e ataques a organizações e movimentos da sociedade civil. Segundo levantamento da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, citado pela Ong, os números colocam o país a frente de Colômbia e México. A situação é ainda mais grave, de acordo com a matéria, no segundo semestre de 2015, quando uma reforma ministerial uniu

secretarias que tinham status de ministérios e fragilizou as políticas de direitos humanos. A Justiça Global considera que a medida enfraqueceu o Programa Nacional de Proteção a Defensores de Direitos Humanos (PPDDH). Essa situação levou as organizações Terra de Direitos, Conselho Indigenista Missionário, Comissão Pastoral da Terra, Artigo 19, Sociedade Maranhense de Direitos Humanos e a própria Justiça Global



FOTO: CPT

a enviar um informe para a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização dos Estados Americanos (OEA).

Os crimes se concentram nos estados do Norte e do Nordeste, dentro do contexto de disputa pelo direito à terra e ao território, denuncia a reportagem. São casos como o de dona Nilce de Souza Magalhães, de 58 anos, mais conhecida como "Nicinha", pescadora, líder

e militante do Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB) que vinha denunciando os impactos causados pela Usina Hidrelétrica de Jirau, desaparecida no dia 7 de janeiro. Mais tarde, acusados pelo crime relataram ter executado a defensora e jogado o corpo em um rio na região. Segundo dados da Comissão Pastoral da Terra (CPT), no ano de 2015 foram 50 mortes, 144 pessoas ameaçadas e 59 tentativas de homicídio em conflitos por terra no Brasil. Os Estados de Rondônia, Pará e Maranhão concentram 90% desses casos. De 2010 a 2015, ocorreram 219 mortes e 300 tentativas de homicídio em razão de conflito agrário no país. No informe da Comissão

Pastoral da Terra há também informações sobre outros grupos vulneráveis, como indígenas e jornalistas, cujas mortes têm crescido. Somente no ano passado, seis jornalistas foram assassinados no país, o que coloca o Brasil como o terceiro país mais perigoso para esses profissionais, atrás apenas da Síria (com 13 mortes) e da França (que registrou nove casos devido ao atentado ao jornal Charlie Hebdo).

## Lei antiterrorismo preocupa movimentos sociais

Em um momento de convulsão vivido pelo país, a notícia de que a Câmara dos Deputados aprovou (24/2) o projeto de lei que tipifica o crime de terrorismo é mais um motivo para polêmica. O Projeto de Lei 2.016/15 classifica como ato de terrorismo "a prática, por um ou mais indivíduos, de atos por razões de xenofobia, discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia e religião, com a finalidade de provocar terror social ou generalizado, expondo a perigo pessoa, patrimônio, a paz pública e a incolumidade pública". As penas variam de 12 a 30 anos de reclusão em regime fechado.

Em 28 de outubro, o Senado havia aprovado o projeto com mudanças ao texto original. Mas os deputados rejeitaram as alterações e mantiveram a proposta anteriormente aprovada na Câmara, em agosto de 2015. A principal divergência com a proposta aprovada no Senado girou em torno de um artigo que evitava o enquadramento como ato terrorista de violência praticada no âmbito de movimentos sociais, informou a Agência Brasil (24/2). À reportagem, o deputado Arthur Maia (SD-BA), relator do projeto,

disse que sua proposta deixa claro que os movimentos sociais e as manifestações políticas não serão enquadrados na nova Lei. Apesar disso, deputados de oposição argumentam que a proposta abre margem para criminalizar manifestações políticas e movimentos sociais. O deputado Glauber Braga (Psol-RJ) criticou a falta de debate em torno do projeto. "Não é à toa que mais de 90 entidades assinaram um manifesto contra o projeto", disse à Agência Brasil (24/2). De acordo com a *Folha de S. Paulo* (24/2), os deputados contrários ao projeto sustentam que, em um país sem histórico terrorista como o Brasil, o objetivo da lei é, na verdade, criminalizar os movimentos sociais.

Em entrevista publicada na edição de novembro de *Radis* (nº 158), o advogado Patrick Mariano, da Rede Nacional de Advogados Populares (Renap), fez severas críticas ao projeto, alertando para o perigo de sua aprovação. Segundo Patrick, mesmo que o texto da Câmara enfatize que a lei não se aplica à conduta individual ou coletiva em manifestações políticas, movimentos sociais, sindicais e religiosos, essa redação

não salvaguarda os movimentos sociais. Para ele, o projeto deixa uma margem de manobra grande para atores jurídicos, delegados e promotores, enquadrarem a ação do movimento social como crime.

"São eles que dirão, a partir de um filtro ideológico, qual manifestação é legítima e qual não é; quem é movimento social e quem não é", disse o advogado à *Radis*, alertando para o risco "de aumentar ainda mais a criminalização dos protestos e das manifestações públicas e legítimas".

No texto aprovado pelos deputados e que agora segue para sanção presidencial, são classificados como atos de terrorismo usar, ameaçar, transportar e guardar explosivos e gases tóxicos, conteúdos químicos e nucleares, com o objetivo de desestabilizar a ordem pública. O texto aprovado também inclui entre esses atos: incendiar, depredar meios de transporte públicos ou privados ou qualquer bem público, assim como sabotar sistemas de informática, o funcionamento de meios de comunicação ou de transporte, portos, aeroportos, estações ferroviárias ou rodoviárias, hospitais e locais onde funcionam serviços públicos.



## CFM recomenda "doutrina da proteção" contra DSTs

Médicos de todo o Brasil devem orientar seus pacientes a realizar os exames de hepatites B e C, sífilis e HIV durante qualquer consulta. A resolução foi aprovada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e anunciada em coletiva de imprensa (15/3) pelo presidente do conselho, Carlos Vital. Segundo ele, o objetivo é acelerar diagnósticos para evitar óbitos, informou reportagem do Correio Web (16/3). "Esperamos que, a partir dessa recomendação, os médicos façam a doutrina da proteção para que possamos ter um índice muito menor de pessoas que não conhecem o seu diagnóstico", afirmou.

Conforme dados do último levantamento do Ministério da Saúde, as notificações de aids no Brasil atingiram quase 40 mil casos. O infectologista Dirceu Greco, membro da câmara técnica que estudou a medida, disse que cerca de 25% dos casos de HIV são diagnosticados quando o paciente já está em estágio avançado de imunossupressão [baixa atividade do sistema imunológico], como registrou a matéria publicada pelo *Jornal do Comércio* (16/3). A notícia lembra ainda que a medida ocorre em meio ao avanço de outras infecções no país, caso da sífilis congênita (transmitida de mãe para filho). Em sete anos, a quantidade de casos notificados da doença quase triplicou e a estimativa do próprio governo federal é de aumento preocupante em 2016.

Os exames não são obrigatórios e o paciente deverá ter a liberdade de recusar o procedimento, apontou o portal G1 (15/3) ao repercutir a notícia. A recomendação também não obriga os médicos a tocar no assunto, mas o conselho espera ampla adesão da categoria. "A autonomia será respeitada. O pedido só será feito, inclusive, após um esclarecimento e um consentimento do paciente, mas o médico deve, na sua entrevista, fazer referência à importância desse exame para a prevenção e o cuidado do paciente", acrescenta o presidente do CFM, lembrando que os testes e os exames de diagnóstico para HIV, sífilis e hepatites B e C são oferecidos na rede pública e, por isso, não devem representar custo adicional ao cidadão. "É uma conquista do SUS que deve ser ampliada, mas para isso, precisa da adesão do médico e do cidadão", diz o presidente na reportagem do G1.

Para o coordenador do Comitê de Aids da Sociedade Brasileira de Infectologia, Valdez Madruga, mesmo que em caráter arbitrário, a recomendação é um grande avanço. "Ainda existe muita gente que não quer fazer e muitos médicos que se sentem constrangidos em propor os testes, mas é algo necessário, porque as infecções têm crescido cada vez mais", disse ao Correio Web (16/3).

## Novas regras para pensão alimentícia



Com o início da vigência do novo Código de Processo Civil, a lei que normatiza o pagamento de pensão alimentícia passará por mudanças significativas no que diz respeito ao rigor da cobrança de parcelas atrasadas, noticiou o Portal EBC (14/3). Critérios e valores aos quais dependentes têm direito, por sua vez, permanecem como estão. Entre outras alterações, a Lei 13.105/15 determina que quem não pagar o valor devido poderá ser preso em regime fechado, ter o nome negativado, inscrito na Serasa — empresa privada que faz análises e pesquisas de informações econômico-financeiras das pessoas, para apoiar decisões de crédito, como empréstimos — ou no Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), além de ter a dívida debitada diretamente do salário.

O prazo para solicitar a prisão do devedor se mantém: a partir do primeiro mês de débito. O mandato de prisão só é emitido, no entanto, após a terceira parcela devida. A prisão não quita o débito e nem exime o devedor do pagamento das prestações vencidas, nem das que continuarem correndo. A partir das novas regras, o juiz, ao receber a cobrança de não pagamento de determinado benefício, efetuará o protesto judicial. Caso o devedor, no prazo de três dias, não realize o pagamento, não prove que o efetuou ou não apresente justificativa da impossibilidade de efetuá-lo, antes mesmo da prisão civil seu nome será incluído no banco de dados do SPC e da Serasa, gerando o cadastro como inadimplente.

## Vacina contra HPV em pauta

Ovirologista alemão Harald zur Hausen, ganhador do Prêmio Nobel de Medicina em 2008 pela descoberta da relação do HPV (Human papilloma vírus) com o câncer do colo de útero, defendeu em recente passagem pelo Brasil, no final de fevereiro, a extensão do programa nacional de vacinação aos meninos, como informa o site de notícias R7 (29/2). Atualmente, apenas meninas de 9 a 13 anos de idade são vacinadas pelo SUS. "Globalmente, os homens entre 15 e 40 anos de idade têm mais parceiros sexuais do que as mulheres da mesma idade. Eles são os maiores transmissores de HPV devido ao maior número de parceiros", alertou. À Agência Fapesp, o virologista disse que há uma riqueza de evidências de que o HPV também causa câncer em homens, incluindo anal, peniano e de garganta. "Há também uma grande oportunidade de erradicar o vírus completamente se o mundo desenvolver programas globais de vacinação para todas as crianças, meninos ou meninas", acrescentou.

Em março, durante o mês em que se comemora o Dia Internacional da Mulher (8/3), o Instituto Nacional do Câncer (Inca) reforçou a importância das ações individuais e coletivas para a prevenção da doença, numa campanha para que mulheres entre 25 e 64 anos façam o exame preventivo (papanicolau). Em artigo publicado (17/3) no *Correio Braziliense*, a médica sanitária do Inca, Maria Assunción Sole Plá, citou a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2015 para afirmar que, apesar de o exame ser ofertado nos serviços de saúde públicos e privados, ainda não se pôde observar significativa redução da incidência do câncer do colo do útero em todo o território nacional. A vacina contra o HPV surgiu como reforço, com perspectiva promissora para o controle da doença em gerações futuras, diz a médica. O SUS introduziu-a no calendário vacinal em 2014 para meninas de 9 a 13 anos. Ela protege contra os subtipos 16 e 18 do HPV, responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero.

## Brasileiros ainda longe do saneamento

Informações divulgadas pela Ong Trata Brasil (16/3) mostram que mais de 35 milhões de brasileiros não têm acesso aos serviços de água tratada, metade da população ainda vive sem coleta de esgotos e apenas 40% dos esgotos do país são tratados. Segundo Édison Carlos, presidente executivo da Ong, no país há “ilhas” — estados e cidades que caminham para a universalização da água e esgotos —, enquanto o restante não avança na mesma direção. “Continuamos à mercê das doenças”, registrou o site do Trata Brasil. A pesquisadora Ligia Bahia, professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, declarou a *O Globo* (17/3) que a falta de acesso à água encanada, principalmente em favelas, pode facilitar o acúmulo de criadouros do mosquito *Aedes aegypti*. O jornal destacou que a precariedade do saneamento afeta a saúde da população e alertou que o problema se agrava



FOTO: VALTER CAMPANATO/AGÊNCIA BRASIL

com a falta de tratamento do esgoto e do acesso à rede de saneamento, facilitando contaminações causadas pela mistura da água das chuvas com os dejetos. Em debate no Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (CEE/Fiocruz), dia 17, Léo Heller, relator especial da ONU para o direito humano à água e ao saneamento, afirmou que “precisamos de décadas e até séculos, se olharmos para a experiência dos países desenvolvidos, para sair de um patamar indesejável a outro que se aproxime da universalização” (veja matéria em <http://goo.gl/ldq479>). Entrevistado pela Rádio EBC (21/3), o pesquisador disse que o Brasil avançou, mas ainda há um déficit grande, e cobrou “mais estabilidade” no setor. Os dados do Trata Brasil mostram que o país ocupa a 11ª posição entre 17 países analisados pela Comissão Econômica para a América Latina (Cepal).

## Vírus mayaro se aproxima das cidades

Em meio ao cenário de predominância do zika, o vírus mayaro chega cada vez mais perto das cidades. Segundo alertou o site do jornal *O Globo* (4/3), o mayaro é uma espécie de primo do chikungunya: não mata, causa surtos de febre e dores persistentes e pode deixar suas vítimas com sequelas sérias, com perda de mobilidade. Antes restrito à região amazônica, ele já foi encontrado em centros urbanos, como Goiás. “São vírus emergentes. O ambiente deles muda com a entrada do homem na floresta, e eles começam a se adaptar. Buscam novos hospedeiros e meios de transmissão. Quem vive na Amazônia tem contato com esse e outros micro-organismos há muito tempo”, afirmou ao jornal a virologista Socorro Azevedo, da Seção de Arbovirologia e Febres Hemorrágicas do Instituto Evandro Chagas, em Ananindeua (PA). O jornal informou que, ao todo, há

34 tipos de arboviroses (infecções transmitidas por mosquitos e outros insetos) em circulação na Amazônia: os transmissores do mayaro são os mosquitos silvestres *Haemagogus*, os mesmos que transmitem a febre amarela. “Uma doença infecciosa é resultado do contato do ser humano com insetos e vírus. À medida que destruímos as florestas e invadimos as casas dos vírus, eles se mudam”, salientou Renato Pereira de Souza, diretor-técnico do Núcleo de Doenças de Transmissão Vetorial do Instituto Adolfo Lutz, em São Paulo. De acordo com o site do *Correio Braziliense* (13/3), o avanço do vírus mayaro em Goiás tem preocupado infectologistas, já que, de 2015 ao início de março, a Secretaria de Saúde notificou 70 casos da doença enquanto, em 2014, houve apenas um registro. O *Correio* registrou, ainda, que o Ministério da Saúde confirmou que estudos laboratoriais

demonstraram “competência de vetores urbanos”, incluindo o *Aedes aegypti*, em transmitir o vírus — o que “torna o mayaro uma potencial ameaça à saúde pública”. “Primatas como micos e saguis, muito comuns em grandes cidades brasileiras, são potenciais hospedeiros”, informou ainda o jornal. Segundo matéria veiculada pelo G1 Amazonas, em janeiro (13/1), não só a presença do mayaro, mas de outro vírus, a febre oropouche, pode gerar diagnósticos equivocados de doenças endêmicas no Amazonas. Ao falar para o site do jornal *A Crítica* (7/3), o vice-diretor de pesquisas da Fiocruz-Amazônia, Felipe Naveca, explicou que os sintomas das duas viroses podem confundir e influenciar no aumento de casos suspeitos de dengue e zika vírus. “Essa hipótese não pode ser descartada, mas por enquanto, o instituto está priorizando os testes para o zika”, afirmou. 

### RADIS ADVERTE

# DISCURSO DE ÓDIO NÃO É LIBERDADE DE EXPRESSÃO

## Cadê o mosquito que estava aqui?

A movimentação política de abril relegou para segundo plano o debate em torno das questões de saúde, como as doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, que praticamente desapareceram das manchetes. Também perdeu relevância para a pauta jornalística a chamada “pílula do câncer”, que embora tenha sido reprovada no primeiro teste de eficácia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), já teve sua produção, venda e uso aprovados pela Câmara dos Deputados e corre o risco de seguir caminho semelhante no Senado, à revelia de qualquer comprovação científica de sua eficácia e segurança.

As estratégias de enfrentamento de doenças e tomadas de decisão relacionadas à Saúde Pública demandam do poder público, da sociedade e da mídia um esforço coletivo (e continuado) em prol da mobilização e do esclarecimento da população, de modo que exerça criticamente o controle social. No caso das doenças, exige-se que esta mobilização não seja acionada somente nos momentos de surto ou na divulgação de estratégias pontuais — como a identificação e eliminação de focos de infestação do mosquito — mas também na promoção constante de debates e de intervenções que tornem ambientes e cotidianos mais saudáveis.

Para combater dengue, chikungunya e zika, advertem especialistas, há de se concentrar a atenção nos determinantes e condicionantes sociais e econômicos que viabilizam a circulação dos vírus nos ambientes urbanos, por exemplo (*Radis* 161). Como combater o mosquito sem garantir a regularidade do abastecimento de água tratada, a coleta de lixo e de esgoto, além de promover ações educativas e comunicacionais com a participação direta da sociedade? Neste cenário, silenciar a crise sanitária que atravessa o país é

tão prejudicial à saúde quanto não assistir os doentes ou deixar de fornecer infraestrutura e equipamentos necessários para o enfrentamento das doenças.

O mesmo acontece quando a mídia ignora a importância do debate em torno da segurança de quem usa a fosfoetanolamina no combate ao câncer. Resultados dos primeiros testes realizados pelo Ministério de Ciência e Tecnologia concluíram que ela tem baixo grau de pureza e pouco ou nenhum efeito sobre células tumorais, com desempenho muito inferior ao de drogas anticâncer já disponíveis há décadas. Poucos veículos repercutiram com a devida importância os resultados científicos — há muito pouco, jornais e revistas cobravam do poder público a distribuição do remédio, que estaria salvando muitas vidas, a partir de depoimentos de pacientes. “Não se pode dizer que algo funciona só com base em relatos de paciente. Em nenhum lugar do mundo se admite isso como prova”, alertou Jarbas Barbosa, presidente da Anvisa.

Apenas estes exemplos são suficientes para advertir sobre a responsabilidade demandada no uso da comunicação como aliada das estratégias de saúde. Se por um lado utilizar a comunicação apenas como ferramenta esporádica de persuasão para a mudança de comportamento (e consequente responsabilização dos indivíduos por suas condições de saúde) é fazê-la inócua diante de sua tarefa maior — a mobilização por garantia de direitos e pelo exercício pleno de cidadania, essenciais para a construção de ambientes saudáveis — por outro a espetacularização de situações (como o drama de quem vive com câncer) e o silêncio diante de questões tão complexas (como a aprovação de um novo medicamento) podem ser tão prejudiciais à Saúde quanto a ausência de qualquer comunicação.

## Estudantes nas ruas

Após a mobilização de estudantes secundaristas contra a proposta de “reorganização escolar” do governo Geraldo Alckmin (PSDB), em São Paulo — e também contra os desvios de verba destinados para a merenda escolar — ocupando escolas e organizando protestos em ruas e praças da capital e de cidades do interior, alunos de outros estados seguiram os colegas paulistas na reivindicação por melhores condições de ensino e de infraestrutura. Protestos foram registrados em Goiânia e também no Rio de Janeiro, quando os jovens foram duramente reprimidos pela polícia, com registros de invasões de escolas e agressões contra os manifestantes.

## Na surdina

Não é somente o *Aedes aegypti* que está passando despercebido no noticiário. Sem nenhum alarde o Senado aprovou (15/3), em primeiro turno e por unanimidade, a PEC 133/2015, apresentada pelo senador Marcelo Crivella (PRB-RJ), que isenta do pagamento do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU) os imóveis alugados onde funcionam templos religiosos e/ou utilizados para cultos. O autor da proposta — que ainda deve passar por um segundo turno de votação — alega que a medida “protege a liberdade de crença”.

## Mariana no Cadernos

Coordenador do programa Radis, o jornalista Rogério Lannes foi convidado pelos *Cadernos de Saúde Pública* para escrever, no fascículo de fevereiro, um artigo sobre a tragédia que aconteceu em Minas Gerais, em novembro de 2015, com o rompimento das barragens de Fundão e Santarém. Em “Os negócios da mídia e a comunicação da saúde”, publicado na seção *Perspectivas*, Rogério avaliou a cobertura dos jornais *Folha de S. Paulo* e *O Globo* do episódio, considerando que esta representa “um caso emblemático de jornalismo contrário ao interesse público”. Em sua análise, o jornalista apresentou dados publicados nas notícias dos dois periódicos, questionou o papel dos veículos comerciais de comunicação diante do maior desastre socioambiental da história do país, chamou atenção para o excesso de informações que caracteriza a internet e valorizou o papel das redes sociais na desconstrução do discurso midiático, propondo uma perspectiva mais crítica da mídia nos estudos acadêmicos da saúde.



FOTO: TOMAZ SILVA/AGÊNCIA BRASIL

Pessoas com Síndrome de Down, parentes e profissionais de saúde participaram de ato na orla de Ipanema, no Rio de Janeiro, pedindo inclusão e menos preconceito

# Menos pânico, MAIS ASSISTÊNCIA

*Organizar as redes de cuidados, da atenção básica à especializada, é a principal resposta esperada do SUS para enfrentar a epidemia*

Jézica Cubiça tem primeira consulta no IFF/Fiocruz: acolhimento às gestantes com zika é primeiro passo para vencer o medo

Luiz Felipe Stevanim

**É** para o fim de maio, mês das mães, que Adriana espera o nascimento de Maria Eduarda. Essa não é a primeira vez que ela vive as expectativas de uma gestação: o bebê é aguardado por dois irmãos, um de 11, outro de 16. A “mamãe veterana” estaria tranquila se não fosse um episódio ocorrido por volta da 15ª semana da gravidez. Apareceram algumas manchas vermelhas na pele, junto com febre e ardência nos olhos — sinais que duraram menos de uma semana. A suspeita da nova doença que todos comentavam, por causa da possível associação com casos de malformações em bebês, foi confirmada pelo diagnóstico na Fiocruz: ela havia tido zika.

O desespero e o medo sentidos no primeiro momento deram lugar à esperança e à força de vontade, principalmente pelo apoio recebido da família e dos profissionais de saúde. “Não é que você vai rejeitar um filho por ele ter uma condição diferente, mas não dá para fugir da preocupação: como vamos fazer para cuidar dele? Onde ele vai ser tratado? Quais dificuldades ele vai enfrentar?”, reflete a gestante. Na sala de espera para a ultrassonografia, ao lado de outras mães vivendo a mesma situação, acompanhadas pela equipe de profissionais do Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), Adriana conta como a notícia de que havia tido zika “mexeu” com o seu emocional. “Eu parei de ficar vendo as reportagens sobre o assunto porque estava ficando depressiva”. Ela diz que tudo vai bem com a criança, como mostraram os dois exames de imagem feitos no IFF, mas ainda assim não dá para escapar da ansiedade.

Como Adriana, outras gestantes tiveram que aprender a lidar com a expectativa e o desconhecimento sobre a doença transmitida pelo mosquito *Aedes Aegypti*, que pode provocar alterações congênitas no feto — entre outubro de 2015 e meados de março deste ano, houve a notificação de 6.671 casos suspeitos de microcefalia, 907 já confirmados, de acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde de 19 de março.

A epidemia de zika congênita desafia o sistema de saúde a garantir o cuidado adequado, da atenção básica à especializada. Entre os dilemas a serem superados na área da assistência, está a dificuldade em fazer um diagnóstico preciso, capaz de diferenciá-la de outras viroses semelhantes, como dengue e chikungunya. Também para profissionais e gestores do SUS, a doença e suas consequências ainda pouco conhecidas, tanto em adultos quanto em bebês, mostram que há muito o que aprender, como apontam os especialistas ouvidos por *Radis*. Organizar as redes de atenção para oferecer o atendimento necessário exige do SUS a capacidade de responder com rapidez a essa nova demanda de saúde pública, além de planejar estratégias para enfrentar as marcas do zika que devem ser sentidas nos próximos anos.

### CUIDADOS BÁSICOS

A maior parte dos sinais variam de pessoa para pessoa e podem até passar despercebidos: febre baixa, dores nas articulações, algum grau de inchaço nas mãos e nos pés. O principal alerta tem sido dado pelas manchas vermelhas na pele, chamadas pelos médicos de exantema, que também não aparecem em todos os casos. “Em si a zika não é uma doença debilitante, que te põe na cama como a dengue, não tem febre alta e não provoca muita dor”, explica a médica Celina Boga, responsável pela Coordenação do Cuidado do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (Ensp/Fiocruz), que integra a rede de atenção básica da região de Manguinhos, no Rio de Janeiro. Porém, esses sinais que aparentam

ser mais “leves” não podem ser desculpa para negligenciar o cuidado. “A zika é uma doença nova, pouco conhecida, e até agora ela tem mostrado que é particularmente cruel com a gestante”, relata.

Ao primeiro sinal, que costuma ser identificado principalmente pelas manchas vermelhas, o doente deve procurar uma unidade de pronto-atendimento. Essa recomendação é ainda mais urgente para as grávidas. “Se a gestante suspeita que está com zika, ela deve buscar imediatamente a equipe de saúde da família, caso esteja vinculada a alguma, ou o serviço de saúde mais próximo de sua área de moradia”, recomenda a médica. Não buscar atendimento ainda é uma prática frequente, principalmente entre adultos e crianças de mais idade, avalia Celina. A estudante Anastácia dos Santos, moradora da Vila Turismo, uma comunidade de Manguinhos, conta que teve sintomas de zika, como febre e manchas na pele, mas não procurou o serviço de saúde logo de cara, com receio da demora.

### DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO

Até o momento, a oferta de diagnóstico laboratorial é garantida apenas às gestantes com suspeita de zika. Para os demais doentes, a resposta é dada somente pelo exame clínico, de responsabilidade do médico. Esse ainda é um impasse para a assistência e a vigilância epidemiológica. “Como é difícil distinguir clinicamente zika, dengue e chikungunya, é muito provável que uma parcela substancial dos casos notificados como dengue, talvez entre 20 e 30%, sejam na verdade as outras duas viroses”, aponta Guilherme Ribeiro, infectologista da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e do Centro de Pesquisas Gonçalo Muniz (CPqGM/Fiocruz Bahia).

Segundo o pesquisador, pode ocorrer de pessoas com dengue não buscarem atendimento ou mesmo procurarem tardiamente, o que prejudica o cuidado. “Com a demora, perde-se o tempo de intervenção nos casos de dengue, cujos riscos de evolução para uma dengue grave existem e o tratamento oportuno com hidratação pode mudar o curso da doença”, analisa. Para Guilherme, esse impasse atrapalha a contagem correta do número de casos e apresenta um potencial problema para a condução clínica da doença, seja ela zika, dengue ou chikungunya. “O que tem sido recomendado é que, na dúvida, trate como dengue, porque é a mais grave num primeiro momento”, explica.

O diagnóstico laboratorial se faz mais necessário nos casos de zika congênita (transmitida da mãe para o feto) ou de complicações neurológicas em qualquer idade, pontua Guilherme. “Infelizmente, não temos uma estrutura instalada no país para fazer a confirmação laboratorial”, acrescenta. Atualmente existem cinco laboratórios públicos credenciados para o exame que procura o vírus no sangue ou na urina — localizados nas unidades da Fiocruz no Rio de Janeiro, Paraná e Pernambuco, no Instituto Evandro Chagas (Pará) e no Instituto Adolfo Lutz (São Paulo). Instituições como Fiocruz e Universidade de São Paulo (Usp) trabalham para desenvolver um kit diagnóstico para ser utilizado em larga escala (*Radis 161*). O desconhecimento gera angústia, conta o médico. “Para a mãe e o pai de uma criança que tem uma síndrome congênita, como a zika, a confirmação traz o benefício de acalmar e afirmar com mais certeza o que causou”, considera.

Eliane está no quinto mês da gestação de Antoni. Segundo ela, a sensação ao ver notícias sobre zika na TV é apavorante. “Fico de olho se tem foco de mosquito na minha casa e no vizinho, até nas tampinhas de garrafa”, conta. Mesmo não ouvindo muitos relatos de casos em Manguinhos, onde mora, a sensação de perigo está sempre presente. Ela faz o pré-natal no Centro de Saúde da Ensp e recebeu orientações a respeito de prevenção e cuidados para eliminar os criadouros do *Aedes* e se proteger

contra as picadas. Quando vai visitar a família em Duque de Caxias (RJ), onde ouviu sobre muitos relatos da doença, ela usa roupas de mangas longas e não dispensa o repelente, de acordo com orientação médica.

Perto dali outra gestante aguardava para fazer o exame laboratorial de zika, no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (Ini/Fiocruz). O marido havia tido os sintomas quinze dias antes e ela preferiu procurar o serviço de saúde para ficar mais tranquila. Enquanto aguardava, o casal descreveu que a sensação é de pânico. “Não temos uma gestação tranquila”, disse a mãe, que pediu para não ser identificada. O Centro de Saúde, em parceria com o Ini, tem recebido grávidas com suspeita de zika vindas não somente do Rio de Janeiro, mas de cidades vizinhas — as gestantes fazem o exame laboratorial, recebem orientações e, caso seja confirmado que tiveram a doença, são orientadas para o atendimento no IFF.

Numa terça-feira de março, a médica Celina acabou de conversar com uma mãe que tinha suspeita de zika e aguardava o resultado do exame. “Absolutamente apavorada” foi como a médica a descreveu. Segundo Celina, embora não seja uma doença que debilite, a zika perturba emocionalmente as grávidas. “Muitas gestantes chegam aqui assustadas, com informações duvidosas, recebidas em outros serviços de saúde e que não conferem com a verdade”, relata. Para ela, os próprios profissionais encontram dificuldade para lidar com o desconhecimento.

Para superar essa limitação, a médica elaborou um guia instrutivo com orientações às grávidas, para ser utilizado pelas equipes de saúde da família em Manguinhos, especialmente os agentes comunitários. “Tem sido difícil desfazer alguns conceitos que as pessoas já trazem de sua própria história, de sua cultura e da falsa informação”, conta. Pediatra, ela trabalha diretamente com aids, tuberculose e outras doenças infecciosas desde o início dos anos 1990. “A gente tem que

admitir que não conhece bem uma determinada situação de saúde pública”, pondera. Mas as perguntas ainda sem resposta, ela considera, não podem justificar o imobilismo.

Segundo a médica, o primeiro passo para enfrentar a epidemia de zika congênita é garantir a oferta de acompanhamento pré-natal. Ela também destaca o papel dos serviços de atenção básica no acolhimento e na condução do primeiro atendimento. De acordo com o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Microcefalia associada ao Vírus Zika, divulgado pelo Ministério da Saúde, a equipe de saúde da família deve acolher a gestante com suspeita da doença e suas angústias, dúvidas e medos, com apoio dos profissionais de saúde mental do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). A ocorrência também deve ser registrada na caderneta ou cartão da gestante (veja o fluxo de atendimento na pág. 15).

É a primeira vez de Tatiane na sala de espera do IFF/Fiocruz. Moradora de Piabetá, bairro do município de Magé (RJ), a grávida de 28 anos está no sexto mês da gestação. A zika, constatada por um exame na Fiocruz, ocorreu entre o quarto e o quinto mês. Até agora tudo parece bem com o bebê, mas ainda assim ela espera a confirmação pela ultrassonografia no IFF. O nascimento da menina, que deve se chamar Juliana, está previsto para o início de junho. À espera de respostas sobre a ação do vírus em sua gestação, Tatiane conta que conhece bem essa angústia porque, no início da primeira gravidez, teve toxoplasmose, outra doença que também pode causar malformações congênitas. Para o primeiro filho, hoje com 3 anos, não houve consequências. Ainda assim, ela não gosta de acompanhar as notícias sobre zika na TV: “Eu tiro da minha cabeça para não pensar nas consequências da doença”, confessa.

O médico responsável pelo atendimento a essas gestantes é José Paulo Pereira Junior, especialista em Medicina Fetal do IFF/Fiocruz. Ele destaca que, para uma grávida, ter

“O primeiro momento foi de desespero, depois foi abrandando”, conta Adriana Sodré, que teve zika com 15 semanas





tido zika não significa que o bebê nascerá com microcefalia, condição que afeta o cérebro da criança, que tem o perímetro cefálico (medida da cabeça) menor do que o normal. “É importante dizer que, de todo mundo que tiver a doença, a maioria dos bebês não vai ter nada”, esclarece, a partir de dados de um estudo realizado em parceria com o In/ Fiocruz e outras instituições. Ainda assim, ele enfatiza que a microcefalia não é a única consequência do vírus zika na gravidez. “Todo mundo fala da microcefalia, mas ela é apenas uma parte do espectro associado à doença”, constata.

Enquanto esperam o exame de ultrassonografia, outras gestantes conversam sobre as sensações da gravidez, comentam sobre os nomes de seus bebês e trocam impressões sobre a ansiedade em relação à zika. Adriana conta que pegou três conduções para sair de Belford Roxo (RJ) e chegar no IFF. Ela diz que não se importa em levar falta no trabalho para vir fazer o exame. “Prefiro largar tudo para não perder o atendimento, porque pelo menos aqui tenho a certeza de que eu estou sendo bem acompanhada”, relata.

### EFEITOS SOBRE A GRAVIDEZ

Apesar dos sintomas clínicos leves, os efeitos do zika sobre o feto podem ser sentidos em qualquer fase da gestação, como apontou estudo publicado na revista *New England Journal of Medicine*, coordenado por Patrícia Brasil (In/ Fiocruz) e um conjunto de pesquisadores, dentre eles José Paulo Pereira Junior. A pesquisa constatou a ocorrência de consequências graves para o feto, incluindo insuficiência placentária, problemas no crescimento, lesões no Sistema Nervoso Central e até mesmo a morte do bebê. Das 42 grávidas com diagnóstico positivo para zika e acompanhadas pelo estudo, 12 tiveram algum tipo de alteração (29%), sendo 7 delas com alguma gravidade.

Segundo o médico, uma das principais contribuições do estudo foi ampliar o foco para além da microcefalia. “A pesquisa mostrou que existe também a possibilidade de inflamação da placenta, em que o feto é malnutrido e produz menos urina, o que é um fator de risco para a gestação”, explica. De acordo com o especialista, esses tipos de complicações podem ser beneficiadas por um tratamento em um centro de referência, diminuindo os riscos e melhorando a condição do bebê. “Essa é uma doença nova e até então não existiam os protocolos de assistência”, destaca, ao apontar que as recomendações estão sendo elaboradas para melhorar o diagnóstico e o tratamento.

Porém, José Paulo considera que é preciso ter cautela para não causar ainda mais pânico em quem está vivenciando uma gestação. Ele destaca que 71% das grávidas infectadas não tiveram qualquer alteração observada nos exames de imagem, como concluiu este primeiro estudo. Ainda assim, quando se fala em um país do tamanho do Brasil, o impacto dos números é sempre maior. “O Brasil tem 3 milhões de partos por ano. O risco de qualquer complicação [causada por fatores diversos] para uma grávida em geral é de 10%. Se esse risco aumentar em 1%, já estamos falando em 30 mil partos por ano”, analisa. Porém, ele acredita que outros estudos comparativos são necessários para entender os efeitos e os riscos da zika sobre a gestação.

### DEPOIS DE NASCER

Após o nascimento da criança, os cuidados neonatais são essenciais para o desenvolvimento futuro. Na visão da neuropediatra Tânia Saad, do IFF/ Fiocruz, a microcefalia transcende uma avaliação métrica da cabeça. Segundo ela, a doença tem a ver com mudanças nos parâmetros de

desenvolvimento para sexo, idade e tempo de gestação. Por isso, não basta uma medida do crânio, mas é preciso oferecer um acompanhamento integral para essas crianças. “O sistema nervoso não está completo no nascimento do bebê, por isso os cuidados nas primeiras horas são tão importantes”, explicou, durante aula inaugural no Instituto Oswaldo Cruz (IOC/ Fiocruz), em 11/03.

Ela também considera importante lidar com a expectativa das mães de que seria possível reverter a microcefalia. “Não se trata de uma situação cirúrgica. O crânio não cresceu porque o cérebro não se desenvolveu de maneira adequada”, esclarece. A médica aponta que as sequelas variam de caso a caso — podem ocorrer desde dificuldades na fala ou locomoção até crises convulsivas frequentes, em que é necessário o uso de medicação. Segundo ela, os cuidados nos primeiros anos de vida também ajudam a estimular o processo de aprendizado. “Não se trata apenas de aprender a fazer contas, mas sim de aprender a viver, quando o bebê deixa de ser um ‘peixe’ dentro da barriga da mãe e tem que se adaptar ao seu novo ambiente de vida”. Orientações aos profissionais de saúde sobre a estimulação precoce dessas crianças podem ser buscadas nas diretrizes lançadas pelo Ministério da Saúde em janeiro.

Não vivemos uma epidemia de microcefalia, mas de zika congênita — defende o infectologista Rivaldo Venâncio da Cunha, diretor da Fiocruz Mato Grosso do Sul. “A microcefalia é uma das alterações, provavelmente a mais grave, mas não a única”, aponta. Segundo ele, do ponto de vista da estruturação da rede de atenção, se o foco se voltar apenas para a microcefalia, as alterações mais leves somente serão observadas meses ou talvez anos depois do nascimento da criança, principalmente quando ela entrar na fase escolar. Na visão do pesquisador, a epidemia atual terá uma dimensão maior do que a transmissão vertical de HIV/aids (de mãe para filho).

Ele aponta que as soluções para esse problema de saúde pública não dependem apenas do setor da saúde, mas exigem a integração com outras políticas públicas. “O cuidado demanda integração entre saúde e assistência social”, destaca. “Quantas famílias já foram ou serão vítimas de zika congênita? Quantas crianças já têm ou ainda terão algum tipo de alteração? Quantos pais e mães necessitarão de apoio da assistência social para ter acesso à rede de serviços?”, questionou, durante debate na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/ Fiocruz), em 15/03. Segundo ele, a dificuldade de acesso é uma realidade no Nordeste, região onde se encontra a maior parte dos casos notificados de microcefalia (5.270 registros ou 79% do total). “Desde a organização do passe de ônibus até a hospedagem nos centros onde estão concentrados os serviços, tudo isso precisa ser urgentemente dimensionado”, analisa.

Na visão de Rivaldo, é pela atenção primária que passa o suporte à nova demanda de saúde pública. “A rede especializada sozinha não vai dar conta”, considera, ao apontar que as equipes de saúde da família e unidades de atenção básica são as responsáveis pela maior parte do atendimento aos casos de zika, dengue e chikungunya. “Para atender, precisa o profissional com disposição e comprometimento”, acredita. Também para Celina Boga, a rede de serviços voltada para a reabilitação e o acompanhamento de crianças especiais já trabalha atualmente com uma demanda reprimida (mais procura do que oferta), “mesmo sem a existência da zika”.

Outro problema para organizar a rede de atenção é a pouca oferta de equipes multiprofissionais, sobretudo na área ambulatorial, ressalta Venâncio. Faltam especialidades não médicas, seja no setor público ou privado, sentença.



Quando o tema do abandono vem à tona, o relato de Shayna e Leonardo mostram que o apoio entre o casal é essencial



“Apesar de todos os avanços nos últimos anos, ainda temos um sistema de saúde focado basicamente em duas categorias profissionais: médicos e enfermeiros — diga-se de passagem, fundamentais, mas a assistência não se faz somente com as duas”, avalia. Também Guilherme Ribeiro considera que a rede de cuidados não envolve apenas a área de neurologia, mas equipes multidisciplinares, capazes de dar assistência a essas crianças e suporte social para as mães.

“Essas crianças precisam ser acompanhadas em seu desenvolvimento cognitivo e neuropsicomotor”, aponta Guilherme. O médico lembra que viver com a microcefalia ou outras alterações congênitas impacta na rotina das famílias, sendo que a maior parte delas são de baixa renda. “Às vezes é preciso mudar de cidade para dar atenção às necessidades da criança, por falta de serviço no interior”, comenta. Por isso ele considera que o apoio do ponto de vista social e humano é essencial. “A zika congênita terá uma repercussão grande para a sociedade de uma forma em geral, que precisa instalar uma rede de assistência para garantir o cuidado dessas crianças”, considera. Segundo ele, a questão também impacta sobre as emoções e as relações das famílias, diante de relatos de pais que romperam o relacionamento porque não queriam vivenciar a situação ou mesmo de crianças abandonadas em hospitais.

### POR TODA A VIDA

Em um gesto de carinho, Leonardo segura nas mãos de sua companheira Shayna. Os dois estão na reta final de uma gravidez que trouxe preocupações e amadurecimento, com a descoberta de alterações no bebê provocadas pelo vírus zika. A jovem de 20 anos conta que teve a doença no início da gestação, mas o médico que a atendeu pela primeira vez disse que poderia ser dengue. Na época a nova doença e as alterações que ela poderia causar em bebês ainda eram pouco comentadas. Porém, foi em um exame rotineiro de ultrassonografia que Shayna recebeu a notícia de que algo não ia bem.

Os pais já escolheram o nome da criança, um menino, que se chamará Arthur. Desde janeiro, eles fazem o acompanhamento no IFF. O pai, de 23 anos, deixa o trabalho de feirante para acompanhar a consulta. Para a gestante, o apoio do companheiro é um alento: “Ele está sempre ao meu lado, tenho nele um amigo, um pai, uma mãe”, diz. Leonardo afirma que está fazendo apenas o seu papel, com amor. Para a hora do parto, ambos falam de um sentimento de ansiedade, mas também dizem confiar que tudo dará certo.

Os relatos de Adriana, Tatiane e Shayna mostram que por trás dos números da doença existem histórias de vida, expectativas, esperanças, afetos. A atenção a essas particularidades não pode ser negligenciada pelo sistema de saúde, apontam os especialistas ouvidos por *Radis*. “Como as complicações envolvem gestantes e recém-nascidos, o impacto emocional é muito grande”, avalia Guilherme Ribeiro. Ele compara o momento atual com duas situações de saúde pública vivenciadas no Brasil — as epidemias de poliomielite e de HIV/aids — e afirma que o enfrentamento desses dois contextos ajudou a estruturar a rede de cuidados e assistência no Brasil. De acordo com José Paulo, a melhor maneira de evitar os riscos para as gestantes é a prevenção contra o mosquito e realizar um bom pré-natal. “É durante o acompanhamento da gestação que ela vai ter as informações necessárias e adequá-las a seu estilo de vida”, pontua.

“Há uma carência gigantesca de profissionais e de informação, por isso a educação permanente em saúde é fundamental para montar a rede de atenção”, avalia Rivaldo Venâncio. Já Celina Boga aponta que as pesquisas científicas para descobrir os impactos do vírus são cada vez mais necessárias, mas devem estar voltadas para melhorar as condições de vida dos doentes. “Não podemos reduzir a discussão do zika somente aos aspectos científicos. Precisamos falar também sobre a oferta de diagnóstico rápido e de serviços adequados para a população”, conclui. 



# ZIKA

## Caminhos da assistência



#### PASSOS

1

#### Planejamento reprodutivo

. Mulheres em idade fértil: devem ter acesso ao teste rápido da gravidez, aos métodos anticoncepcionais e ao aconselhamento (para aquelas que desejam engravidar)

2

#### Acompanhamento pré-natal

. Exames e consultas regulares

3

#### Atenção ao parto e ao nascimento

. Estímulo ao parto normal: vírus Zika ou microcefalia em si não são indicação de cirurgia cesariana

4

#### Atenção ao puerpério (momento após o parto)

. Acesso a exames  
. Acompanhamento médico e psicológico



#### PASSOS

1

#### Acolhimento

ALERTA IMPORTANTE:

. Gestantes: devem procurar a Equipe de Saúde da Família ou o serviço de saúde aos primeiros sinais da doença, como exantema (manchas vermelhas na pele) e febre (geralmente baixa)

2

#### Avaliação médica e diagnóstico

. Gestantes com suspeita de zika: avaliação médica e acesso a exames (urina e sangue) para investigar a presença do vírus  
. Demais doentes com zika: apenas avaliação clínica

3

#### Atenção ao pré-natal e ao nascimento

. Acesso a exames e acompanhamento de equipe de saúde multidisciplinar



#### PASSOS

1

#### Atendimento ao recém-nascido

Abrange:

. Anamnese médica  
. Exame físico completo e exame neurológico detalhado: com medição cuidadosa do perímetro cefálico  
. Exames laboratoriais e de imagem  
. Triagem neonatal: Realização do teste do pezinho, orelhinha e olhinho para detecção precoce de doenças nos primeiros dias de vida  
. Estímulo ao aleitamento materno

2

#### Estimulação precoce

. Todas as crianças com malformações congênitas confirmadas devem integrar o Programa de Estimulação Precoce, desde o nascimento até os três anos de idade.

Elaborado a partir do "Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia relacionada à infecção pelo Vírus Zika" e de informações da médica Celina Boga (Centro de Saúde Ensp/Fiocruz)

# MERCADORIA DE LUXO

Altos lucros da indústria, leis que privilegiam empresas  
e falta de investimento no parque farmoquímico  
são obstáculos para acesso a medicamentos





Elisa Batalha

**E**m dezembro de 2015, o aposentado Pedro Plauska Filho recebeu, na Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais, localizada na Praça Onze, região central do Rio de Janeiro, as caixas dos medicamentos sofosbuvir e daclastavir, indicados para 12 semanas de tratamento contra hepatite C e cirrose hepática. O sofosbuvir, de nome comercial Sovaldi, ficou conhecido como “a pílula de mil dólares”, em razão do valor que a empresa Gilead, produtora do medicamento, cobra nos Estados Unidos, onde fica a sede da multinacional. O caso motivou uma discussão mundial sobre patentes e acesso a medicamentos. A distância entre a doença e cura, para muitas pessoas no mundo todo, é intransponível graças à ganância da indústria farmacêutica. Com o argumento de que é preciso proteger a propriedade intelectual por meio de patentes, elas praticam monopólio e impõem preços exorbitantes aos seus “produtos”. Assim, sistemas de saúde e indivíduos passam a viver o dilema de serem obrigados a investir grande parcela do seu orçamento em “remédios de luxo”.

Pedro, de 67 anos, foi diagnosticado em 2008 e até então era tratado com injeções de interferon e comprimidos de ribavirina, aplicadas na barriga. O tratamento, além de doloroso, causava fortes efeitos colaterais. Com os novos remédios, o aposentado vem se submetendo a um tratamento que durará 24 semanas ao todo. Segundo ele, a situação agora é bem melhor. “É completamente diferente. O primeiro tratamento dava um mal-estar tremendo. Eu tinha emagrecido 15 quilos. Agora não passo mal, não sinto nada, e meus exames já dão negativo para o vírus”, conta, aliviado. O novo tratamento (aprovado pela agência reguladora americana em 2013 e posto no mercado em 2014) pode proporcionar aumento na taxa de cura para até 90% dos casos — contra cerca de 45% dos casos com o tratamento disponível anteriormente, que gera muitos efeitos adversos. Por este motivo, o medicamento é considerado a nova esperança para muitas pessoas infectadas pelo vírus, incluindo aquelas que têm coinfeção com o HIV.

Quando Pedro Plauska retirou gratuitamente os comprimidos ele não fazia ideia de que o preço cobrado pela empresa farmacêutica para fornecer o medicamento para o SUS foi 7.500 dólares (cerca de R\$ 27 mil) por paciente, quantidade suficiente apenas para o tratamento de 12 semanas, o equivalente a um carro popular. De acordo com os cálculos feitos pelo Movimento Brasileiro de Luta contra a Hepatite C, o custo para o SUS do tratamento combinado dos dois medicamentos usados por Pedro Plauska, por exemplo, por 12 semanas, é de 9.500 dólares (R\$ 37.700, considerando o dólar a 4 reais),

e por, 24 semanas, de 18.900 dólares (R\$ 75.400).

A Gilead somente autorizou a produção de medicamentos genéricos do sofosbuvir para sete laboratórios na Índia, que poderão vender os comprimidos a preços mais baixos. No entanto, esses valores só foram oferecidos a um número limitado de países, definidos pela própria empresa. O Brasil, considerado de maneira unilateral como país de renda média, assim como quase toda a América Latina, está fora da lista dos lugares para os quais a versão genérica poderá ser vendida.

Para se ter uma noção da disparidade de preços, a versão genérica do sofosbuvir vendida em outros países para um tratamento idêntico, de 12 semanas, custa em média 900 dólares por paciente (cerca de R\$ 3.200) — custo estimado da produção é de 100 dólares (R\$ 360) por paciente. Isso significa dizer que o valor que o SUS pagaria para tratar 60 mil pessoas daria para tratar 460 mil,

caso o preço praticado fosse aquele do genérico, segundo estimativa do Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual da Rede Brasileira pela Integração dos Povos (GTPI/Rebrip), coordena-

## Farmacêutica cobra do SUS R\$ 27 mil por tratamento que poderia custar R\$ 3 mil

do pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia). “Defendemos sempre que o medicamento deve ser oferecido independente do custo. Mas onde é que está a universalidade do acesso? Com o preço que o governo acordou com o fabricante seriam necessários R\$ 11 bilhões para tratar todos os que realmente precisam. É inexequível”, criticou Pedro Villardi, coordenador do grupo de trabalho.

Pedro informa que, de acordo com números da Abia, estima-se que existam 1,5 milhão de infectados pelo vírus da hepatite C no país; destes, 1,1 milhão estão em fase crônica e 216 mil com evolução para cirrose. Ainda segundo as estimativas, apenas 15 mil têm acesso ao tratamento hoje e era previsto que 30 mil receberiam medicamentos até o fim de 2015. “Optou-se pela estratégia de tratar só os que já estão muito graves”, apontou Pedro, que estudou a relação entre saúde pública, patentes farmacêuticas e acesso a medicamentos no mestrado em Saúde Pública que concluiu em 2014, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

“Quais são as possibilidades de se conseguir um preço justo e respeitoso para garantir o princípio da universalidade?”, questiona o pesquisador. Ele considera que não há disposição do governo em tomar medidas que possibilitem a queda no preço, porque iriam de encontro aos interesses da indústria farmacêutica. “O Brasil já tem tecnologia para produzir o sofosbuvir”, afirma, assegurando que o faturamento mundial da Gilead com o novo medicamento foi de 10 bilhões de dólares. “Não tem nada a ver com recuperar o investimento e inovação. Tem a ver com ganância. É um retrato da ganância”, diz.



## PATENTE É A CHAVE

Para começar a entender os argumentos utilizados pela indústria para justificar o alto custo de um medicamento, a ponto de ser comparável a um artigo de luxo, é preciso explicar o que é uma patente. Segundo o Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI), patente "é um título de propriedade temporária sobre uma invenção ou modelo de utilidade, outorgado pelo Estado aos inventores ou autores ou outras pessoas físicas ou jurídicas detentoras de direitos sobre a criação". De posse desse direito, o inventor ou o detentor da patente pode impedir que terceiros, sem o seu consentimento, produzam, usem, coloquem à venda, vendam ou importem o produto objeto de sua patente — ou processo ou produto obtido diretamente por processo por ele patenteado. "Em contrapartida, o inventor se obriga a revelar detalhadamente todo o conteúdo técnico da matéria protegida pela patente", explica o site do INPI.

No caso dos remédios, a patente dá apenas a uma empresa o controle sobre um medicamento, o que a permite estipular um preço sobre ele e impedir a produção de genéricos. O Estado, ao conceder a patente, estaria "recompensando" a empresa pelos investimentos feitos na pesquisa. "Cada patente gera 20 anos de monopólio. Mas quanto custa desenvolver uma nova molécula?", questionou o médico e jornalista Paul Benkimoun, em palestra

que proferiu em fevereiro sobre o tema, na sede da Abia, no Rio de Janeiro.

Responsável pela editoria de saúde do jornal francês Le Monde, Paul criticou os altos valores praticados pela indústria farmacêutica: "O argumento da indústria é que custa um bilhão de dólares, que a indústria precisa ganhar dinheiro com os medicamentos porque o valor investido em pesquisa é alto", disse, lembrando que os valores não são questionados pela mídia e que não são os laboratórios os que mais investem na pesquisa. "O maior gasto dos laboratórios é com marketing, tanto institucional quanto sobre os médicos que prescrevem", argumentou. Além disso, o jornalista alertou que não há transparência na forma como esses cálculos são feitos (veja entrevista com Paul Benkimoun na página 23).

Paul lembrou um caso em que a pressão da opinião pública colocou a discussão sobre patentes farmacêuticas

na agenda mundial. Ele se referia ao episódio que aconteceu na cidade de Pretória, na África do Sul, quando 39 laboratórios farmacêuticos entraram na Justiça contra o então presidente Nelson Mandela — logo após ele ter autorizado a quebra da patente de medicamentos para aids, no auge da pandemia, em 1999. O processo movido pelas grandes indústrias contra o país, recém-saído do regime do Apartheid, na época com a maior população com HIV/aids do planeta, repercutiu negativamente, arranhando a imagem das empresas. Em 2001, em

### "Patente protege inovação, mas o maior gasto dos laboratórios é com marketing"

Ativistas protestam contra falta de acesso a medicamentos em manifestação durante a 15ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília, em dezembro de 2015



FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA



razão de uma grande mobilização da sociedade civil e sob a ameaça de serem obrigadas a explicar como a política de preço dos medicamentos antirretrovirais era elaborada, as empresas abandonaram o processo.

## DIREITOS HUMANOS

A disputa sobre patentes está nas bases da criação da Organização Mundial do Comércio (OMC) desde 1995, e o processo de Pretória, como ficou conhecido, “abriu as portas para uma discussão sobre a interação entre os valores comerciais e os valores não comerciais dos direitos humanos”, como escreveu a advogada Maria Edelvacy Pinto Marinho no artigo “Harmonização dos direitos de patentes: entre proteção dos direitos dos titulares e o acesso a medicamentos”, publicado na Revista do Programa de Pós Graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará (UFC), em 2010.

Outro capítulo importante no histórico das patentes farmacêuticas foi a celebração do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio, que ficou conhecido como Acordo Trips (do inglês, *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*). Assinado por todos os países integrantes da OMC, no momento da sua criação, em 1994, o acordo regula os direitos de propriedade intelectual, inclusive das patentes para produtos e processos farmacêuticos, e prevê, no artigo 31, o licenciamento compulsório.

Na prática, o licenciamento compulsório é a flexibilização das patentes, mesmo que o detentor não autorize, em casos muitos específicos, como por exemplo, quando prevalece o interesse público, esclarece a cartilha publicada pela Abia sobre o medicamento efavirenz (veja no Saiba Mais). “Garantir e preservar a política de acesso a medicamentos essenciais é um exemplo de proteção do interesse público. Nos casos de emissão deste tipo de licença, é previsto um tipo de remuneração ao detentor da patente”, explica o documento. A prática já foi utilizada por países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, a Lei 9.279, de 1996, que trata da propriedade industrial, também permite o licenciamento compulsório em casos de exercício abusivo dos direitos, abuso do poder econômico, não exploração local, comercialização insatisfatória, emergência nacional e interesse público.

Pedro Villardi lembrou que em 2007 o governo brasileiro se valeu da prerrogativa de interesse público para determinar o licenciamento compulsório do efavirenz, medicamento que faz parte do “coquetel” antirretroviral, com objetivo de assegurar a viabilidade do tratamento contra o HIV/aids fornecido pelo SUS (*Radis* 33 e 78). Desde 2009, a apresentação farmacêutica mais utilizada do efavirenz passou a ser produzida no Brasil, pelo Instituto de Tecnologia em Fármacos da Fiocruz (Farmanguinhos) na forma de genérico. “Em 5 anos foram economizados dos cofres públicos 100 milhões de dólares”, afirma Pedro. O caso do efavirenz foi o único em que se recorreu



FOTO: PETER ILLICIEV

# Por uma lógica inclusiva

Estima-se que haja no mundo 1 bilhão de pessoas vivendo com alguma das doenças consideradas negligenciadas (*Radis* 124). São aquelas doenças para as quais não existe um “mercado clássico” de consumidores para potenciais medicamentos — ou seja, pessoas ou governos com alto poder aquisitivo dispostos a consumi-los. Sem perspectiva de lucro, a indústria farmacêutica não investe em pesquisa para diagnóstico e melhores fármacos para a cura dessas doenças. “A gente acredita que outra lógica é possível”, defende Carolina Batista, diretora regional da organização não-governamental Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi). “A DNDi foi criada como resposta ao o modelo vigente, ao paradigma antigo que exclui essas doenças e pessoas que não estão na lógica de mercado”, explica a médica, informando que a iniciativa visa o incentivo à produção de medicamentos para doença de Chagas, malária e leishmanioses, entre outras doenças negligenciadas.

Na visão de Carolina, a subnotificação e o subdiagnóstico destas doenças também contribuem para o desinteresse da indústria. Ela lembra que desde a formação dos médicos, pouco se ouve pouco falar em Chagas, por exemplo. Por conta disso, os médicos quase não a diagnosticam e a indústria considera a demanda por medicamentos baixa, investindo pouco no setor. “O Brasil, onde a doença foi descoberta e descrita, tem uma história muito bem-sucedida de conhecimento e combate. Mas ainda enfrentamos dificuldades no acesso ao medicamento”, revela. Segundo a ativista, a estimativa é de que mais de 1,5 milhão de pessoas sofrem de doença de Chagas no país; destas, menos de 1% têm acesso a tratamento. Para ela, no caso de Chagas, a falta de diagnóstico é o principal problema, embora o medicamento mais usado no combate à doença não tenha eficácia em todos os grupos acometidos.

“Há muito a ser feito para ampliar o acesso. A gente tem capacidade de produção e expertise”, diz Carolina. Ela coloca como exemplo positivo o desenvolvimento do ASMQ, medicamento indicado no tratamento contra a malária, desenvolvido em parceria por Farmanguinhos/Fiocruz e a DNDi. Segundo ela, os resultados obtidos são excelentes para alguns tipos de malária, e as instituições envolvidas transferiram a tecnologia para um grande laboratório de genéricos na Índia. “É um exemplo de resposta Sul-Sul — ou seja, envolvendo apenas países em desenvolvimento — com qualidade, respondendo a questões nossas em termos de saúde pública. Queremos ver essa história se repetindo”, afirma.



ao licenciamento compulsório de medicamento no Brasil, diz Pedro, que destacou que, desde 2008, as negociações entre governo e indústria não têm sido mais incisivas neste aspecto: “O licenciamento compulsório não está no horizonte. O Brasil paga caro pelos outros medicamentos antirretrovirais”, conta o especialista da Abia.

### LEI DE PATENTES

Em setembro de 2015, nos Estados Unidos, um investidor comprou a patente de um medicamento e aumentou o seu preço em mais de 5.000%. O remédio combate infecções causadas por parasitas e é muito utilizado por pacientes com aids e câncer que estão com a imunidade baixa. Esse tipo de distorção e especulação é criticada pelos especialistas, que vêem com ressalvas a concessão de patentes para medicamentos.

A Lei de Patentes atualmente em vigor no Brasil foi criada em 1996, a partir do acordo Trips. Hoje está em andamento um novo projeto de lei com “uma visão mais adequada em relação à saúde pública”, como informa o sanitarista Jorge Bermudez, vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde da Fiocruz. Segundo ele, o principal ponto do projeto é a não extensão do período de patentes para mais de 10 anos. De acordo com ele, hoje há patentes cuja análise no

Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI) ultrapassa 20 anos, o que na prática faz com que apenas uma empresa produza um medicamento. “Isso é injusto, impede a competição. A demora no período de análise gera expectativa de patente, ou seja, outras empresas receiam produzir um produto igual e serem processadas mais tarde, impedindo a concorrência”, resume. Bermudez alerta que esta é uma discussão global, que afeta tanto os países em desenvolvimento quanto os desenvolvidos, já que há medicamentos cujos custos são difíceis de se arcar até nos países ricos. É o caso de remédios e tratamentos indicados para combater o câncer, por exemplo. “Nem os países do Norte têm condições de absorver bem esse impacto econômico, nem individualmente nem nos sistemas de saúde”, argumentou.

O projeto de reforma a que se refere Bermudez está em tramitação na Comissão de Constituição e de Justiça e de Cidadania (CCJC) da Câmara dos Deputados. “Quando a Lei de Patentes foi aprovada, ela privilegiava somente as empresas”, situa Pedro Villardi, considerando que a legislação foi evoluindo, ao longo dos anos, com o surgimento de outros acordos internacionais. Ele cita como exemplo medidas como a anuência prévia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mecanismo que prevê a participação do setor saúde no processo de análise da patente, e no



FOTO: REPRODUÇÃO

## Truvada: de volta ao início

Existe um remédio emblemático quando se fala em universalização da atenção farmacêutica no Brasil pela mobilização social por acesso, a disputa por patentes e os preços altos. Trata-se do Truvada, uma combinação de duas drogas já usadas separadamente nos coquetéis anti-HIV (detenofovir e emtricitabina), que é utilizada no combate à infecção pelo HIV conhecida como Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). A estratégia consiste no uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas soronegativas, antes de eventual exposição ao vírus.

O Truvada também é comercializado pela Gilead. Por aqui, o pedido de patente está em análise, o que preocupa ativistas que lutam pelo acesso a medicamentos. De acordo com informações divulgadas pelo Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, caso conquiste a patente, a empresa poderá manter o monopólio na comercialização do remédio. O Truvada não é distribuído gratuitamente pelo SUS e nem comercializado no país. Mas já há casos em que casais sorodiscordantes (aqueles em que um dos parceiros vive com o vírus HIV e o outro não) obtiveram na Justiça o direito ao medicamento, que custa cerca de R\$ 2 mil por mês se for importado.

“Devemos considerar um número cada vez maior de pessoas que passarão a utilizar os medicamentos antirretrovirais. Além disso, entre as pessoas em tratamento, já há registro de que muitas desenvolveram resistência aos medicamentos e precisam migrar para novas medicações, cujos preços são muito elevados. Isso nos remete ao cenário do início da epidemia e se apresenta como desafio para a sustentabilidade da política de acesso universal”, enfatizou Marcela Vieira, também coordenadora do GTPI.



próprio licenciamento compulsório. Pedro defende que essas medidas são importantes e benéficas, já que as patentes têm aumentado muito o custo da assistência farmacêutica, o que coloca em risco a sustentabilidade de programas públicos de acesso universal a medicamentos e também dificultado a compra direta pelos pacientes.

Segundo Pedro, por causa das patentes, o gasto com medicamentos cresce muito mais que o orçamento da Saúde. Como resultado, sobram cada vez menos recursos para outras ações, como a melhoria de hospitais, contratação de médicos e ampliação da frota de ambulâncias. “Temos que discutir o problema da propriedade intelectual no contexto dos sistemas de saúde. Temos que discutir as patentes. Quem detém a patente vai jogar pesado no sentido de maximizar seus lucros”, concorda Hayne Felipe da Silva, diretor do Instituto de Tecnologia em Fármacos da Fiocruz (Farmanguinhos), que também considera fundamental discutir, em relação ao acesso a medicamentos, os recentes cortes no orçamento da Saúde (ver matéria na pág. 22).

Para Pedro Villardi, é importante que a reforma da Lei de patentes reforce e torne mais detalhada a atuação da Anvisa nos requisitos de concessão de patentes, e lembra que a velocidade das mudanças depende do fluxo da Câmara. Segundo ele, a proposta do GTPI defende a inclusão e fortalecimento de medidas de proteção ao usuário e, por outro lado, a exclusão de medidas consideradas prejudiciais à saúde, hoje contidas na atualização do acordo Trips (hoje, conhecido como Trips Plus). O objetivo é viabilizar a assistência farmacêutica no SUS. “Nossa campanha diz ‘protejam as pessoas, não as patentes’”, resume Pedro.

## PREÇOS ALTOS

Além das patentes, que contribuem para elevar o preço, outros fatores podem dificultar o acesso a medicamentos. A falta de interesse em fabricar remédios considerados “baratos”, por exemplo. A penicilina, um conhecido antibiótico usado em todo o mundo há décadas, tem estado escasso no mercado global — e também no SUS. “A oferta diminuiu no mundo todo porque há poucos produtores e a demanda continua crescendo. É considerado um produto barato. O abastecimento global da penicilina ainda não foi totalmente normalizado”, explica Bermudez.

Outro problema levantado pelo sanitarista é a situação do parque farmacêutico brasileiro que, segundo ele, já viveu dias melhores. “Vemos o problema do subfinanciamento se agravar. O nosso país não tem soberania na produção de insumos farmacêuticos ativos”, argumenta, destacando que, durante os anos 1990, o setor foi “desmontado”. “Temos forte dependência do mercado internacional”, alerta Bermudez, salientando que, no passado, o país chegou a exportar antibióticos. “O Brasil era um grande produtor. Hoje, temos poucas empresas

FOTO: FELIPE PLAUSKA



que produzem insumos farmacêuticos ativos (a substância que dá o efeito ao remédio)”. Ele menciona ainda uma estratégia econômica utilizada pela indústria para maximizar seus lucros, que é substituir uma droga, cuja patente já expirou, “por outra mais nova, e mais cara, mas não necessariamente mais eficaz”.

Bermudez cita a fala de Ban Ki-moon, secretário geral das Organizações das Nações Unidas (ONU), quando afirmou, em dezembro de 2015, que a política industrial deve caminhar lado a lado com a política de saúde. “Não é mais um problema só dos países de renda baixa ou média”, explica, lembrando que o SUS é modelo para o mundo em relação à assistência farmacêutica. Para melhorar o setor, segundo ele, é importante ter uma atenção básica mais resolutiva e fortalecer o parque farmacêutico.

## IMPOSTOS E CORTES

Marcus Athila, presidente do Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro (CRF-RJ), menciona ainda outro fator que impacta o preço dos medicamentos: os impostos que incidem sobre eles. “O custo do medicamento é influenciado

diretamente pela alta tributação, que em nosso país chega a 34%. A média mundial é de apenas 6%. O governo deve buscar a desoneração total dos medicamentos, o que vai beneficiar

tanto a população quanto os gastos do SUS com aquisição de medicamentos. Sem tributos, os preços dos medicamentos no Brasil poderiam cair um terço do valor atual”, defende.

Segundo o farmacêutico, as alíquotas de ICMS aplicadas pelos estados federativos impactam diretamente no alto custo dos medicamentos. “No Rio de Janeiro, em 2016, a alíquota do ICMS sobre medicamento subiu de 19% para 20%, reajuste de 5,2%, que certamente será repassado para o consumidor, dificultando ainda mais o acesso aos medicamentos”, afirma.

**“Gasto com medicamentos  
cresce muito mais que  
o orçamento da Saúde”**





FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA

## Cortes afetam distribuição

### SAIBA MAIS

Livro *Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos*  
<http://goo.gl/UJhpm>

Política Nacional de Medicamentos  
<http://goo.gl/ZPDYaB>

Blog De olho nas Patentes  
[www.deolhonaspentes.org.br](http://www.deolhonaspentes.org.br)

Rede Brasileira pela Integração dos Povos (REBRIP)  
<http://www.rebrip.org.br/>

DNDi América Latina  
[www.dndial.org/](http://www.dndial.org/)

Artigo "Harmonização dos direitos de patentes: entre proteção dos direitos dos titulares e o acesso a medicamentos"  
<http://goo.gl/viThPc>

Efavirenz - cartilha do GTPI  
<http://goo.gl/o2eZeD>

Na Radis

Revista Tema (outubro 1993)

Radis 12  
<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/12>

Radis 43  
<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/43>

As diretrizes da Assistência Farmacêutica do SUS estão apresentadas na Política Nacional de Medicamentos, do Ministério da Saúde, que estabelece as regras para a gestão da cessão pública de medicamentos. Ela relaciona quais são os medicamentos essenciais, reorienta a assistência farmacêutica, estimula a produção e determina a regulamentação sanitária.

O SUS organiza a sua assistência farmacêutica por meio do Decreto Federal 7.508, que regulamenta a Lei Orgânica 8080/90. Esta legislação estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), com uma seleção e padronização de medicamentos indicados. Para ter acesso aos medicamentos previstos na Rename, o usuário precisa ter sido atendido pelo SUS, com prescrição feita por profissional de saúde, em conformidade também com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

### FARMÁCIA POPULAR

Criado em 2004, o programa Farmácia Popular tem papel complementar de acesso aos medicamentos que são oferecidos no SUS. O objetivo é reduzir os gastos familiares com esses produtos, impedindo a descontinuidade do tratamento para doenças. No início de 2016, o governo reduziu o chamado subsídio — a parte que era paga pelo Ministério da Saúde, justamente para deixar esses remédios mais baratos. Em alguns medicamentos do programa, o impacto para o consumidor foi expressivo. Matérias publicadas na imprensa em março mostraram que, na prática, para o consumidor, o alendronato de sódio (indicado para osteoporose) sofreu reajuste de 34%; a sinvastatina (para diminuir o colesterol) teve um reajuste de 193%, enquanto a budesonida (para asma) passou de R\$ 8,64 para R\$ 13,34.

O Ministério da Saúde informou que os preços de quatro medicamentos foram renegociados com a indústria farmacêutica, mas que isso não implica em repasse automático para os consumidores do aumento no preço; também esclareceu que o governo procurou garantir que outros produtos tivessem os valores reduzidos, como fraldas geriátricas e anticoncepcionais.

"O programa é complementar, uma alternativa de acesso, e não está comprometido. O repasse para o consumidor varia de farmácia para farmácia. Não temos um problema de acesso hoje do ponto de vista do ressarcimento e do repasse orçamentário para a assistência farmacêutica. Cabe a nós, como gestores, a manutenção do programa em um momento especial, de crise, que já entra em um outro espectro, de melhora", declara à Radis Marco Aurélio Pereira, coordenador do programa Farmácia Popular.

Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro (CRF-RJ), Marcus Athila destaca a importância do Farmácia Popular, lembrando que o programa atende mensalmente cerca de 9 milhões de pessoas que necessitam de medicamentos de uso contínuo para tratamento de doenças como hipertensão, diabetes e asma, e se beneficiam de mais de um medicamento. Também há, segundo ele, medicamentos com contrapartida do usuário, no qual o governo entra com 90% e o usuário paga 10% do preço do medicamento. "Ao obter os medicamentos de forma gratuita ou pagando apenas uma parte, no fim do mês há uma economia significativa, principalmente para os mais pobres. Estes recursos podem ser investidos em alimentação e qualidade de vida, que impactam diretamente na melhoria da saúde da população. Qualquer corte no orçamento do programa pode causar transtornos aos pacientes, com o desabastecimento dos medicamentos do programa", alerta.

Mesmo com reconhecidos avanços como a política dos genéricos, as pesquisas com fitoterápicos, o programa Farmácia Popular e a ampliação da relação de medicamentos oferecidos, ainda é grande a desigualdade no acesso a medicamentos por parte da população brasileira, havendo muitas fragilidades e desafios a serem encarados pelos gestores. Os principais problemas, apontados durante o 2º Censo da Indústria Farmoquímica Nacional, realizado em 2013 pela Fiocruz, são a ausência de produção de matéria prima para antibióticos no Brasil, a não consolidação da produção de insumos para antineoplásicos (para câncer) e a falta de investimentos para ampliar o parque produtor de medicamentos para doenças cardiovasculares, negligenciadas e para o sistema nervoso central.

## ENTREVISTA Paul Benkimoun

# "Não é ético que as pessoas não tenham **ACESSO** aos tratamentos"

Editor de Saúde do jornal francês *Le Monde*, o jornalista Paul Benkimoun, que também é médico de formação, defende que a saúde seja vista como um direito. Na palestra que proferiu em fevereiro, na sede da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), no Rio de Janeiro, ele falou sobre acesso a medicamentos e patentes, quando alertou para as questões éticas que envolvem a produção e a comercialização de remédios no mundo. Em entrevista exclusiva à *Radis*, ele comentou sobre seus 15 anos de experiência jornalística e a complexidade que acompanha a cobertura da área de saúde.

### Qual é a principal questão a ser abordada quando se discute acesso a medicamentos?

É importante ver a saúde como direito. Há medicamentos que são essenciais e há questões éticas implicadas. Não é possível a indústria farmacêutica se comportar como fabricante de qualquer outro produto, por exemplo. Há aspectos dramáticos dessas disputas e *lobbies*. Ao mesmo tempo, a cobertura do tema tem ingredientes de uma boa história jornalística. Eu mesmo já recebi em mão, de fonte fidedigna, um relatório sobre os cálculos dos custos de produção da vacina contra a hepatite C que veio com dados literalmente censurados, com uma tarja sobre alguns números! A questão é também de mobilização social. Onde há sociedade civil organizada, em geral se atua para denunciar as atitudes dos laboratórios e existe pressão por transparência.

### Que outras questões éticas o tema traz à tona?

É ético que os tratamentos existam e as pessoas não tenham acesso? Mesmo na França alguns tratamentos são considerados caros demais. Há um caso de um remédio para câncer que também é eficaz para problemas nos olhos. O sistema francês subsidia os remédios para câncer, por isso eles são mais baratos. Só que existe uma pressão por parte da indústria farmacêutica sobre os médicos para que prescrevam para problemas de visão o medicamento específico para os olhos, que é tão eficaz quanto o "de câncer", mas custa muito mais.

### Em sua palestra, você defendeu que a aids ajudou a conscientizar a opinião pública sobre políticas de saúde e o papel da indústria de medicamentos. De que maneira isso aconteceu?

Nós aprendemos com o HIV que as doenças infecciosas não eram mais coisa do passado, que elas ainda representavam uma ameaça. O HIV também mostrou como as doenças infecciosas são complexas e impactam toda a sociedade, já que trata de sexo — não apenas entre homem e mulher — e de populações marginalizadas, como os usuários de drogas; também levantou questões que afetavam o mundo rico e pobre, o Sul e o Norte, sobre segurança e estabilidade. Estas foram as principais lições aprendidas com a pandemia da aids. Teve que mobilizar diferentes segmentos da sociedade — autoridades, cientistas, ativistas — e realmente alguma coisa mudou, como dar voz aos direitos dos pacientes. Quem poderia imaginar o secretário geral da ONU defendendo abertamente o direito de todos a sua própria sexualidade, fosse ela homo, heterossexual, bissexual ou transgênero? Isso era totalmente inesperado. Além disso, o HIV abriu caminho



FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA

para discussões sobre outras doenças e distribuição de recursos para o sistema de saúde.

### Como outras doenças se beneficiaram dos recursos destinados ao HIV?

A partir da preocupação com a aids, outros problemas receberam atenção, como a saúde materno-infantil. A abordagem para evitar que bebês nascessem com HIV levou a uma maior atenção com o pré-natal, de um modo geral. No fim das contas, o HIV criou um *momentum*, a energia necessária para dirigir recursos para a pesquisa e também para situar a saúde global na agenda política em todo o mundo. Isso foi muito positivo.

### É possível comparar o impacto da recente epidemia de zika com a de aids?

A comparação certa é com a malária, já que a transmissão se dá por mosquitos. Entramos em uma nova era de atenção com essas doenças, que chamam atenção para a globalização, que tornou mais fácil para um vírus se espalhar para o outro lado do mundo em poucas horas, apenas porque alguém está contaminado e existe um mosquito transmissor. Os vírus não respeitam fronteiras...

### O zika vírus também tem potencial para levantar discussões sobre as questões sociais?

Em países onde o aborto não é legal ou apenas em casos muito limitados, isso levanta muitas questões. As malformações são detectadas antes do nascimento, então não é nenhuma surpresa de que o assunto aborto surja. O número de casos já é muito impressionante e a situação parece estar saindo de controle. É um assunto complexo, que afeta as vidas das pessoas e das comunidades. As leis devem se ajustar a vida das pessoas e não o contrário.



# AINDA A VIOLAÇÃO DE DIREITOS

*Ativistas organizam mais uma edição do Acampamento Terra Livre, prevista para acontecer entre 24 e 29 de abril*

Adriano De Lavor

No mês em que se “comemora” o Dia do Índio, a situação não é nada festiva para os povos indígenas brasileiros, que nos últimos meses vêm denunciando descaso com as questões de saúde, repetidas ameaças e violações de direitos e até ataques contra terras tradicionais. A situação foi denunciada por Victoria Tauli-Corpuz, relatora especial da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os direitos dos povos indígenas, que visitou o país entre 7 e 17 de março, quando criticou a violência e a omissão nas demarcações das terras indígenas, assassinatos de lideranças políticas, além dos riscos relacionados à construção de grandes projetos e às propostas contra direitos que tramitam no Congresso Nacional. (Veja mais sobre a visita no box na página 25).

Ações violentas registradas durante a visita confirmaram a preocupação da relatora. No Mato Grosso do Sul, momentos depois da sua saída da aldeia Kurusu Amabá, em Coronel Sapucaia (10/3), um grupo de fazendeiros disparou tiros na terra

tradicional que disputam com os índios Guarani e Kaiowá. Dois dias depois, o indígena Isael Reginaldo foi alvejado com oito disparos por diversos homens armados no território Ita Poty, na divisa dos municípios de Dourados e Itaporã, como noticiou a Rede Brasil Atual.

“Parece que não existe Lei no Mato Grosso do Sul”, declarou à *Radis* Lindomar Terena, integrante do Conselho do Povo Terena e da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib). Ele lamentou a situação enfrentada pelos “parentes” no estado, destacando que o que prevalece por lá ainda é o poder da bala e do capital financeiro. De todo modo, salientou, as lideranças indígenas não perderam a confiança na Justiça. “Não vamos ficar de mãos atadas”, disse o líder terena, informando que, mais uma vez os povos indígenas protestarão na Esplanada dos Ministérios, em Brasília, no Acampamento Terra Livre (ATL), que em 2016 acontecerá entre 24 e 29 de abril.

A pauta de reivindicações permanece a mesma, precisou Terena: “Nossa maior demanda continua sendo territorial”, definiu ele, esclarecendo que, a partir da solução dos impasses territoriais,



as demais políticas públicas serão melhor encaminhadas. Neste cenário, uma luta que não sai de cena é o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 251/2000, que transfere para o Congresso Nacional a atribuição de aprovar e demarcar terras indígenas — hoje, prerrogativa do Poder Executivo.

Neste contexto, a presença da relatora da ONU foi considerada positiva por ativistas, já que a divulgação do relatório de sua visita pelo país criará um fato político, conferindo visibilidade à causa dos povos e comunidades em situação de vulnerabilidade, reunindo informações que serão utilizadas em âmbito internacional — em setembro de 2016 está prevista mais uma sessão do Fórum Permanente sobre Questões Indígenas das Nações Unidas, em Nova Iorque, nos Estados Unidos.

### CRÍTICAS À GESTÃO

Em relação às questões específicas de saúde, a situação não é menos preocupante. Chamou atenção o dossiê levantado pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (Foirn), no Amazonas, que foi entregue no início de março ao Procurador da República Fernando Merlotto Soave. No documento, estão relatos e imagens sobre “o descaso e precariedade nos serviços públicos e privados em São Gabriel da Cachoeira”, bem como a negligência do poder público referente aos problemas que os povos indígenas do rio Negro vêm enfrentando “com relação ao acesso à documentação e benefícios sociais, saúde, educação, segurança pública e práticas abusivas dos bancos e de comerciantes locais”.

A entidade também protocolou, em janeiro, denúncia ao Ministério Público relatando uma série de problemas vivenciados pelos indígenas no Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) local, como falta de medicamentos, equipamentos precários, negligência médica, e principalmente o não atendimento dos indígenas em seus territórios de origem. “O que percebemos é que o controle social não tem mais voz para defender nossos direitos”, disse à *Radis* Andre Baniwa, ex-vice prefeito de São Gabriel da Cachoeira, hoje presidente da Associação Indígena da Bacia do Içana e colaborador da Funai. Ele reclama que a região não tem infraestrutura para atendimento, as equipes realizam poucas visitas às comunidades distantes e faltam medicamentos. Além disso, considera que não há diálogo ideal com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), de quem as lideranças da

região cobram prestação de contas. “Há omissão de informação”, disse o líder baniwa, esclarecendo que a secretaria divulgou exclusivamente que foram investidos R\$ 6 milhões na região em 2015, não especificando como (e onde) foram distribuídos os gastos. Para André, falta compromisso e diálogo para que a situação se reverta.

No Mato Grosso do Sul a realidade não é diferente, assegura Lindomar. Segundo ele, a coordenação da Sesai no Estado “contribui com as falácias de ruralistas e do agronegócio”, o que reforça as deficiências da assistência à saúde. Além disso, ele enxerga o risco de privatização dos serviços com a criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (Insi), proposta que segundo a Sesai, implementaria “um novo modelo de gestão”, com mais agilidade nos processos administrativos e nas contratações de profissionais”. Para o terena, a viabilização do Insi significaria o Estado abrir mão da saúde indígena e colocar nas mãos de empresas privadas, o que implicaria em menor fiscalização por parte do Ministério Público e maior possibilidade de desvio de recursos.

A relação com a Sesai tem sido conflituosa até entre as instâncias mais próximas de controle social. Considerados por ativistas do movimento indígena como representantes do setor mais comprometido com as políticas da secretaria, os presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) chegaram ao extremo de interromper uma reunião (16/3) com a direção da Sesai e trancar as portas da sala, no hotel São Marcos, em Brasília, ameaçando somente liberar os participantes caso o ministro da Saúde concordasse em recebê-los. Eles protestavam contra a “péssima” atuação da Sesai e “o que vem acontecendo com a Saúde Indígena por todo o País”, informou a pesquisadora Tania Pacheco, no site Racismo Ambiental. Os participantes da reunião foram liberados pelos indígenas tão logo receberam resposta positiva do ministro Marcelo Castro, que os recebeu dois dias depois. Na ocasião, reclamaram das indicações políticas para os Dseis.

Para Cleber Buzatto, secretário executivo da organização Conselho Indigenista Missionário (Cimi), a deficiência no atendimento às comunidades é central quando se avalia a saúde indígena, por não privilegiar ações preventivas, ter dificuldade em manter equipes profissionais nas comunidades e investir alto nos deslocamentos de doentes para as cidades. “A tendência é piorar”, avalia Cleber, indicando que a violência e as ameaças constantes também são responsáveis por causar problemas físicos e psíquicos nas comunidades indígenas.

## Relatora da ONU critica retrocesso

No comunicado que divulgou ao fim da visita ao Brasil, a relatora Victoria Tauli-Corpuz destacou medidas e iniciativas positivas tomadas pelo governo brasileiro para assegurar os direitos dos povos indígenas, mas também alertou para a “inquietante ausência de avanços na solução de antigas questões”, e criticou retrocessos “extremamente preocupantes” na proteção dos direitos, “tendência que continuará a se agravar caso não sejam tomadas medidas decisivas por parte do governo para revertê-la”. O material coletado por ela servirá como base para um relatório, que será submetido, em setembro, ao Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, e também ajudará os povos indígenas e o Governo a encontrarem soluções para os desafios contínuos enfrentados por essas comunidades no Brasil, como explicou a relatora.

Sobre os pontos positivos, Victoria destacou o papel proativo da Fundação Nacional do Índio (Funai) e do Ministério Público Federal, o quadro jurídico e administrativo para demarcação de terras, a oposição do governo à PEC 215 que ameaça este quadro, decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) para evitar despejos de povos indígenas e a organização da primeira Conferência Nacional de Política Indigenista e a criação do Conselho Nacional de Política Indigenista.

Nos quesitos negativos, ela enfatizou o risco que representam a PEC 215 e outros projetos “que solapam os direitos dos povos indígenas a terras, territórios e recursos”, a introdução de um marco temporal e a imposição de restrições às comunidades de possuir e controlar suas terras e recursos naturais, a interrupção dos processos de demarcação e os despejos em curso, além dos “profundos e crescentes efeitos negativos dos megaprojetos em territórios indígenas ou próximos a eles” e da violência, assassinatos, ameaças e intimidações contra os povos indígenas “perpetuados pela impunidade”. Victoria também criticou a falta de consulta sobre políticas, leis e projetos que impactam direitos, assim como “a prestação inadequada de cuidados à saúde, educação e serviços sociais, tal como assinalam os indicadores relacionados ao suicídio de jovens, casos de adoção ilegal de crianças indígenas, mortalidade infantil e alcoolismo” e o desaparecimento acelerado de línguas indígenas.

# MOBILIZAÇÃO CONTRA O

## *Conselho Nacional de Saúde articula sociedade para pressionar aprovação da PEC da Saúde ainda em 2016*

Liseane Morosini

**E**m um momento delicado enfrentado pelo SUS, com cortes promovidos pelo Ministério da Saúde em 2015, uma boa notícia fortaleceu a luta pela saúde pública. Em 22 de março o plenário da Câmara dos Deputados aprovou em primeiro turno, com 402 votos a favor e um contra, a Proposta de Emenda à Constituição 1/2015, conhecida como PEC da Saúde, que aumenta o percentual mínimo da Receita Corrente Líquida (RCL) a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde. O montante a ser escalonado em sete anos não poderá ser inferior ao mínimo calculado para o exercício anterior ou ser destinado para pagamento de pessoal e encargos sociais.

Ronald Ferreira dos Santos, presidente do Conselho Nacional de Saúde, explicou à *Radis* que a aprovação da PEC 1/2015 é uma das estratégias articuladas para garantir a sobrevivência do SUS e defendeu que a medida não pode ser vista como despesa. “Um maior investimento em saúde significa mais eficiência e menos gastos à frente”, afirma. Para o secretário executivo do Conselho Executivo dos Secretários de Saúde (Conass), Jurandi Frutuoso Silva, o momento é preocupante. Segundo ele, estados e municípios já esgotaram sua capacidade de investimento e é preciso que a União participe de forma mais efetiva na composição dos gastos. “Em 1993, 72% dos gastos públicos em saúde eram da União. Em 2014, estes representavam 42,5%”, diz. Jurandi avalia que o gasto dos estados passou de 12%, em 1993, para 26,5%, em 2014, e que os municípios saíram de 16%, em 1993, para 31% em 2014. “É claro que isso deixa o sistema em crise”, justifica.

Segundo o secretário, o cenário prejudicial à saúde pública se agravou com a promulgação da Emenda Constitucional 29/2000 (EC 29), regulamentada pela Lei Complementar 141/2012, que estabeleceu a participação mínima de estados e municípios (12% e 15%, respectivamente) no financiamento de ações e serviços públicos de saúde. A União foi o único ente que não teve o percentual mínimo definido, o que foi considerado uma derrota por sanitaristas (*Radis* 113). Ele lembra que depois da EC 29 houve nova frustração, com a votação da Emenda Constitucional 86, que definiu um percentual da RCL e reduziu o gasto mínimo federal no setor. “O SUS sofreu uma grande perda”, avalia, lembrando que o orçamento caiu de 14,8%,

em 2015, para 13,2%, em 2016. “Prefeitos e governadores não têm mais capacidade de reação. Ou a União reage ou o sistema pode morrer, pois está esgotado”, afirma. Francisco Funcia, economista e assessor do CNS, ressaltou que a mudança de critérios reduziu recursos de um ano para o outro. “Foi a primeira vez que isso aconteceu. A situação é dramática. Sem a aprovação da PEC, haverá perda de recursos de 2016 a 2019 em comparação com o que foi aplicado em 2015”.

### SERVIÇOS COMPROMETIDOS

De acordo com informações da Agência Câmara, tomando como base a previsão orçamentária da RCL para 2016, de R\$ 759,45 bilhões, o valor a ser aplicado no SUS seria de R\$ 100,24 bilhões. Com a nova proposta, a partir do exercício financeiro seguinte à promulgação da futura emenda constitucional, serão 14,8% da RCL, o que significa que, se estivesse vigorando em 2016, já seriam injetados R\$ 112,39 bilhões no sistema, R\$ 12 bi a mais que o previsto.

Mesmo que a PEC seja aprovada em 2016, o SUS continua com problema para fechar as contas neste ano, adverte Funcia. Ele diz que é preciso recompor o orçamento pelos mesmos parâmetros de 2015. Por outro lado, Ronald prevê que, sem dinheiro em caixa, o SUS “entrará em colapso já em setembro, comprometendo todos os serviços, especialmente de média e alta complexidade”.

### O CAMINHO DA PEC

Baseada no movimento Saúde + 10, coordenado em 2013 pelo CNS, a PEC 1/2015 propõe a aplicação de 10% das Receitas Correntes Líquidas (RCL) para o SUS (*Radis* 150). O projeto de lei de iniciativa popular (PLC 321/2013), fruto da coleta de 2,2 milhões de assinaturas, não foi em frente; como saída, passou a tramitar no Congresso a PEC 1/2015, de autoria do deputado Vanderlei Macris (PSDB-SP), que restabelece de forma escalonada e gradual o financiamento do SUS (veja no box).

A primeira aprovação na Câmara foi fruto de negociações ocorridas entre o governo e a Frente Parlamentar da Saúde com a participação da relatora da PEC, deputada Carmen Zanotto (PPS-SC), e do líder do governo, deputado José Guimarães (PT-CE). Antes dela, não houve consenso e a proposta, mesmo na pauta, deixou de seguir para o plenário por três vezes. Ronald explicou que, caso



as negociações estivessem esgotadas, havia a possibilidade de a medida ser votada sem um acordo acertado entre as lideranças, o que não ocorreu. “Os parlamentares concordam com o mérito da questão. Mas alguns ainda duvidam se o país terá capacidade econômica para suportar essa medida que traz mais justiça a quem usa o SUS”, disse antes da aprovação da medida.

Segundo o site do Conasems, estão previstas cinco sessões deliberativas até a PEC entrar novamente em pauta, após o dia 5 de abril. “É importante que a mobilização e articulação dos municípios com seus parlamentares continue nesse período, para que o resultado também seja positivo no segundo turno”, alerta o site. Para integrar a Constituição, a PEC precisa ser aprovada em mais um turno na Câmara, com pelo menos 308 dos votos dos 513 deputados, e também em dois turnos no Senado, com o voto de 49 dos 81 senadores. Apesar de o governo entender que esta é uma pauta bomba (denominação dada a leis criadas pelo Legislativo, cuja despesa deve ser arcada pelo Executivo), o primeiro passo foi dado.

Presidente da Frente Parlamentar da Saúde, o deputado Osmar Terra (PMDB-RS) disse à Agência Câmara que esta é, talvez, “a última chance que temos neste ano de mostrar que estamos ao lado da população mais sofrida, ao lado da população que não tem mais atendimento”. Já a deputada Carmen Zanotto (PPS-SC) indicou que a PEC é de todos os parlamentares, mas, em especial, da

população brasileira e de todas as entidades que foram às ruas buscar as assinaturas. “Colheram mais de dois milhões de assinaturas em defesa do nosso Sistema Único de Saúde, em defesa do seu financiamento, que não é o ideal, mas é o que é possível neste momento”, completou.

#### AGENDA PELA SAÚDE

Ronald concorda que o cenário atual caminha para levar ao desmonte do SUS. “Para dar resposta a esse processo é preciso uma agenda financeira, que amplie e aprimore os serviços e as ações de saúde”, disse. Segundo ele, toda a lógica da saúde como direito vai de encontro ao que tem sido manifestado nas ruas pela oposição ao governo. “O discurso de uma agenda neoliberal, que tira a responsabilidade do Estado com as políticas públicas, está por trás do discurso contra a corrupção. E o SUS está dentro desse ordenamento jurídico que vem sendo implodido”, argumenta. Em nota publicada em 7 de abril, o CNS considerou “desserviço” e “falta de comprometimento com SUS” a obstrução da pauta de votação do Congresso Nacional por opositores do governo. “Os responsáveis pelo congelamento das votações no Congresso, caso se confirme, devem ser responsabilizados no futuro, quando faltarem recursos para tratamentos, medicamentos, campanhas de combate a endemias e outros tantos gargalos que porventura vierem a ocorrer na saúde pública brasileira”, diz a nota.

## Entenda a PEC 01/2015

Apresentada em 5 de fevereiro de 2015, a Proposta de Emenda à Constituição nº 01-A altera o artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre o percentual mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde. O texto inicial da PEC é do deputado Vanderlei Macris (PSDB-SP). A proposta teve como base a iniciativa popular Saúde+10, promovida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em conjunto com movimentos sociais, em 2013, que resultou na apresentação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLC 321/2013) ao Congresso Nacional.

O movimento defendeu a destinação para a saúde pública de 10% da Receita Corrente Bruta da União (RCB), o equivalente a 18,7% da Receita Corrente Líquida (RCL). Desconsiderando a vontade popular, o Congresso Nacional, com o apoio do governo federal, aprovou a Proposta de Emenda à Constituição — PEC 358/2013, em 10 de fevereiro de 2015, agora Emenda Constitucional 86, que prevê que o piso federal escalonado chegará a 15% da receita líquida a partir de 2020.

Em outubro de 2015, o substitutivo da relatora, deputada Carmen Zanotto (PPS-SC), aprovado na comissão mista, propõe que o piso federal chegue a 19,4% ao final de seis anos. Em março de 2016, o texto aprovado no primeiro turno na Câmara, determina a aplicação gradual em sete anos: 14,8% (2017); 15,5% (2018); 16,2% (2019); 16,9% (2020); 17,6% (2021); 18,3% (2022); e 19,4% (2023). A matéria segue para nova votação na Câmara e duas votações no Senado. Se aprovada, passa a integrar a Constituição. Veja a proposta em <http://goo.gl/J4tuoB>

# Quando

Integrantes do Quarteto Coralina durante ensaio na Academia Brasileira de Música: aposta na prevenção com atividades físicas para evitar lesões

Ana Cláudia Peres

**C**ontra fel, moléstia, crime, o compositor Chico Buarque de Hollanda certa vez recebeu usar Dorival Caymmi, ir de Jackson do Pandeiro, beber Nelson Cavaquinho. Música parece ser, de fato, um santo remédio para a alma. Mas é o corpo dos instrumentistas que primeiro sente as consequências de uma atividade tão prazerosa quanto exaustiva. Presos ao jargão “no pain, no gain” — ou “sem dor, sem ganho” — que impera no meio musical, os músicos sofrem em silêncio e poucos são aqueles que conseguem aliar uma rotina que inclui horas de estudos diários, ensaios, gravações e espetáculos com o devido cuidado à saúde.

Os motivos que levam os músicos a encarar a dor como mera parte do negócio são vários. “Vão desde o medo de serem vistos como incapazes e incompetentes tecnicamente até o temor de enfrentarem diagnósticos incapacitantes ou terem de abrir mão de sua atividade musical por algum tempo”, acredita a fisioterapeuta Carolina Valverde, que também é saxofonista e percussionista. Ela diz ser muito comum o pensamento de que sentir dores é normal ou que elas desaparecerão sozinhas. “Alguns até acreditam que, por exemplo, quanto mais escura a marca deixada no corpo pela espaleira [acessório do violino e da viola que fica na região da mandíbula], melhor, porque isso significa que passaram mais tempo estudando e tocando”, conta. “Ou que, se os lábios de um instrumentista de sopro quase sangram, é porque ele é mais dedicado ao seu instrumento”.

Para ela, se por um lado a maior parte dos músicos não entende o funcionamento do seu corpo e as questões relacionadas à área da saúde, por outro, os profissionais do setor não conhecem muito bem o universo musical. O resultado é que, quando o músico se depara com alguma lesão ou limitação, ele se sente inseguro de continuar a atividade musical e fica com a autoestima prejudicada. Já o médico desavisado, ela diz, pede ao músico que se afaste de suas funções. “O somatório disso pode ser trágico para a situação psicológica do músico e, conseqüentemente, piorar seu quadro corporal, afetando sua performance e sua atividade na música, seja amadora ou profissional”, alerta.

Há pouco mais de dois anos, o Sindicato dos Músicos do Estado do Rio de Janeiro (SindMusi-RJ) organizou na terra de Tom Jobim o Encontro Brasileiro de Saúde do Músico, que reuniu músicos e especialistas do Brasil inteiro para discutir o assunto. De acordo com a presidente do Sindicato, Déborah Cheyne, desde então essa passou a ser uma questão habitual nos eventos da entidade. “Para saber a dimensão da questão, basta perguntar em um auditório lotado de músicos quem já teve qualquer problema de saúde relacionado ao exercício da profissão”, ela diz. “Cerca de 90% deles vão ter uma história pra contar”. Déborah considera que o problema começa ainda na formação acadêmica. “Imagine que, em um curso de música, o programa é igual para todo mundo. Numa classe de violino, por exemplo, todos os alunos precisam sair tocando Tchaikovsky. Há um formato pronto e definido para físicos, espíritos, metabolismos e pulsações diferentes. Mas é preciso pensar de acordo com o corpo, a ossatura, a



# a música dói

*Tão prazerosa quanto exaustiva, atividade musical exige cuidados específicos e vem despertando interesse do campo da saúde*

FOTOS: EDUARDO OLIVEIRA

musculatura e a disponibilidade de cada um. Ou seja, o aluno já sai machucado dali, quando não deveria”.

## LESÕES

Déborah foi ela própria vítima do que julga ser um equívoco e leva inevitavelmente a danos para a saúde do músico. “Quando comecei a estudar, eu tinha dois professores ao mesmo tempo, porque achava que assim ia me tornar melhor naquilo que fazia. Que burrice!”, lamenta. Trabalhando profissionalmente com música desde os 17 anos, ela toca viola de orquestra. “Na primeira vez que senti uma dor, achei que podia ser do instrumento. Mas me recusei a acreditar que aquilo fosse provocado por minha viola, então segui em frente. Achava que música não doía, mas música dói e dói muito”, conta, lembrando, que aos poucos as dores foram ficando mais frequentes e interferindo em tudo o que fazia. “Chegou a um ponto em que tive que parar porque não conseguia mais carregar uma folha de papel”.

A musicista ainda se emociona ao lembrar do episódio. Diagnosticada com diversas lesões depois de uma via-crúcis que incluiu vários exames, raio x, anti-inflamatórios e médicos que prescreveram afastamento imediato da música — o que depois se transformou em meses sem tocar — e até mesmo indicação de uma cirurgia cuja margem de sucesso era a estimativa nada animadora de 50%, Déborah finalmente chegou a um profissional que tratava a saúde do músico com as especificidades que exige, voltou a tocar viola e integrou

a Orquestra Sinfônica Brasileira (OSB). “Minha experiência foi dura, como para qualquer outro músico. Mas há prevenção para esses problemas e isso é o mais importante. A prevenção vai desde a conscientização do músico até a prática de exercícios físicos”, diz.

## PREVENÇÃO E DIREITOS

O violinista que se apresenta horas em uma orquestra ou o baterista que toca por duas horas ininterruptas durante um show ou ainda o músico que passa a noite inteira em um barzinho dedilhando o violão pode e deve tomar alguns cuidados preventivos. Para Carolina, os músicos que já tiveram algum problema ou passaram por um tratamento com educação e informação adequadas costumam ter mais consciência disso. A grande questão, segundo a fisioterapeuta especialista em saúde do músico, é que muitas vezes os músicos não se veem como trabalhadores e por isso não recebem do mercado de trabalho o respeito que merecem. “Alguns estão somente ligados no resultado sonoro e deixam a percepção corporal à margem da vida; outros realmente não têm acesso às informações necessárias para cuidar da saúde de forma eficiente; outros ainda estudaram com professores que não tiveram orientações nesse sentido e por aí vai”, avalia. Déborah concorda. Para a presidente do SindiMusi-RJ, a saúde preventiva é um direito do trabalhador.

O fisioterapeuta Edmur Paranhos Jr. acredita que, entre os músicos, o medo de ficar fora do circuito de espetáculos



e gravações é, muitas vezes, maior que o desejo de se cuidar. “Quando um músico se queixa de dor, isso cria um estigma de forma que ele passa a ser menos cotado para alguns trabalhos”, resume. Segundo Edmur, a função do profissional de saúde é “empoderar” o paciente que passa por uma situação assim e não o contrário. “Raríssimos são os problemas que afastam um músico de seu estudo ou de seu trabalho. Apesar disso, é muito comum na área de saúde, sobretudo entre médicos ortopedistas, a velha concepção de que o repouso e o afastamento do trabalho são as únicas soluções para o cuidado”, adverte. “O fato de um profissional sugerir que um músico se afaste de suas funções é ruim tanto para a lesão quanto para o espírito empreendedor do músico”. O fisioterapeuta acrescenta que, salvo em condições como fraturas, tumores, rupturas no seu estágio imediato e dores químicas, o movimento é a melhor terapia.

### SINTOMAS E CONSEQUÊNCIAS

Se a música sai do compasso, desafina. O corpo, idem. No consultório de Carolina Valverde, em Belo Horizonte, são comuns problemas como hérnia de disco cervical e lombar, cefaleias (dores de cabeça), tonteiras, zumbido nos ouvidos, formigamentos e dormências nos braços, mãos e dedos, epicondilites (dor no cotovelo), dedo em gatilho, síndrome do túnel do carpo, bursite, capsulite adesiva (ombro congelado),

entre tantos outros nomes estranhos. A fisioterapeuta insiste que os músicos devem procurar um profissional ao primeiro sintoma. “Tocar, cantar, reger, nada disso tem que doer. Os sintomas podem ser indícios de que há algo que precisa ser observado”, diz, acrescentando que o problema corporal de um músico nem sempre está ligado à sua condição técnica. “Mas ele deve compreender que precisa de cuidados antes que os sintomas se tornem lesões”.

As consequências de negar os sintomas e adiar o tratamento podem ser complexas, como deixa claro Edmur, em entrevista à *Radis*. O fisioterapeuta afirma que, se estiver relacionado a um problema mecânico, o estresse em estruturas corporais pode evoluir para problemas degenerativos, cicatrizes malcuradas e dores recorrentes, com possíveis quadros de agudização do problema capazes de inviabilizar temporariamente alguns trabalhos e estudos. Além disso, informa Edmur, cada vez que alguém sente dor, o cérebro fica mais acostumado a perceber a dor e dessa maneira o paciente torna-se hábil em manifestar quadros dolorosos.

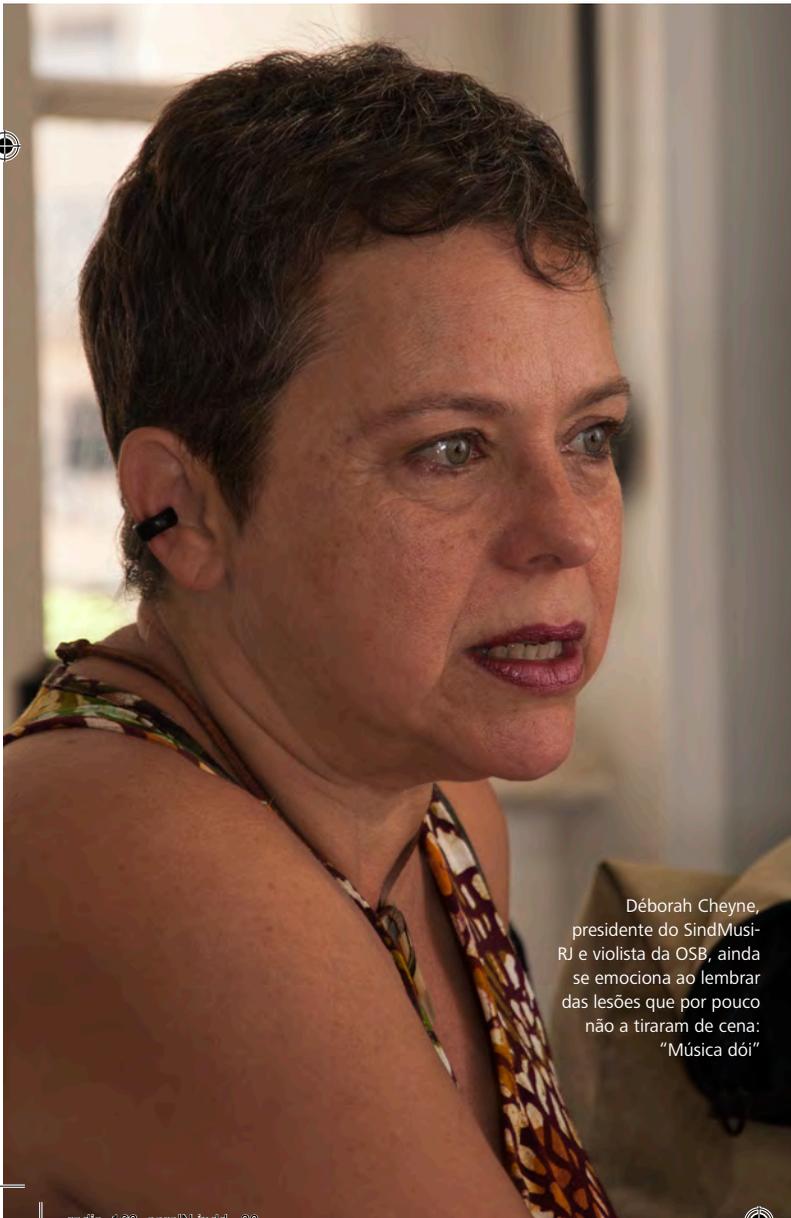
Entre os problemas mais comuns que atingem os músicos, Edmur cita a dor de origem neuromusculoesquelética, associada a posturas sustentadas e movimentos repetidos. “O mais interessante é que, na maior parte das vezes, não está diretamente relacionada com a postura ou movimentos do gestual do instrumento, mas às adaptações corporais a outras demandas, como o vício do sentar, uso de aparelhos (televisão, tablets, smartphones) e muitas horas de leitura”, diz, acrescentando que a combinação dessas adaptações com o estresse comum ao instrumento, permeadas pelo biotipo do músico, é que favorecem os problemas neuromusculoesqueléticos.

### A VOLTA POR CIMA

Quem ouve a violonista e cantora paulistana Badi Assad dedilhar o instrumento no palco como se brincasse entre amigos talvez não imagine que ela foi diagnosticada com distonia focal, uma doença neurológica rara. “Eu queria fazer um som com o violão, mas saía outro. É como você querer dar um salto triplo, mas não conseguir dar o primeiro passo”, declarou em entrevistas, depois de descobrir a doença. Teve que cancelar turnês, improvisar o violão a quatro mãos durante um show e, em outro, contar para a plateia a sua história ao se dar conta de que só conseguiria tocar 5% do seu potencial naquela apresentação. Interrompeu a carreira por um tempo, mas desde 2003 voltou aos palcos, faz shows, lança discos, tem uma centena de fãs.

Não é o primeiro nem o único exemplo de quem precisou se reinventar. O maestro e pianista João Carlos Martins talvez seja o caso mais conhecido entre os brasileiros. Com problemas de saúde desde jovem e diagnosticado em 2003 com Contratura de Dupuytren, uma doença degenerativa que paralisa as mãos, ele despediu-se do piano, estudou regência e, depois de muitas cirurgias, passou a atuar como maestro, consagrando-se internacionalmente. Atualmente, comanda a Bachiana Filarmônica Sesi, em São Paulo, um projeto de popularização da música clássica e de formação musical de jovens.

Em alguns casos, a mudança de ritmo chega de repente. A carioca Rúbia Siqueira começou sua musicalização aos sete anos de idade; aos 12, já tocava viola. Formada em música pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) e pela Folkwang Universität, na Alemanha, viveu uma rotina de ensaios que chegava a seis horas por dia, às vezes sete. Agora, cumpre um ritual mais brando — ainda assim, são 3 horas de ensaio por dia. Em janeiro de 2014, a violista sofreu um acidente e fraturou os dois



Déborah Cheyne, presidente do SindMusi-RJ e violista da OSB, ainda se emociona ao lembrar das lesões que por pouco não a tiraram de cena: “Música dói”



punhos. “Foi assustador. Poderia ter provocado uma reviravolta sem tamanho na minha vida. Fui a todos os médicos, ortopedistas, cirurgiões, fiz uma bateria de exames clínicos e os prognósticos eram que eu não conseguiria me restabelecer 100%”, conta.

Contra todas as previsões, ela se recuperou totalmente. Depois de consolidadas as fraturas, fez sete meses de fisioterapia diária. A rotina atual inclui ainda pilates e treino funcional, além dos alongamentos mais avançados. “Aprendi que nossa disposição mental é muito importante para a recuperação do corpo físico. Na minha experiência pessoal, todas as vezes que me angustiava eu sentia dor”, diz. A musicista conta ainda que, quando estava em recuperação, o meio musical não sabia da gravidade de seu caso. “Se soubesse, podia ser estigmatizada. Aqueles que sabem o quanto o movimento físico é necessário para a música poderiam ter me excluído”.

Agora, sente-se em plena forma, voltou a tocar viola, integra a Orquestra Sinfônica da Universidade Federal do Rio de Janeiro e montou o Quarteto Coralina que acaba de ser selecionado como quarteto residente da Academia Brasileira de Música (ABM), em 2016. Se antes do acidente, já tinha consciência da necessidade de cuidar do corpo físico, agora encara como uma obrigação. “Na vida do músico instrumentista, nem tudo é arte e inspiração. Existe a imaginação, sim, mas essa não é uma atividade apenas criativa. Está totalmente ligada a um trabalho com o corpo”, enfatiza. Rúbia faz questão de acrescentar que todas as integrantes do Quarteto Coralina fazem atividades físicas como forma de prevenir lesões da profissão.

Há casos mais simples, mas de um jeito ou de outro reforçam a importância do cuidado especializado. Carolina Valverde conta que teve uma paciente soprano, cantora de um coral profissional da cidade, cuja queixa, além de muita tosseira, era a de não estar conseguindo atingir registros mais agudos da escala musical em que antes chegava com certa facilidade. “Ao observá-la cantando, durante avaliação no consultório, percebi que seus joelhos estavam travados para trás. A modificação da situação foi imediata e automática. Pedi que ela relaxasse os joelhos e que tentasse a parte aguda da música novamente. Assim ela fez e conseguiu a nota que há muito não conseguia. Foi surpreendente a rapidez do resultado”, lembra.

### CORPO MUSICAL

Na escola de música em Essen, na Alemanha, Rúbia cursou disciplinas que já valorizavam a relação entre música e saúde, caso da Técnica de Alexander — uma técnica de reeducação corporal e coordenação realizada a partir de princípios físicos e psicológicos — que constava na grade de matérias. No Brasil, só mais recentemente essa relação ganha destaque nos bancos acadêmicos. Mas ainda são pouquíssimas as universidades que dedicam especial atenção ao tema, como a Universidade Federal de Goiás (UFG) e a Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG), cuja disciplina Música e Saúde é ministrada por Carolina Valverde. “Meu trabalho na faculdade veio de uma necessidade pessoal de trabalhar com promoção de saúde e não só com prevenção ou reabilitação de doenças”, diz. “Os alunos aprendem sobre o corpo, biomecânica, cinesiologia, ergonomia e tudo aplicado à atividade musical. Além disso, recebem orientações durante avaliações em performance que ocorrem nos horários entre as aulas”.

Projetos como “O canto e o corpo do cantor”, também de Belo Horizonte, começam a modificar uma realidade ainda engessada. A cantora e professora de canto Helen Isolani,



Rúbia Siqueira: em plena forma com fisioterapia, pilates, treino funcional e alongamentos avançados depois de acidente em que fraturou os dois punhos

uma das idealizadoras do projeto, conta que a ideia nasceu da necessidade de informar cantores profissionais e, principalmente, amadores sobre o funcionamento do corpo. “Não tão somente no sentido técnico e musical, mas levando o cantor a se observar mais, criar hábitos saudáveis e desenvolver-se cada vez mais”, reforça. Assim, assuntos como respiração, timbre, extensão, alongamentos, pré-aquecimentos, aquecimento vocal e vocalizes, desaquecimento da voz e repertórios específicos viram linguagem corrente.

“O corpo é o instrumento do cantor”, compara, numa analogia entre o músico e o atleta. “Se um atleta vai correr a maratona de São Silvestre, ele se prepara, não começa correndo 20 quilômetros porque o corpo não aguenta. Então, ele estabelece metas de corrida semanal, mensal, bimestral e semestral. Enquanto isso, faz exercícios físicos para fortalecimento dos músculos e cuida da alimentação”, diz. “O músico tem de fazer o mesmo. Ele precisa ter a consciência de que, sem ele, a música não acontece”. 



# ACIDIDADE

Bruno Dominguez

**M**ais de 80% dos brasileiros vivem nas cidades. Mas que vida as cidades propiciam a esses brasileiros? Sobre esse tema falou o economista Carlos Lessa na abertura do ano letivo da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), em 9 de março, em palestra intitulada “A cidade e a saúde”. Autodeclarado um “especialista em generalidades”, o ex-reitor e professor emérito da Universidade Federal do Rio de Janeiro e ex-presidente do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) poderia lançar mão de inúmeros indicadores para avaliar a qualidade de vida no ambiente urbano. Preferiu focar em apenas um: o tempo de existir.

Para Lessa, a existência depende fundamentalmente dos momentos de lazer. Uma pessoa trabalha em média oito horas, dorme oito horas e tem outras oito horas para todo o resto. Nessa divisão das 24 horas de um dia, que o economista chamou de “orçamento individual do tempo”, o que importa de fato segundo ele são os minutos dedicados à convivência familiar, ao aprendizado,

à meditação, à paquera — ou até os minutos jogados fora. “As oito horas disponíveis são as melhores”, disse o economista, com bom humor que contagiou a plateia que lotou o auditório da escola. “Tem-se a ideia de que o trabalho realiza o homem (e realiza), mas boas mesmo são as oito horas de lazer”.

Assim, afirmando que a qualidade de vida depende da quantidade de horas que um indivíduo tem para existir, foi que Lessa observou as cidades brasileiras. Sua conclusão foi a de que a existência fora do trabalho tem sido corroída pela malha urbana — o circuito residência-trabalho e trabalho-residência nas metrópoles toma cerca de três das oito horas vagas em um dia. “Isso significa que estamos rigorosamente encurtando e degradando o tempo de existir. A existência se esvai no sistema de transporte”, comentou.

O economista indicou que a degradação da existência é, de certo modo, “democrática”, já que atinge quase todos os extratos sociais: “Mesmos os que têm carros de luxo estão sujeitos aos congestionamentos, dos quais só escapam os muito ricos que podem ser transportados por helicópteros”. Na análise dele, a transformação do automóvel



em objeto de desejo — na intenção de dinamizar a economia — é que está por trás da perda de qualidade de vida.

“Cada novo veículo automotor exigiria a construção de 30 metros quadrados de novas vias e de espaço para estacionamento para não degradar a existência na cidade”, indicou. A solução, segundo Lessa, é substituir o automóvel pela casa própria como objeto de desejo número um dos brasileiros. “Tentar fazer com que a economia cresça baseada na indústria metal-mecânica só vai levar a uma crise de bem-estar assustadora”.

Alargar o tempo de existir demanda redesenhar o ambiente urbano, afirmou o economista. “A cidade deveria permitir que todos desfrutassem de equipamentos de qualidades no lugar onde moram. Hoje, os equipamentos estão concentrados em determinadas áreas”, observou. Um museu novo, exemplificou Lessa, deveria ser construído onde não houvesse nenhum, e não onde já houvesse vários outros museus. Ou seja, ao encurtar deslocamentos, se alonga a existência.

“Repensar as cidades é fundamental, apesar da crise que atravessa o país”, frisou o economista. Na mesa de abertura da palestra, o diretor da

Ensp, Hermano Castro, já havia lembrado que este é um ano de eleições municipais, em que portanto modelos de cidade entrarão em debate. “Falar das cidades, hoje, é falar das mazelas sociais que temos vivido nos últimos anos. A maior parte da população brasileira vive nos espaços urbanos, e o que temos assistido é a lógica da cidade-mercado, em que se pensa somente no capital, e não naquilo que é humano. Isso tem tido enorme impacto para a saúde”, disse Hermano.

Sobre a crise, Lessa indicou que não consegue enxergar referências claras de onde se quer chegar. Afirmou que há ausência de debate. “Sem um horizonte de longo prazo, o caminhar torna-se fortuito e esterilizante. A imprevisibilidade se resolve quando é debatida a conjunção de futuro que se persegue”, declarou. Para ele, a Constituição deveria nortear o país neste momento. “Os constituintes disseram com absoluta clareza que daríamos prioridade à saúde sobre o mercado, mas ninguém está recuperando o texto constitucional. É como se nem existisse”, lamentou. “Nossa Constituição de 1988 é extremamente avançada, mas não foi colocada em prática”. 



## PUBLICAÇÕES

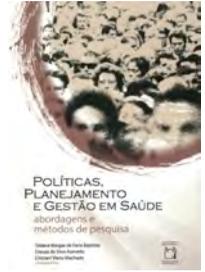
## Saúde nas cidades

Em sua edição de novembro de 2015 (vol.31, suplemento 1), os *Cadernos de Saúde Pública* abordam um único tema: a saúde urbana, em seus marcos, dilemas, perspectivas e desafios. O editorial avalia que a saúde urbana é a área do conhecimento alojada na saúde pública que permite repensar o impacto na saúde das intervenções do setor público nas cidades, incluindo aquelas que não necessariamente têm origem no setor saúde. Um crescente corpo de evidências mostra que as causas subjacentes a doenças no contexto urbano podem ser encontradas nos ambientes físicos e socioeconômicos. Leia a íntegra em <http://bit.ly/1SDjvLj>.

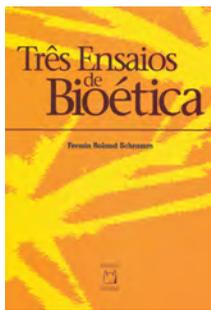


## Planejamento e gestão

O livro *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa* (Editora Fiocruz), organizado por Tatiana Vargas Baptista, Creuza Azevedo e Cristiani Machado, reúne alguns dos principais nomes da área de planejamento em saúde no país e apresenta um conjunto rico e diversificado de reflexões teórico-metodológicas. A coletânea de artigos analisa os desafios metodológicos em pesquisas do campo da saúde coletiva; aborda a questão da multidisciplinaridade; e traz reflexões sobre o lugar da saúde nas relações internacionais, a promoção da saúde, a produção acadêmica relacionada à gestão do trabalho e da educação em saúde e o acesso a medicamentos.

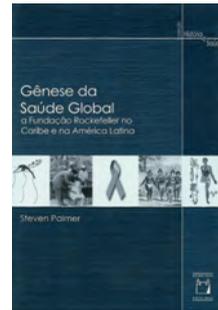


## Contextos da bioética



Em *Três Ensaios de Bioética* (Editora Fiocruz), o pesquisador Fermin Roland Schramm, PhD em Ciências/Saúde Pública e pós-doutor em Bioética, coloca a questão em diferentes contextos. No primeiro ensaio, discute as possibilidades dessa "caixa de ferramentas" para compreender e tentar resolver conflitos de interesses e valores no âmbito das relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. No segundo, trata dos conflitos morais que envolvem a genômica, contemplando argumentos favoráveis e contrários às práticas da engenharia genética. Por fim, traça a interface entre a bioética e a biossegurança, que têm preocupações comuns, como os riscos, mas abordagens distintas.

## Saúde global



O nascimento da chamada Saúde Global e as relações criadas entre agentes globais e locais de saúde pública são abordados em *Gênese da Saúde Global: a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina* (Editora Fiocruz). O pesquisador Steven Palmer partiu dos arquivos médicos nacionais da Costa Rica para investigar como foi a atuação da Fundação Rockefeller, organização de saúde internacional, em pequenos países da América Central e no Caribe, no início do século 20. A edição do livro em português tem informações sobre a atuação da fundação no Brasil e um novo capítulo sobre o tratamento com óleo de quenopódio, o que causou muitas mortes, principalmente entre crianças, e as questões éticas decorrentes dessa decisão.

## EVENTOS

## 7º Congresso de Investigação Qualitativa em Saúde



"Cidadania e transdisciplinaridade: Tecendo redes" é o tema do 7º Congresso Ibero-americano de Investigação Qualitativa em Saúde. O evento pretende focar a reflexão em quatro eixos centrais: a transdisciplinaridade e o trabalho em equipe; a ética; a epistemologia e metodologia; e a formação/educação em investigação qualitativa. Os problemas de saúde agravados pela crise econômica e a iniquidade que afetam principalmente as populações mais vulneráveis (crianças, imigrantes, idosos, doentes crônicos, mulheres) serão o objeto principal.

**Data** 5 a 7 de Setembro

**Local** Faculdade de Medicina da Universidade de Barcelona, Espanha  
**Info** <http://congresoiberoamericanoinvestigacioncualitativa2016.org/pt/index.php>

## 21ª Conferência do Conselho sobre Álcool e Drogas



A 21ª Conferência do Conselho Internacional sobre Álcool, Drogas e Segurança no Trânsito reunirá pesquisadores que estudam a relação entre o consumo de álcool e outras drogas com a segurança no trânsito. O evento é uma parceria do conselho com o Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O Brasil é o primeiro país em desenvolvimento a abrigar esse encontro e discutir o assunto em âmbito mundial. Além da cultura da lei seca e de campanhas coibindo comportamentos de risco, serão debatidas outras medidas para a direção consciente.

**Data** 16 a 19 de outubro

**Local** Gramado, Rio Grande do Sul  
**Info** [www.t2016.org](http://www.t2016.org)



PÓS-TUDO

**SE VOCÊ  
NÃO SE  
OCUPA DA  
POLÍTICA,  
A POLÍTICA  
SE OCUPA  
DE VOCÊ**

**BERTOLD  
BRECHT**



# Em busca de novos caminhos

Com qualidade, coragem e perseverança,  
continuaremos a fazer melhor.



**farmanguinhos**  
Instituto de Tecnologia em Fármacos



[www2.far.fiocruz.br](http://www2.far.fiocruz.br)



Ministério da  
Saúde

