

Cuidados paliativos

O desafio de aliviar o sofrimento do outro



Transexualidade

Pesquisador aponta descompasso no entendimento de usuários e profissionais

Saúde suplementar

"Planos populares" enfrentam resistência de entidades da Saúde e do direito do consumidor

DETECTOR DE MENTIRAS



A plataforma multimídia Aos Fatos completa um ano investigando a veracidade do discurso público

SAIBA MAIS
<http://aosfatos.org>

Ana Cláudia Peres

Fato 1: A deputada estadual Cidinha Campos (PDT), vice do candidato à Prefeitura do Rio de Janeiro Pedro Paulo (PMDB) nas eleições deste ano, afirmou que as acusações de violência doméstica que recaem sobre seu companheiro de chapa são “caso resolvido”. A imprensa publicou. Mas na verdade Pedro Paulo ainda respondia a inquérito sob suspeita de lesão corporal contra sua ex-mulher, Alexandra Marcondes. A ação está no Supremo Tribunal Federal. Fato 2: A senadora Marta Suplicy (PMDB-SP) sustentou, no programa partidário de sua nova sigla, que São Paulo foi a cidade que mais perdeu postos de trabalho. Ocorre que, em números absolutos, São Paulo ainda está melhor do que Belo Horizonte: fechou 55,6 mil vagas, contra 82,6 na capital mineira. Fato 3: Em pronunciamento divulgado nas redes sociais às vésperas da votação da abertura do processo de impeachment, em abril, a presidenta Dilma Rousseff declarou que não havia contra si denúncia de corrupção e desvio de dinheiro público. Segundo ela, seu nome não estava em “nenhuma lista de propina” nem era suspeita de “qualquer delito contra o bem comum”. Checadas as declarações e a partir de apuração nas bases do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Ministério Público Federal, é possível dizer que as alegações da presidenta eram verdadeiras.

Os casos acima estão relatados na página de *Aos Fatos*, uma plataforma multimídia que faz a verificação do discurso público. No site, é possível ler os detalhes, comparar gráficos e acompanhar a checagem realizada pelos repórteres que — depois de um trabalho minucioso de cruzamento de dados e consulta a fontes oficiais e alternativas — classificam as declarações com os selos de “verdadeiro”, “falso”, “impreciso”, “exagerado” ou “insustentável”. Tudo segue um método rigoroso. A equipe informa que, para chegar a qualquer conclusão, a checagem passa ainda pelas mãos de ao menos um repórter e um editor e que ambos devem chegar a um veredito a respeito do selo que será concedido. “Se necessário, um terceiro jornalista da equipe fixa deverá ser consultado para tirar a prova real”, deixam claro, na internet.

PIONEIRISMO

Se a imprensa não faz o dever de casa e exercita um tipo de jornalismo declaratório que apenas reproduz as falas de seus entrevistados, começam a surgir no cenário nacional iniciativas que já são comuns fora do Brasil. Conhecidas como *fact-checking*,

essas agências de checagem de fatos apareceram primeiro em forma de projetos como o “Preto no Branco”, do jornal *O Globo*, ou o “Truco!”, da Agência Pública, que durante as eleições presidenciais de 2014 colocavam na berlinda frases ditas pelos candidatos no calor da campanha. Uma das fundadoras de *Aos Fatos*, a jornalista Tai Nolon já havia participado do “mentirômetro” e do “promessômetro”, publicados pela *Folha de S. Paulo* nas eleições de 2010, cujo objetivo era medir as declarações dos políticos na campanha daquele ano.

Depois de deixar o jornal, Tai diz que sentiu falta de um acompanhamento sistemático das declarações dos políticos na esfera federal, principalmente com a deflagração da crise política no país. “Nenhum site e nenhum jornal checavam com consistência e boa periodicidade o que os políticos falavam”, resumiu. A plataforma nasceu em julho de 2015, como uma organização sem fins lucrativos, e divide o pioneirismo no Brasil com a Agência Lupa, essa última abrigada no portal da revista *Piauí*. Em meio ao turbilhão de declarações diárias com potencial para serem verificadas, a equipe de *Aos Fatos* checa sobretudo o que dizem os políticos de projeção nacional. “Se o político é relevante, falou algo relevante em um contexto relevante, vale a checagem”, acrescenta Tai. “É lógico que muita coisa fica de fora, mas há verdades e mentiras mais eloquentes do que outras, de qualquer modo”.

Hoje, além de checar declarações, *Aos Fatos* faz também publicações especiais. Recentemente, a plataforma investigou a real dimensão dos Jogos Olímpicos para as cidades que já sediaram o evento. Para isso, mergulhou em estudos que tentam mensurar seu impacto. Até aqui tem sobrevivido graças a campanhas de financiamento coletivo. Na primeira delas, o site arrecadou R\$ 32 mil. Para este segundo semestre, de acordo com Tai, a ideia é estruturar uma nova campanha anual de arrecadação e montar uma equipe audiovisual. “Queremos fazer checagens em vídeo para distribuição nas redes sociais”, completa.

Há um perigo. Quando o jornalismo se atribui o papel de juiz das verdades absolutas, corre o risco de se tornar autoritário e pouco dialógico. Ciente de que as agências de *fact-checking* também podem cometer erros, Tai diz que *Aos Fatos* não tem nenhuma pretensão de ocupar o lugar de dono da verdade. Segundo a jornalista, a intenção não é meramente desqualificar o discurso dos políticos, mas realizar uma apuração aberta, didática, que dá acesso à íntegra dos dados investigados. “Esse é o jornalismo de que gostamos e que buscamos fazer. E plural: não dá para checar o discurso de um lado só do poder”, conclui.

A cura pode não ser a única alternativa para muitas formas de adoecimento. Quando não há esta perspectiva, ou ao longo de penosos tratamentos, evitar procedimentos dolorosos ou invasivos que não alterem o quadro clínico e dar atenção mais humana e integral podem minorar o sofrimento e dar mais dignidade à existência e até à morte. Para abordar os cuidados paliativos, a repórter Liseane Morosini entrevistou especialistas, profissionais, familiares e usuários do SUS em diferentes estados.

Destacamos também a importância da água para a saúde humana, na primeira de uma série de matérias com foco na promoção da saúde, de forma contextualizada,

Brasil, 31 de agosto de 2016

Na tarde de hoje, após o fechamento desta edição, o Senado Federal aprovou por 61 contra 20 votos a cassação do mandato presidencial de Dilma Rousseff, concluindo turbulento processo de impeachment, questionado dentro e fora do país.

Saúde é democracia, democracia é saúde, ensinavam Sergio Arouca e seus contemporâneos da luta contra a ditadura e pelos princípios da Reforma Sanitária na 8ª Conferência Nacional de Saúde, fundante do SUS e do capítulo da Seguridade Social na Constituição.

Na visão da maioria dos herdeiros deste movimento sanitário e democrático e das suas entidades representativas, o processo que resultou neste impeachment trata-se de um golpe de Estado, a repetição como farsa de mais um movimento que visou uma deposição presidencial na república brasileira, engendrado por coalizão de forças conservadoras contrariadas por momentânea perda do controle absoluto do poder e do patrimônio do Estado para uso e lucro próprio, ou para a colonização

levando em conta a determinação social da saúde. Beber água adequadamente é necessidade e direito nem sempre possível de assegurar, quando mais de 800 milhões de pessoas no mundo não têm acesso a água potável e 2,4 bilhões seguem sem saneamento básico, maior responsável pela contaminação das águas.

A intenção do ministro da Saúde, Ricardo Barros, de instituir planos de saúde mais "acessíveis" e "simplificar a regulação" da Agência Nacional de Saúde Suplementar, reduzindo coberturas, indignou entidades de saúde pública e de defesa do consumidor. Elas criticam a medida por beneficiar apenas as operadoras, além de não melhorar e ainda agravar a situação do SUS.

pelo capital externo. Hoje, como no passado, participaram estamentos do empresariado, dos três poderes da república e da entusiasmada e inescrupulosa mídia comercial, seguidos por milhares de famílias conservadoras nas ruas e redes sociais, num processo operado menos como um conluio de sujeitos do que como uma reação sistêmica e ideológica de classe contra avanços civilizacionais mínimos numa sociedade erigida sobre a desigualdade.

A julgar pelas mudanças já anunciadas pelo governo que assume, haverá menos saúde e menos democracia: perdas brutais de direitos dos trabalhadores, desmonte do SUS e da Seguridade Social, privatização do Estado, ultraliberalismo econômico e ultraconservadorismo político e social. Tende a crescer a repressão aos movimentos sociais, mas a bandeira síntese da luta de resistência contra o retrocesso já está nas ruas: nenhum direito a menos!

Rogério Lannes Rocha

Editor-chefe e coordenador do programa Radis

Expressões e Experiências

• Detector de mentiras 2

Editorial

• Brasil, 31 de agosto de 2016 3

Cartum

3

Voz do leitor

4

Súmula

5

Toques da Redação

9

Capa | Cuidados paliativos

• Proteção da vida 10
• Ao lado da dor do outro 14
• Entrevista — Maria Goretti Sales Maciel: Acolher o sofrimento 16
• Além da medicação 17



Memória

• A cidade que se queria negar 20

Saúde suplementar

• Plano (im)popular 24

Promoção da saúde

• Água de beber 27

Entrevista

• Rodrigo Borba: "É a transfobia que mata" 30

Crack

• Tabus sustentam estigmas 32

Serviço

34

Pós-Tudo

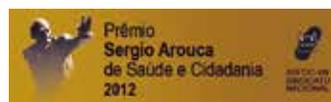
• Reforma tributária? Para fazer justiça fiscal, sim 35

Capa: Arte de Carolina Niemeyer sobre foto de Eduardo de Oliveira

CARTUM



RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN



Dengue



FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA

Exemplo louvável de Pedra Branca, no Ceará, (*Radis* 166) deveria ser copiado pelo país inteiro. Com atitudes simples e boa vontade, a dengue foi erradicada no município. Assim como gestores comprometidos e a participação da comunidade fizeram uma escola rural ter nota 8,9 de desempenho no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). A média nacional é de 4,2. É de boas práticas como essas que todos precisamos. Parabéns.

• Joelma Souza

R: Joelma, obrigado pela mensagem. É apontando as falhas e registrando os bons exemplos que fortalecemos a saúde pública e o SUS. Conte conosco!

Filas e prevenção



Sobre a extensa e necessária reportagem sobre filas (*Radis* 159). Só não existem filas para distribuição de renda, de benefícios, de privilégios; nem se pode dizer que a maior parte das filas citadas são para distribuição de saúde, uma vez que o nosso país anda bem adoentado. A melhor solução, para as filas e para a saúde, continua sendo o investimento na prevenção. Cada um, individualmente e em família, deve cultivar sua horta orgânica, suspensa ou não, seus canteiros com os variados temperos e ervas medicinais, e ir às feiras orgânicas, porque os produtos alimentícios livres de veneno são muito mais baratos que qualquer plano de saúde; assim como

um par de tênis de corrida ou caminhada e uma bicicleta saem mais em conta que a produção de gases tóxicos exalados pelas descargas dos veículos automotores (para não citar os outros gastos que estes veículos exigem). Um bom livro também desintoxica o cérebro sobrecarregado de informações manipuladoras proferidas pela mídia televisiva, e pode ser emprestado pela biblioteca próxima. Sugiro que a *Radis* aborde temas preventivos e gratuitos como as técnicas de yoga, os relacionamentos saudáveis, a boa leitura, os bons filmes e a vida frugal, com o objetivo de poupar a saúde da população. Muito obrigada a equipe pelo empenho em produzir um mundo melhor!

• Valéria Belmino, Teresópolis, RJ

R: Valéria, muito obrigado por suas dicas! *Radis* procura abordar a prevenção e a promoção à saúde em todas as suas edições. Um grande abraço!

Ensino médico

Sou estudante de medicina e conheci a *Radis* por meio de uma professora. Resolvi assinar e fiquei muito feliz ao receber um exemplar da revista. Parabéns aos responsáveis pela qualidade das informações e a imparcialidade, algo raro nos dias atuais. O conteúdo publicado tem contribuído para a ampliação dos conhecimentos gerais, sobretudo os relacionados à saúde pública brasileira. Sugiro aos amigos abordar a mercantilização do ensino médico no Brasil e a decadência da qualidade da formação dos médicos brasileiros. Os interesses financeiros se sobressaem a um ensino de qualidade e as instituições de ensino não se preocupam com tal, principalmente as universidades particulares. O assunto é de relevância nacional, já que está diretamente ligado à qualidade no serviço prestado na saúde e ao nítido despreparo de muitos profissionais atuantes no mercado de trabalho.

• Iago Costa, Ipatinga, MG

R: Iago, muito obrigado por seus elogios e sua sugestão. A formação profissional tem sido abordada em muitas edições da *Radis*. Enquanto não tratamos do enfoque que você aponta, confira o que já publicamos nas edições 125, 133 e 134, disponíveis em nosso site.

Chupeta, não!

Meus queridos colegas sanitaristas!!! Venho reclamar sobre a imagem utilizada para ilustrar a nota "Novas regras para pensão alimentícia" (*Radis* 163). Sou enfermeira, especialista em saúde pública e integrante da Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAM). A Rede foi criada há 40 anos por grupos de proteção ao consumidor, OMS e Unicef, com a finalidade de proteger a saúde de crianças e mães por intermédio da vigilância de práticas de marketing envolvendo produtos que competem com a amamentação — especialmente fórmulas infantis e leites em geral, mamadeiras e chupetas. *Radis*, que acompanho desde o "nascimento" e admiro demais, bem poderia dar o exemplo e banir imagens de chupetas e mamadeiras de seus arquivos. Desde a década de 80, a OMS vem alertando para o papel da chupeta no desmame precoce. Espero que este alerta surta efeito.

• Celina Valderez Feijó Kohler, São Francisco de Paula, RS

R: Alerta anotado, Celina! *Radis* apoia todas as iniciativas de incentivo à amamentação! Tomaremos cuidado para que tais imagens não sejam mais usadas em nossas edições. Um grande abraço!

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 Fabio Souto (mala direta)

Estágio Supervisionado Ludmila Moura da Silva (Jornalismo) e Juliana da Silva Machado (Administração)

Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cadastro)
Periodicidade mensal | Tiragem 94.700 exemplares | Impressão Rotaplan
Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) • Tel. (21) 3882-9118
E-mail radis@ensp.fiocruz.br
Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

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

R www.ensp.fiocruz.br/radis

f /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.



Polêmica leva saúde do homem à mídia

A repercussão de uma declaração do ministro da Saúde, Ricardo Barros, roubou a cena na imprensa nacional e por pouco não ofuscou os resultados de uma pesquisa divulgada no início de agosto (11/8) sobre a saúde dos homens no Brasil. Realizada pela ouvidoria da pasta com 6.141 homens cujas parceiras tiveram parto realizado no SUS, a pesquisa aponta que, desse total, 31% não têm o hábito de procurar serviços de saúde e buscar auxílio na prevenção de doenças. Para o Ministro, a explicação está no fato de que homens “trabalham mais do que as mulheres” e são “os provedores da maioria das famílias”, possuindo assim “menos tempo” para dedicar à saúde preventiva.

Realizada em 2015, a pesquisa foi lançada como parte do projeto “Pré-Natal do Parceiro”, que hoje funciona como piloto em alguns municípios e tem o objetivo de incentivar homens a fazer exames de prevenção ao acompanhar as mulheres aos postos de atendimento durante a gravidez. Entre as iniciativas, foi publicado um guia com informações sobre direito dos homens e das gestantes, a exemplo da lei 11.0108, que estabelece que todas elas têm direito a um acompanhante durante o trabalho de parto. “No momento em que eles (os homens) vão aos postos de

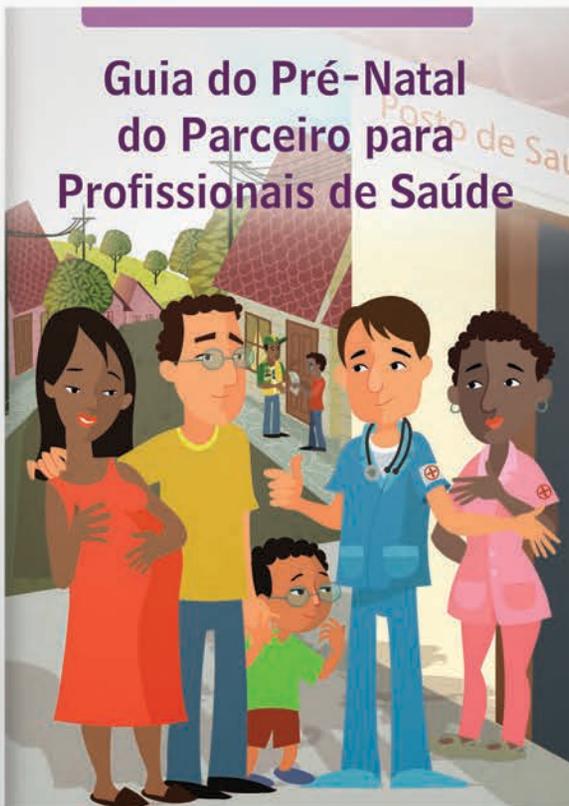
saúde acompanhar as mulheres no pré-natal, nós queremos capturá-los”, disse Ricardo Barros. “Normalmente, quando o atendimento familiar vai à casa das famílias, os homens estão fora trabalhando”, acrescentou.

As declarações repercutiram imediatamente na imprensa e nas redes sociais. Jornais apressaram-se em apontar dados que contrariam as afirmações do Ministro de que “homem procura menos o SUS porque trabalha mais”. O *Estado de São Paulo* (12/8) publicou dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontando que a jornada feminina é maior que a masculina. Em 2004, as mulheres trabalhavam quatro horas a mais por semana, quando são somadas a ocupação remunerada e tarefas dentro de casa. Uma década depois, a dupla jornada feminina passou a ter cinco horas a mais que a dos homens, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). “Já os homens viram a jornada fora de casa cair de 44 horas semanais para 41 horas e 36 minutos. Dentro de casa, permaneceu em 10 horas”, informou o jornal. A *Folha de S. Paulo* (12/8) destacou outros dados da Pnad, que mostram que, embora homens ainda respondam pela maioria dos lares

brasileiros, mulheres vêm ocupando cada vez mais esse papel. De 2004 a 2014, a quantidade de lares chefiados por mulheres aumentou 67%.

Nas redes sociais, até a filha do Ministro, a deputada estadual Maria Victoria Borghetti Barros (PP), deu um “puxão de orelhas” no pai. Em vídeo publicado na internet, ela reclamou: “Pai, logo o senhor, com duas mulheres como nós em casa, a vice-governadora do estado do Paraná, Cida Borghetti, e eu, deputada estadual? Trabalhamos tanto quanto o senhor”. O vídeo também repercutiu na imprensa. No final do dia, o Ministro se desculpou pelo episódio, como noticiou o portal da *Folha* (12/8). Ele disse que se referia ao número de homens no mercado de trabalho, “que ainda é maior”, e que apenas quis passar a mensagem de que os homens deveriam cuidar da saúde tanto quanto as mulheres.

Em nota, Barros justificou que sua afirmação usou como base o número de homens no mercado de trabalho, de acordo com a pesquisa Síntese de Indicadores Sociais do IBGE. Segundo a pesquisa, entre as pessoas de 16 anos ou mais ocupadas na semana de referência, 53,7 milhões são homens e 39,7 milhões, mulheres.



Fonte: Ministério da Saúde

OS NÚMEROS DA PESQUISA



dos homens brasileiros não têm o hábito de procurar serviços de saúde



alegam não precisar dos serviços de saúde



dos homens ouvidos pela pesquisa acompanharam as parceiras nas consultas de pré-natal,



disseram que o atendimento teve foco apenas nas orientações para a gestante



dos pais não realizaram NENHUM EXAME durante o pré-natal

Dieta do brasileiro sofre mudanças

Pesquisas revelam que o padrão alimentar de populações situadas em locais isolados na Amazônia, no Nordeste e no Centro-Oeste do Brasil e de comunidades de pescadores no litoral norte de São Paulo está cada vez mais semelhante ao de moradores de regiões urbanas do país, como divulgou o site da revista *Exame* (8/8). As constatações foram feitas por pesquisadores do Centro de Energia Nuclear na Agricultura (Cena) e da Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz (Esalq) da Universidade de São Paulo (USP), em colaboração com colegas das Universidades de Brasília (UnB), Federal do Acre (UFAC) e do Estado do Rio Grande do Norte (Uern), por meio de uma série de estudos realizados nos últimos anos.

A divulgação dos resultados no início de agosto mereceu pouca cobertura da imprensa mas pode indicar uma homogeneização do padrão alimentar no Brasil, como afirmou à Agência Fapesp (8/8) a professora da UnB e uma das autoras dos estudos, Gabriela Bielefeld Nardoto. “Apesar do isolamento, as populações rurais de diferentes regiões do Brasil têm aderido cada vez mais à ‘dieta de supermercado’, composta por alimentos processados e ultraprocessados”, disse a pesquisadora.

Em um dos estudos, os pesquisadores concluíram que alimentos industrializados, como enlatados e frangos congelados produzidos nas regiões Sul e Sudeste do país, passaram a integrar a dieta de comunidades ribeirinhas na Amazônia, antes composta principalmente por alimentos produzidos na região, a exemplo do peixe com farinha de mandioca. Na avaliação de Gabriela, essa homogeneização vem em razão de fatores como aumento da urbanização e melhoria das condições sociais — que têm levado a mudanças no estilo de vida e à substituição de alimentos produzidos localmente por itens processados.

Mas, segundo ela, isso tem causado uma simplificação das fontes alimentares e uma mudança de uma alimentação oriunda



de plantas do tipo fotossintético C3, como o arroz e o feijão, para C4 como o milho e a soja, presentes na ração de diversos animais, além da cana-de-açúcar. “Os alimentos C4 não fazem mal à saúde. O problema é como são processados, o que faz com que tenham alto teor de gordura, sal e açúcar e contribuam para o aumento da incidência de obesidade e de doenças cardiovasculares”, comentou a pesquisadora em matéria da Agência Fapesp (8/8).

Para ela, a perda da identidade alimentar pelas comunidades tradicionais também pode ter impactos na conservação ambiental. “À medida que essas comunidades perdem sua identidade alimentar, também acabam perdendo sua relação com a paisagem local. Se não precisam mais do peixe para se alimentar, o rio deixa de ser uma fonte alimentar e passa a ser somente um meio de transporte”.

Em outro estudo, quando analisada a mudança do padrão alimentar de comunidades remanescentes do quilombo Kalunga, situadas na Chapada dos Veadeiros, foi constatado que as comunidades que têm mais fácil acesso à estrada também já adotaram a “dieta do supermercado”. Já as comunidades que têm menor acesso à estrada e estão situadas em regiões de difícil acesso apresentam uma dieta mais baseada em alimentos produzidos regionalmente. “Essas comunidades foram as únicas dentre as que pesquisamos em que observamos essa continuação do padrão alimentar”, disse Nardoto (*Revista Exame*, 8/8).

Mcr-1, gene que deixa bactérias imbatíveis

A divulgação de um gene que deixa as bactérias imbatíveis alarmou a imprensa e também a comunidade científica no país. Identificado por pesquisadores do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo (USP), o gene mcr-1 é capaz de deixar bactérias resistentes a mais poderosa classe de antibióticos (Colistina), noticiou o jornal *O Globo* (13/8). A situação impressionou o pesquisador Nilton Lincopan “A aparição desse gene no Brasil pode contribuir para o surgimento de bactérias totalmente resistentes aos antibióticos, com risco de enfrentarmos uma situação similar ao que foi a era pré-antibiótica, quando doenças comuns, como uma infecção urinária ou um ferimento profundo na pele, levavam facilmente a óbito”, declarou ao jornal.

O gene, encontrado no país em cepas da bactéria *Escherichia coli* isoladas de animais de produção, já fez sua primeira vítima brasileira, em

um hospital no Rio Grande do Norte. A aparição do gene tanto em humanos quanto em animais levantou suspeitas de que exista uma cadeia de disseminação que resista à Colistina, resultado do uso de antibióticos no tratamento dos animais. A contaminação atingiria animais abatidos, alimentos derivados e o meio ambiente. O mcr-1, que já havia sido encontrado nos Estados Unidos e em países da Europa, Ásia e da África, pode ser transferido com facilidade para diversas espécies de bactérias, informou Lincopan, alertando que as bactérias hospitalares podem alinhar este gene a outros de resistência antibiótica, deixando a bactéria receptora resistente a praticamente todos os medicamentos. Ele descreveu a situação como “urgência epidemiológica” e um alerta para as implicações no agronegócio, visto que o país é um grande produtor e exportador de produtos de origem animal”.



Privatização do saneamento básico preocupa especialistas

Desde que o Secretário Nacional de Saneamento, Alceu Segamarchi Junior, afirmou em julho que a privatização do saneamento no país é “uma prioridade” do Ministério das Cidades, a discussão vem ocupando as páginas da imprensa nacional. Em agosto, durante entrevista coletiva (13/8), o secretário executivo do Programa de Parcerias de Investimentos (PPI) da Presidência, Moreira Franco, foi ainda mais direto ao anunciar que o governo do presidente interino Michel Temer pretende incentivar os estados a promover em parcerias com o setor privado a fim de ampliar as redes de tratamento e coleta de esgoto no país.

Moreira Franco afirmou que o setor de saneamento básico faz parte do programa de concessões e que o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) vai promover uma série de encontros com os governos estaduais para definir quais serão as melhores alternativas para a concessão do serviço ao setor privado, como publicou o *Jornal O Globo* (13/8). Dias depois, o *Valor Econômico* noticiou (21/8) que a diretoria do BNDES propôs um modelo para a companhia do Rio de Janeiro, a Cedae, e afirmou que a instituição vai oferecer financiamento em condições “excepcionais”, com taxas de juros menores e prazos maiores, para projetos de saneamento.

Defendida por entidades empresariais, as concessões e a privatização no setor de saneamento são vistas com parcimônia pelo professor da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pesquisador da Fiocruz Minas, Léo Heller. “Esse foi o modelo usado por vários países nas décadas de 80 e 90 e há hoje uma grande reflexão crítica que mostra que essa não é a solução para universalizar”, explicou ao *Valor Econômico* (22/8). Relator da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre água e saneamento, Léo é também um dos autores do estudo usado como base para o Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab). Para ele, a participação maior do capital privado no setor torna necessária uma regulação “fortíssima”, com bons contratos. Na falta desses componentes, ele diz, cresce a probabilidade de que as populações mais pobres acabem alijadas da prestação de serviços. “O que se observa hoje é uma tendência à ‘remunicipalização’ do saneamento, com cidades como Paris, Berlim e Buenos Aires reconduzindo o serviço às mãos do Estado”, ressaltou naquela edição do jornal paulista.

Em entrevista ao jornal *O Globo* (23/8), Léo foi ainda mais taxativo, ao sustentar que a privatização do saneamento “não é uma panaceia”. “Problemas ocorreram em diferentes graus em experiências fracassadas em várias partes do mundo, que geraram cancelamento ou

não renovação de contratos e a remunicipalização dos serviços”, disse. O especialista preferiu não fazer comentários específicos sobre o teor do projeto de parceria público-privada apresentado pelo BNDES ao governo do Rio. Mas reiterou que uma avaliação prévia das experiências internacionais deveria ser considerada antes que fosse proposta uma alteração tão profunda no modelo de prestação de serviços de saneamento.

O pesquisador da Fiocruz disse também que o marco normativo mais avançado para se pensar a prestação dos serviços de água e esgoto é o dos direitos humanos. “Este marco requer que os serviços sejam prestados com base na disponibilidade, no efetivo acesso aos serviços, na sua qualidade, na aceitabilidade das soluções e na acessibilidade financeira das populações mais pobres. Impõe ainda que não haja discriminação no acesso, ou seja, moradores de vilas e favelas ou da área rural devem ser beneficiados da mesma forma dos que vivem nas áreas convencionalmente urbanizadas. Sustenta também que deva haver o direito à participação e a responsabilidade na prestação de contas dos governos e prestadores de serviços à sociedade”. Ele lembrou que o Brasil votou favoravelmente a esses direitos nas Nações Unidas e que o governo brasileiro “tem a obrigação” de zelar por eles, mesmo que haja a delegação dos serviços.

Doença tropical no passado era coisa de quem morava no campo, do camponês, do ribeirinho. A população saiu das áreas periféricas e foi para a cidade e a doença a acompanhou. A malária por exemplo migrou para regiões onde não há saneamento básico, uma boa rede de atenção primária em saúde. Formam-se verdadeiros bolsões de pobreza reforçados pelas doenças. A gente costuma tratar a medicina tropical como um tema exclusivo do profissional de saúde, mas na realidade o que determina essas doenças hoje são questões sociais.



Do presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Marcus Vinícius Lacerda, pesquisador do Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane (Fiocruz Amazonas), durante o 52º Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (Medtrop), que aconteceu em Maceió, entre 21 e 24 de agosto. A cobertura completa do evento estará na *Radis 169*.



FOTO: GUTENBERG BRITO/IOCFIOCRUZ

Fiocruz anuncia vacina inédita contra esquistossomose

Em coletiva de imprensa no dia 26 de agosto, a Fiocruz anunciou que dará início aos estudos clínicos de Fase 2 da Sm14, a vacina brasileira contra esquistossomose. É a primeira vez que uma vacina parasitária produzida com tecnologia brasileira de última geração chega a essa fase da pesquisa clínica. A vacina é um dos projetos de pesquisa e desenvolvimento em saúde priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com objetivo de garantir o acesso da população dos países pobres a ferramentas de medicina coletiva com tecnologia de última geração.

Na primeira fase dos estudos clínicos, conduzida pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz), e cujos resultados publicados em janeiro de 2016 na revista científica internacional *Vaccine*, os pesquisadores já haviam comprovado um dos mecanismos específicos da resposta imune provocada pela Vacina Sm14: a ativação de anticorpos e da citocina Interferon-gama, que é produzida pelo organismo em resposta ao agente infeccioso. A partir de agora, os especialistas irão mapear os mecanismos que atuam para que a pessoa adquira proteção contra a doença.

Os estudos clínicos da Fase 2 etapa A serão realizados em parceria com a

organização de saúde africana Espoir pour la Santé em adultos moradores da região endêmica no Senegal, país atingido simultaneamente por duas espécies do parasito *Schistosoma*, causador da doença. Essa característica, que não existe em nenhuma região brasileira, é muito importante para que se possa verificar a segurança da Vacina Sm14 em relação a estes dois agentes. A área escolhida é hiperendêmica, ou seja, possui alta taxa de prevalência da doença e afeta a população de forma continuada. Nessa etapa, a segurança do produto será avaliada, bem como a sua capacidade de induzir imunidade nas pessoas vacinadas. Está prevista a participação de 350 voluntários. A conclusão e os resultados dos estudos estão previstos para 2017.

Uma das doenças parasitárias mais devastadoras socioeconomicamente, atrás apenas da malária, a esquistossomose infecta mais de 200 milhões de pessoas, de acordo com a OMS. Relacionada à precariedade de saneamento, a doença tem áreas endêmicas em mais de 70 países, onde 800 milhões de pessoas vivem sob risco de infecção, sobretudo na África. No Brasil, 19 estados apresentam casos, especialmente os da região Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo.

Três em cada dez planos de saúde não pagam dívida com o SUS

De acordo com notícia publicada pela *Folha de S.Paulo* (23/8), 30% das operadoras de planos de saúde não pagam ressarcimento ao SUS desde 2001. Segundo a reportagem, nem 1% do valor devido foi repassado à rede pública. O pagamento é previsto em lei para situações em que usuários de planos são atendidos pelo SUS. Os dados foram tabulados pela *Folha* a partir das planilhas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulador e responsável por exigir esse valor de volta ao SUS.

De acordo com a reportagem, desde o início do monitoramento até julho de 2016 foram cobrados das empresas R\$ 2,1 bilhões de ressarcimento ao SUS. Na prática, 40% desse valor não foi pago nem parcelado para recebimento futuro, o equivalente a R\$ 826 milhões. De 1.551 planos que receberam cobranças, 444 não pagaram nada ou pagaram menos de 1%. Lideram o ranking de operadoras com maiores débitos sem pagamento: Hapvida (R\$ 40 milhões); Central Nacional Unimed (R\$ 35 milhões) e Unimed BH (R\$ 24 milhões). Grupos de planos de saúde atribuem a falta de pagamento a uma discordância sobre quais procedimentos podem ser cobrados, quais deveriam ter sido feitos ou até mesmo em relação ao próprio processo de ressarcimento. Cerca de 80% dos atendimentos na rede pública foram alvo de contestação das operadoras. A notícia aponta ainda que, entre as estratégias para aumentar o ressarcimento, a ANS diz apostar na cobrança de juros, iniciada em 2015, no envio de notificações eletrônicas e na inclusão do índice de pagamento em avaliações de qualidade dos planos. **F**

RADIS ADVERTE

Em 34 anos, mais de 967 mil pessoas morreram vítimas de armas de fogo no Brasil

967
MIL
MORTES

85,8% das mortes foram homicídios

85,8
MIL
HOMICÍDIOS

Fonte: Mapa da Violência 2016. Disponível em www.mapadaviolencia.org.br

ARMA DE FOGO NÃO É SINÔNIMO DE SEGURANÇA



FOTO: TÂNIA REGO/ABR

No Rio de Janeiro, crianças e adultos oriundos de vários países se reúnem, na sede da Cáritas, para torcer na estreia dos judocas congolese Yolande Mabika e Popole Misengaue, integrantes da Equipe Olímpica de Atletas Refugiados, que ainda contava com dois nadadores sírios e mais seis corredores africanos — um da Etiópia, maratonista, e cinco do Sudão do Sul.

Armadilha na Vila

Quais os limites da ética jornalística? A atitude de Nico Hines, editor britânico do site The Daily Beast, provou que ainda há muito o que avançar, a depender da postura de alguns profissionais. No Rio de Janeiro para a cobertura das Olimpíadas, o jornalista teve a infeliz ideia de criar um perfil falso em um aplicativo de paquera voltado ao público LGBTQT e marcar encontros com alguns atletas estrangeiros, hospedados na cidade. O objetivo era exclusivamente atrair atletas gays — incluindo os que vivem em países onde a homossexualidade ainda é considerada crime — para depois expor seus perfis em uma reportagem que descreveu a Vila Olímpica como “viveiro de festa, pegação e sexo”. A reação imediata partiu do nadador Amini Fonua, de Tonga, país onde os homossexuais são violentamente criminalizados. “Vergonha deste lixo desumano que achou que seria divertido colocar em risco a vida dos atletas”, criticou em uma rede social. Após as críticas, o jornal retirou o conteúdo do ar e publicou um pedido de desculpas, como se invasão de privacidade e exposição pública não tivessem consequências graves para a saúde e a integridade de quem é vítima.

Invisibilidade

Causou polêmica o anúncio veiculado pela revista Vogue Brasil (24/8) com o objetivo de atrair público para as Paralimpíadas do Rio. Sob o título “Somos Todos Paralímpicos”, a campanha exibiu os atores Cleo Pires e Paulinho Vilhena “encarnando” os paratletas Bruna Alexandre, do tênis de mesa, e Renato Leite, do vôlei sentado. A reação nas redes sociais foi imediata: “Colocar a Cléo e o Paulinho como deficientes teria como propósito dar destaque a quem DE FATO é deficiente? Usassem os próprios atletas, eles são paralímpicos”, reclamou uma leitora. “Da próxima vez, se vocês forem fazer uma campanha contra o racismo, chamem famosos brancos e os maquiem com sombra de pele negra. Que campanha esdrúxula”, comentou outro.

Longevidade

Procurando qualidade de vida na aposentadoria? Considere a possibilidade de conhecer Veranópolis, nas serras gaúchas. Distante 170 quilômetros de Porto Alegre, a cidade, conhecida como “terra da longevidade”, é a primeira do país a entrar na lista oficial das 320 “amigas dos idosos”, da Organização Mundial da Saúde. Desde que se comprovou, há 22 anos, que o município tinha a maior expectativa de vida ao nascer (77 anos, uma década a mais que o resto do Brasil, na época), Veranópolis foi tema de 25 dissertações de mestrado, 11 teses de doutorado, 19 artigos científicos e mais de 50 trabalhos apresentados em congressos nacionais e internacionais. O segredo? Hábitos saudáveis e políticas públicas que garantem mobilidade, segurança, acesso aos serviços de saúde e ações de prevenção contra o abuso e a negligência, ensinam especialistas que atuam na cidade. 

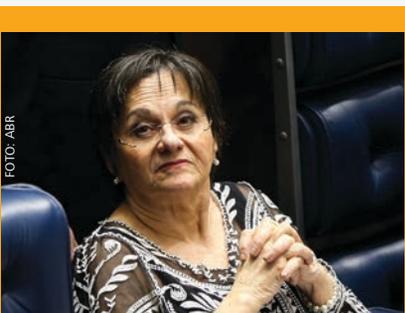


FOTO: ABR

A farmacêutica Maria da Penha Maia Fernandes participa de sessão solene no Congresso Nacional (17/8) pela passagem do 10º aniversário da Lei 11.340/2006, a lei batizada em seu nome que previne e pune casos de violência doméstica. Em 1982, Maria da Penha sofreu duas tentativas de assassinato por parte do então marido. Na primeira, depois de um tiro nas costas, ficou paraplégica.

Transserviços

Preconceito e exclusão impedem a inserção de transgêneros no mercado de trabalho formal. Estimativa da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra) dá conta de que 90% das mulheres transexuais conseguem trabalhar apenas com a prostituição, enquanto os homens estão sujeitos ao subemprego. Com o objetivo de aumentar as oportunidades desta população foi lançada a plataforma Transserviços, uma espécie de catálogo *online* onde empresas têm acesso a um cadastro de profissionais e serviços disponíveis para o trabalho. A plataforma pode ser acessada em www.transservicos.com.br.

Gentrificação oficial

Na coluna que escreve em O Globo, o jornalista Ancelmo Gois oficializou o processo de higienização e gentrificação da zona portuária do Rio de Janeiro, hoje conhecida como Boulevard Olímpico. O colunista destacou que, se em 2009 a região se apresentava como uma das mais carentes da cidade, “com 18,2% de pobres e famílias com renda per capita de até R\$ 206 por mês”, hoje ela é “o novo xodó dos cariocas”. Faltou o jornalista precisar que o “grande legado da Olimpíada”, para as famílias que ali viviam, foi sua expulsão para zonas periféricas da cidade. O que os olhos não vêem, os índices ignoram...

Proteção da VIDA

Abordagem propõe oferecer atenção integral às pessoas que sofrem com problemas crônicos ou estão próximas da morte

Liseane Morosini

O barulho da queda acordou Neiva Alves, no meio da noite. Depois disso, ela lembra que viu o marido, Antonio das Neves, caído no chão. “Ele não se move”, disse para a irmã, por telefone. De casa, ele foi levado para o pronto-socorro de Pedro Osório, cidade a 300 quilômetros de Porto Alegre, e depois removido para o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE-UFPel), distante 55 km de onde o casal mora. Os médicos diagnosticaram que ele sofreu um acidente vascular cerebral (AVC). E foi assim que, desde aquela noite de janeiro, as vidas de seu Antonio e dona Neiva mudaram — e nunca mais serão as mesmas. “Foi de repente”, contou, enquanto acompanhava o marido em um leito do hospital. “Daqui para frente, eu sei que vai ser sempre mais difícil. Mas hoje eu me sinto mais bem orientada e preparada para o que pode acontecer”, disse.

No início de maio, dona Neiva conversou com a *Radis* sobre o processo terminal de seu Antonio, com quem está casada há 44 anos. “Eu tinha 17 e ele 22 anos”, lembrou a cozinheira, que deixou o trabalho na Santa Casa de Misericórdia para acompanhar o marido quando ele adoeceu. Ele perdeu todos os movimentos, respira por uma pequena abertura na traqueia e se comunica com os olhos: para cima, é sim; para baixo, não. Trabalhador da construção civil, Antonio não vai

mais falar ou andar. Quando ele chegou ao hospital, dona Neiva só chorava; agora, ela fala sobre a situação do marido com mais naturalidade. “Eu agradeço às meninas que me ajudaram. Elas conversaram, apoiaram, explicaram o dia a dia da doença”, disse, ao falar do trabalho realizado pela equipe de Consultoria em Cuidados Paliativos que atua no HE-UFPel.

Cuidado paliativo é o nome da abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes com doenças que ameaçam a continuidade da vida, e apoiam parentes, como dona Neiva. “Paliar é aliviar o sofrimento do outro. Não há interrupção do cuidado mesmo nesses momentos”, explica Maria Goretti Sales Maciel, diretora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), a médica de família e sanitária lembra que esse tipo de cuidado era dirigido a pacientes com câncer, mas hoje também se volta para doenças crônicas como hipertensão, diabetes, insuficiência de órgãos, doenças neurológicas degenerativas, sequelas neurológicas, doenças genéticas na infância, doenças restritivas respiratórias e aids, entre outras. Em entrevista à *Radis* (ver na pág. 16), a médica afirmou que a abordagem é baseada na medicina centrada na pessoa. “Tentamos prover as necessidades de cada paciente, que vão além da doença que ameaça a sua vida. Nós olhamos mais a pessoa do que a doença e tudo o que se aproxima dela”, disse.

FOCO INTEGRAL

“Trazemos o olhar da integralidade”, frisa a médica Julieta Carrionde Fripp, diretora do HE-UFPel. Especialista em clínica médica e medicina intensiva, ela implementou o atendimento domiciliar para pacientes com câncer no Rio Grande do Sul e se prepara para inaugurar, ainda em 2016, um centro regional para esse tipo de assistência (ver matéria na pág. 17). Segundo ela, o cuidado paliativo não busca a cura, mas protege a vida humana enquanto ela existe. “Diante de um quadro irreversível, tomamos todas as medidas possíveis para que o paciente fique confortável

até o momento de sua morte”. Julieta ressalta que a conduta difere da prática de alguns profissionais, que investem em todas as medidas possíveis, sem se preocupar com o conforto de quem está sendo tratado. “O sentimento de não

fazer bem, e suficiente, é comum entre os profissionais de saúde. Muitas vezes eles usam medidas que não alteram o quadro da doença, levando a obstrução terapêutica [excesso de procedimentos que impõe sofrimento e dor]”. De acordo com ela, muitas terapias empregadas são ineficazes e apenas prolongam o processo de morrer.

Controle de sintomas, comunicação clara e objetiva, equipe multidisciplinar pautada em princípios da bioética, respeito à autonomia do paciente e medicina humanizada são valores que os profissionais que atuam com cuidados paliativos buscam trazer de volta. “Não é nada diferente do que devia ser praticado e do que foi praticado um dia. Quando houve a modernização da medicina, nós nos distanciamos de valores que precisam ser retomados”, avalia a médica clínica Germana Hunes Grassi Gomes, diretora da unidade de cuidados paliativos do Hospital do Câncer-IV, do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/HC-IV), no Rio de Janeiro. Para a oncologista Jurema Telles, coordenadora de oncologia de adulto do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip), no Recife, a luta é para que os cuidados paliativos sejam ofertados de forma precoce, a partir do diagnóstico — ou desde que a pessoa tenha um sofrimento de qualquer ordem. “Ele não é excludente. O que é mais moderno é oferecer a abordagem junto com as terapêuticas que são modificadoras da história da doença”, diz Jurema. Segundo ela, há estudos que comprovam que com essa associação o paciente vive mais e melhor.

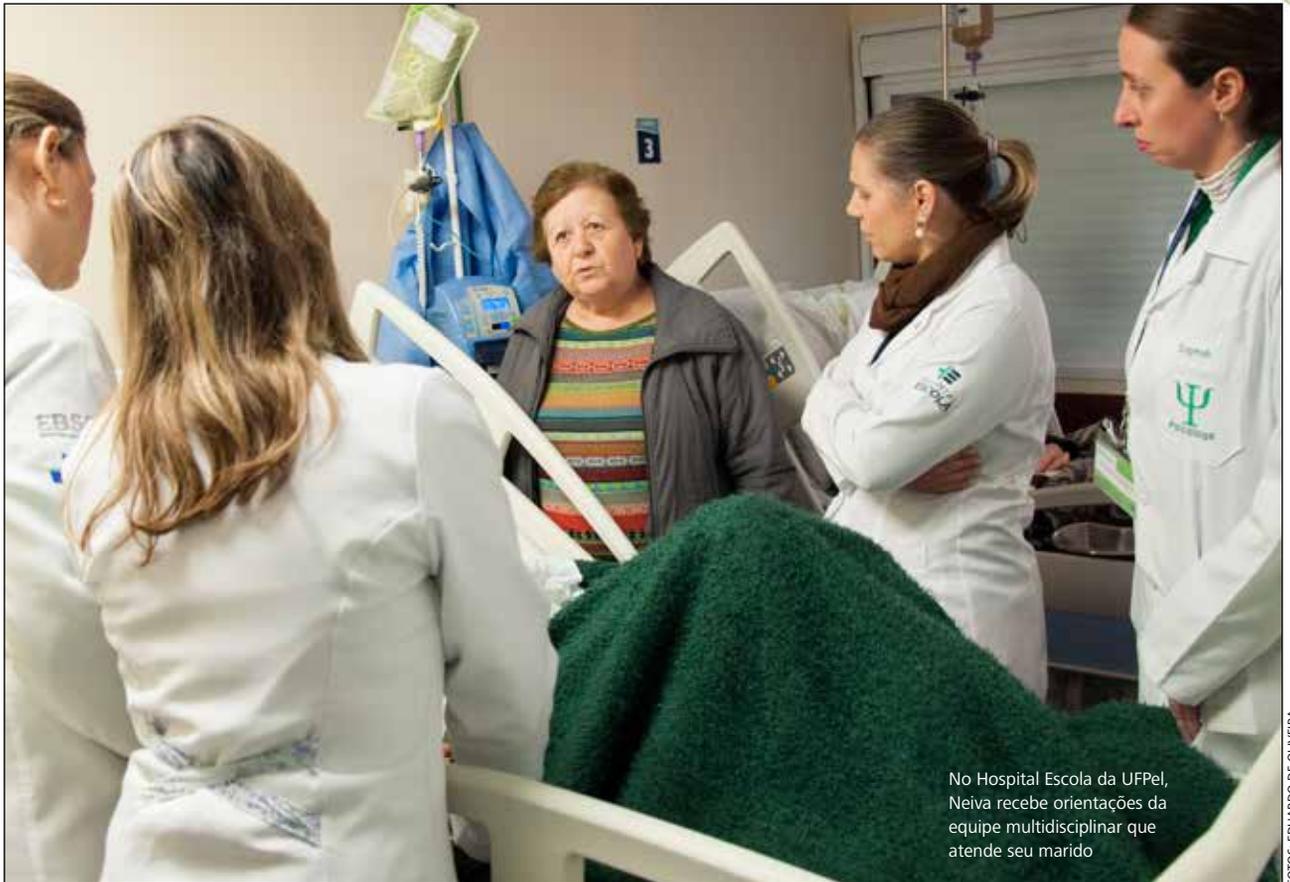
“Fazemos intervenções quando o paciente para de responder aos medicamentos habituais. Damos apenas o que ele necessita”

Dalva Matsumoto, coordenadora da Hospedaria de Cuidados Paliativos, em São Paulo



FOTO: EDSON HATAKEYAMA

A médica Dalva Matsumoto atende a paciente Gilberta, na Hospedaria de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Municipal de SP: ambiente terapêutico humanizado e respeito ao curso natural da vida



No Hospital Escola da UFPel, Neiva recebe orientações da equipe multidisciplinar que atende seu marido

FOTOS: EDUARDO DE OLIVEIRA

QUALIDADE DE VIDA

No Brasil, ainda há poucos serviços de cuidados paliativos e, talvez por isso, têm sido confundidas de forma equivocada com a prática da eutanásia [aceleração do processo natural da morte por meios artificiais] e da distanásia [prolongamento da vida por meios artificiais e procedimentos invasivos].

Em caso de doentes incuráveis, opta-se pela ortotanásia — o que significa respeitar o próprio curso da doença e da morte, como ensina a médica Dalva Yukie Matsumoto. Oncologista, Dalva é coordenadora da Hospedaria de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM), espaço inaugurado em 2004 para resgatar o domicílio como ambiente terapêutico. “Não é uma clínica e não há médico 24 horas”, explica a médica, que descreve o ambiente como “mais humano”: a casa, situada no bairro da Aclimação, tem dez leitos, salas, cozinha, banheiros, quartos, jardim e varandas. “Fazemos intervenções proporcionais, analisando o que é mais adequado para o paciente quando ele para de responder aos medicamentos habituais. Damos apenas o que ele necessita”, diz ela.

Também naquele espaço, morrer é um evento dramático, garante Dalva, que também integra o Instituto Paliar, organização que trabalha com ensino e consultoria em cuidados paliativos. “Não é porque a pessoa está sob cuidados paliativos que vai morrer de forma mais bonita ou mais leve. Já ouvi de familiares de pacientes que ‘foi terrível, foi assustador, mas que, quando aconteceu, não houve culpa ou medo’”, conta.

“Hoje eu me sinto bem mais orientada e preparada para o que pode acontecer”

Neiva Alves, acompanhante de um usuário de cuidados paliativos em Pelotas

A psicóloga Lúcia Araujo viveu essa experiência. Durante 42 dias, ela acompanhou a rotina de cuidados com o marido, que lutava contra o câncer. “Eles não deixam o paciente sentir dor e isso melhora todo o astral”. Lúcia lembra de música e de muita brincadeira. Foi ali, em janeiro de 2015, que ela e o marido comemoraram 49 anos de casados. “Com uma festa, claro”, relembra. Seu Luiz Aparecido faleceu em fevereiro de 2016.

A preparação para a perda não evitou a surpresa. “Eu sabia, mas a gente nunca acredita, faz de tudo para não acontecer”.

De acordo com a chefe de divisão de gestão do cuidado do He-UFPel, Isabel Arriera, o paciente que evolui para cuidado paliativo tem que ser apoiado. “Ele tem que sentir a segurança de que vai ter suporte, inclusive com o atendimento em casa”, explica. Segundo ela, depois que os sintomas físicos são tratados, emergem os não físicos, como ansiedade, depressão e falta de sentido diante da vida. Para ela, é importante que o desfecho possa se dar na residência, onde a família pode acompanhar o processo da doença.

No Brasil não há uma política pública que organize e padronize as ações de cuidados paliativos. No SUS, a abordagem é prevista nos serviços hospitalares, ambulatoriais e domiciliares voltados para pacientes oncológicos. Segundo informações do Ministério da Saúde, são ofertados atendimentos por meio da Atenção Básica e Especializada e do Programa Melhor em Casa, utilizando a estrutura de hospitais gerais, Centros e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon e Unacon), Unidades em Cuidados Prolongados e equipes de atenção domiciliar. Em nota, o ministério esclareceu à *Radis* que a Portaria 140/2014 define critérios sobre a atenção especializada

em oncologia e determina que os cuidados paliativos são obrigatórios e devem estar descritos em plano de cuidados registrado em prontuário. Além disso, de acordo com o ministério, há orientações nas portarias sobre a atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no SUS (e a organização das suas linhas de cuidado e atenção domiciliar) e na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. Também estão em elaboração, informa a nota, a Portaria Nacional de Cuidados Paliativos e protocolos para auxiliar profissionais de saúde no tratamento dos pacientes. Segundo o ministério, não há previsão de quando o protocolo seguirá para consulta pública.

A presidente da ANCP considera que houve avanços na legislação sobre cuidados paliativos, com a aprovação do artigo 41 do Código de Ética Médica, que desde 2009, permite que o médico suspenda procedimentos, e também com a publicação da Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que autoriza a ortotanásia. Contudo, identifica dificuldades na política de proteção ao doente. “O protocolo de cuidados está sendo discutido desde 2006 e não há ainda nada garantido”, informou. Para Goretti, há lacunas também na legislação federal e nos estados. Na Câmara dos Deputados, desde 2009 tramita o Projeto de Lei 6.715/2009 que regula a ortotanásia e visa dar mais segurança à prática médica. Em São Paulo, o PL 599/2014 instituiu a Rede de Cuidados Paliativos na Saúde Pública do estado, enquanto no Rio de Janeiro, o PL 3277/2014 — que criava o Programa Estadual de Cuidados Paliativos — foi aprovado pela assembleia e vetado pelo governador em exercício Francisco Dornelles.

Maria Goretti esclarece que a medicina paliativa é uma área que engloba nove especialidades (anestesiologia, cirurgia de cabeça e pescoço, geriatria, infectologia, neurologia, medicina

intensivista e de família, pediatria e cancerologia). Apesar de sua abrangência, há poucos cursos dedicados ao seu ensino e pesquisa: do e-MEC, cadastro de instituições e cursos de educação superior, constam 11 cursos de pós-graduação em todo o Brasil em cuidados paliativos. De acordo com o Ministério da Educação, embora não haja residência médica nesta área autorizada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), o tema pode ser abordado em disciplinas de pós-graduação de até 170 programas em cancerologia. Há, ainda, programas em funcionamento de residência para profissionais de saúde como os do IMIP e da Universidade de Pernambuco (UPE), no Recife, e na Universidade de São Paulo (USP), em São Paulo.

O fisioterapeuta Ernani Costa Mendes, que atua no Inca, acredita que, com o envelhecimento da população e o aumento de doenças crônicas nessa fase, há espaço para crescimento da área. “No Brasil, é preciso criar uma cultura de cuidados paliativos para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, incluindo o câncer”, diz. Ele concorda que há uma deficiência muito grande na formação profissional. Pesquisador colaborador do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS/Ensp/Fiocruz), Ernani é um dos coordenadores do curso de atualização da escola sobre cuidados paliativos. O curso é bianual e, desde 2011, formou mais de 400 profissionais de diferentes áreas em cuidados paliativos.

Testamento VITAL

O processo de terminalidade implica na reflexão de como se dará o fim da vida. Definir questões sobre a morte e o morrer são pontos que podem constar do Testamento Vital, que garante que a vontade do paciente seja cumprida pela equipe médica. Luciana Dadalto, administradora do site Testamento Vital, explica que é possível registrar no documento o não prolongamento da vida, a realização de procedimentos invasivos ou o uso de respiração artificial, por exemplo. “A pessoa também pode expressar onde deseja morrer e quem deve estar presente no momento de sua morte”, afirma a advogada. Luciana reforça que a vontade manifestada não poderá ser descumprida nem pelos parentes.

Andrey Guimarães Duarte, presidente do Colégio Notarial do Brasil, seção de São Paulo, diz que a diretiva respeita a autonomia e fornece dignidade à pessoa. Segundo ele, em 2006, houve 11 testamentos firmados no Brasil; em 2015 foram registrados 683 em 16 estados, a maior parte deles em São Paulo (574). “Eu noto que geralmente quem firma o testamento passou por um processo difícil de doença, com decisões difíceis de serem tomadas”, assegura. Chamou a atenção do tabelião o testamento feito por uma advogada, que no passado havia enfrentado a dolorosa decisão de desligar os aparelhos que mantinham seu pai vivo. Andrey conta que, mesmo estando saudável, ela fez um testamento muito minucioso detalhando todos os tratamentos fúteis que devem ser evitados em um processo de morrer motivado por alguma enfermidade. “Ela atuou de forma preventiva para evitar que outros familiares passassem pelo mesmo sofrimento que passou”, conta Andrey.





A relação entre o profissional de saúde e paciente deve ter como base a comunicação franca e honesta

Ao lado da dor do OUTRO

Um dos primeiros serviços de saúde a instituir os cuidados paliativos, o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) inaugurou uma unidade exclusiva para o serviço em 1998, o Hospital do Câncer IV (HC-IV), no bairro de Vila Isabel, no Rio de Janeiro. O objetivo é oferecer recursos terapêuticos que tornem a morte um evento menos doloroso, informa Germana Hunes, diretora do hospital. “Muitos familiares preferem que o paciente termine seus dias aqui no hospital”, diz. Além de área para internações, o hospital oferece ambulatorio e assistência domiciliar. Para acolher as pessoas fora de possibilidade terapêutica, investiu-se em humanização, que se reflete nas instalações e também em maior flexibilidade nas regras de uso dos espaços. Um exemplo dessa adaptação é a permissão que os usuários sejam acompanhados por pessoas de outro sexo — ao contrário do que acontece na maioria dos hospitais.

Além disso, a unidade oferece ginásio para prática de fisioterapia, uma sala para atendimento de parentes em cada andar, um espaço para trabalhos artesanais e música e também a Sala do Silêncio, destinada à meditação. Muita gente que passou por este refúgio, instalado na cobertura do prédio, registrou suas impressões em um livro de visitas. “O período que estive nessa instituição foi de grande valia para minha vida. Parabéns para toda equipe, pois cuidam com muita dedicação do próximo, independente de quem seja”, elogiou um usuário. “Nesta sala é como se eu estivesse limpando a minha alma e a de minha família”, escreveu outro. Segundo Germana, a equipe multiprofissional cuida, orienta, conforta e atende a pedidos variados. “Algumas pessoas querem reencontrar familiares; voltar a falar com quem não tinham contato. São vivências incríveis que temos aqui”, conta a diretora.

“Não é só trabalho, é também a nossa vida. Nós mudamos com a experiência de dor e sofrimento

do outro. Nosso trabalho é apoiar para que esse momento seja menos traumático”, completa a enfermeira Eliete Farias Azevedo, chefe da Divisão de Enfermagem do HC-IV. Para ela, a dor das famílias é maior quando têm que enfrentar o processo sozinhas. Por isso, salienta que a relação entre o profissional de saúde e paciente deve ter como base a comunicação franca e honesta. Eliete traz à tona o “senso de igualdade” previsto pela abordagem paliativista, que em muito difere da centralidade do médico como figura principal da relação profissional-usuário. “Sem distinção, todos estão empenhados no controle de sintomas e no bem estar do doente”, salienta. “Certo dia, a moça da limpeza viu um paciente passar muito mal enquanto estava no quarto. Foi ela quem nos alertou. Todos são importantes”, exemplificou.

OUTRAS EXPERIÊNCIAS

Na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, em São Paulo, o serviço de cuidados paliativos é coordenado pelo médico André Filipe Junqueira Santos, e atende em sua maioria casos de câncer e acidentes vasculares cerebrais (AVC). Em conversa com a *Radis*, o geriatra destacou que o serviço tem grande receptividade entre as outras equipes de saúde, revelando que os profissionais têm demandado o serviço para seus pacientes com maior antecedência que antes. Entre tantas medidas para humanizar o atendimento, ele relatou que o hospital facilita a entrada de parentes em casos de pacientes internados e que estão em fim de vida, e também informou que há uma equipe pronta para atender pacientes domiciliares.

Já no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCCF/ UFRJ), a Clínica da Dor e Cuidados Paliativos presta atendimento ambulatorial para pacientes oncológicos sem possibilidade de cura. “A função do hospital é dar suporte clínico e psicológico para os pacientes e seus familiares”, diz Ricardo Cunha, anestesista e coordenador do programa. Segundo Ricardo, o objetivo da equipe multiprofissional é garantir qualidade de vida e dignidade até o momento do falecimento do paciente. Com o tratamento, ele observa que há melhora e conforto em relação à dor e ao alívio de sintomas, como falta de ar e sono, relacionados à doença oncológica.

ESTAR JUNTO

“Estar ao Seu Lado” é o nome sugestivo de um projeto pioneiro que aplica os cuidados paliativos na atenção primária, no Rio Grande do Sul. Criado em 2014, na cidade de Rio Grande, o projeto oferece suporte, conforto e proteção, conta o médico Santiago Córrea, que criou o programa ao lado da enfermeira Carla Mazuko. Santiago defende que médico, enfermeiro e outros profissionais podem identificar nas unidades de saúde pessoas doentes com problemas instalados. “Não se pode esperar que a doença chegue na fase terminal, mais restrita ao domicílio, para cuidar de suas necessidades. Até lá o paciente já terá sofrido muito”, assume. Segundo ele, estudos internacionais indicam que cerca de 1% da população atendida pode estar se aproximando do seu último ano de vida ou estando nele e esses precisariam de cuidados paliativos. E é para eles que a página do projeto no Facebook levanta bandeiras como o uso seguro de opioides [analgésicos], como a morfina, como parte do arsenal para controlar a dor. “A morfina oferece mais qualidade de vida ao doente aliviando sua dor e assim, melhora suas condições de vida”, escreveu Santiago em um post. No Brasil, medicações que levam à analgesia adequada são de difícil acesso pelo excesso de burocracia. O médico diz que o cuidado paliativo é um direito de todo cidadão. “Falta uma política pública que veja essa pessoa doente como uma prioridade. Cuidado Paliativo é um cuidado pró-ativo. Toda essa espera por uma política específica gera

dor, sofrimento e angústia”, diz, cobrando o estabelecimento de pontos mínimos a serem praticados pelo setor Saúde. “Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina (CFM), especialistas em cuidados paliativos e medicina de família, assim como outros especialistas deveriam conversar o mais rápido possível para debater a situação”, recomenda.

O protocolo implantado em 2013 no Hospital Regional do Cariri, no Ceará, define que “terapias úteis” (controle rígido dos sintomas, como dor, cansaço, febre) sejam empregadas em lugar de “terapias fúteis” (coletas de exames laboratoriais, realização de procedimentos e diagnósticos invasivos), mas ainda há barreiras em sua aceitação. “O novo sempre é motivo de resistência”, observa Sue Ann Bezerra, médica evolucionista da Unidade de Cuidados Especiais. Esse “novo” fez a diferença para Cícera Gonçalves Justino que saiu de São Paulo para ver o pai, Pedro Justino Neto, internado no HRC devido a um AVC. Em depoimento por e-mail, Cícera diz que diante do quadro está “relativamente tranquila”. “A perda não é fácil para ninguém, mas saber que ele não está sentindo dor e está amparado por uma equipe me dá mais conforto. Eu classifico essa equipe com uma palavra: humana”. Os desejos do paciente são também realizados no Cariri. Integrante da equipe, a médica Patrícia Mauriz lembra o caso de uma paciente com câncer de colo de útero avançado que se casou em uma cerimônia religiosa no hospital. “A equipe médica deu o suporte clínico e emocional. Isso é cuidado paliativo, é ir além da medicação,” destacou a médica.

Desejos também são realizados no Imip, no Recife. Em outubro de 2010, o motorista Renato Ferreira estava em cuidado paliativo por conta de um câncer em estágio avançado. E foi no instituto que ele conseguiu concretizar um sonho em seus últimos dias ao casar com a namorada Daniela de Assis. Renato faleceu 15 dias após seu casamento e hoje dá nome à Caixa dos Desejos. E é a equipe de profissionais do hospital que realiza os sonhos de pacientes internados na Casa de Cuidados Paliativos, serviço exclusivo do instituto inaugurado em 2011.

Vida Decente

"Para mim cuidado paliativo foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida em questão de saúde.

Toda essa equipe se interessou por mim, coisa que em seis meses de doença comprovada eu não tinha ninguém interessado como eles: médicos, enfermeiros, assistente social e agente de saúde.

Eles me proporcionam uma vida decente e sem dor. Agradeço a eles infinitamente.

Diego"

Carta de Diego Viterbo, paciente do programa de cuidados paliativos Estar ao seu lado

ACOLHER o sofrimento

Aliviador o sofrimento é o que move a médica Maria Goretti Sales Maciel. Diretora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, que ajudou a criar, e presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), ela defende a valorização da atuação do paliativista. Médica de família por formação, Maria Goretti contou à *Radis* que é apaixonada pelo que faz e deu muitas dicas de como trabalhar no limiar da morte. “Acolher o sofrimento faz toda a diferença”, orienta, esclarecendo que, apesar de as equipes se dedicarem a casos graves, o cuidado paliativo torna o trabalho muito mais leve e prazeroso. E define: “Cuidado paliativo não significa deixar de fazer, significa fazer muito mais”.

No que o cuidado paliativo transforma a prática médica?

Se o médico só aprendeu uma conduta, vai fazer tudo desse jeito. Por exemplo, em uma insuficiência respiratória, o doente sofre muito com falta de ar e o profissional aprende que pode intubá-lo. Se ele tem o instrumental e a técnica para a intubação, é isso o que vai fazer. Mas há medicamentos e outros recursos que podem aliviar a falta de ar. Então, por que não usá-los? Por isso é que o cuidado paliativo exige técnica e treino. Além disso, é necessário ter preparo para entender que o sucesso é o bem-estar da pessoa em qualquer fase da doença, e diante de qualquer desfecho. Não necessariamente a cura do seu estado e nem ser hábil para usar todos os recursos disponíveis.

Como estabelecer uma abordagem mais ampla com um paciente sem chance de cura?

Se a missão é cuidar do paciente, é preciso ouvi-lo para compreender a sua história, a cultura e suas relações. Não podemos impor tranquilidade à família quando uma pessoa querida está morrendo. Mas faz uma diferença enorme quando o profissional acolhe o sofrimento. Nós temos que estar próximos para ajudar o paciente e dar suporte à família. A ideia é buscar um plano de ação em conjunto, que seja confortável para todo mundo.

Como é lidar profissionalmente com a morte?

Muito sofrido. Conhecemos pessoas incríveis e criamos vínculos com pessoas que vão morrer. Mas o sofrimento da equipe é minimizado quando a gente expressa os nossos sentimentos. Na hora que você admite que sofre, busca de imediato o seu recurso de enfrentamento. Uma equipe e o cuidador, mesmo que contratado, têm que fazer isso no cotidiano. É preciso se cuidar muito bem quando se atua nessa área. Mas quando o profissional se aproxima da pessoa doente, aprende que ela enfrenta melhor a dor do que ele mesmo. E percebe que o sofrimento é seu, não é dela, sabe?

Qual o papel da comunicação no exercício dos cuidados paliativos?

Ela é fundamental. O mais importante é ter um bom ouvido. Nós devemos nos preparar para ouvir e não atropelar o outro. Percebo que muitas vezes o médico acha que é entendido pela família,



FOTO: INSTITUTO PALIAR

mas não é. Precisamos aprender a ter uma linguagem clara para aquela pessoa com a qual conversamos e que devemos tentar conhecer um pouco antes de falar. Temos que ter o cuidado para não cometer alguns erros básicos, como o de minimizar o sofrimento do doente com jargões e superficialidades. Diante de quadros graves, não alimentar falsa esperança. Entendo que dá para ser positivo sem deixar de ser realista. E é um erro enorme tentar procedimentos que não vão resolver a situação da pessoa, apenas para poupá-la de uma conversa franca. O médico não precisa lembrar sempre para o paciente que a doença dele é grave, mas deve falar com naturalidade sobre suas necessidades e sobre o que podemos fazer para melhor atendê-las.

O que mudou em sua vida quando você abraçou o cuidado paliativo?

Eu tenho uma trajetória de medicina comunitária e sempre estive próxima do cuidado. Mas eu não tinha as ferramentas para ajudar os doentes graves. Eu ainda sofro com os doentes, mas sou feliz por ajudá-los. O cuidado paliativo tornou a minha vida profissional melhor. O sofrimento que o profissional de saúde testemunha cotidianamente tende a se tornar mais leve, fluido. E o trabalho fica mais prazeroso. Cuidado paliativo não significa deixar de fazer, significa fazer muito mais. É muito bonito poder fazer muito e além. A gente não protege a pessoa da morte, mas vai proteger do sofrimento. Tratar a dor de um paciente acamado faz enorme diferença não só na vida dele. (L.M.)

Leandrina Rodrigues, de 73 anos, recebe o carinho da filha Nilza Cavalheiro: apoio emocional extensivo aos parentes que se tornam cuidadores



Além da **MEDICAÇÃO**

Avan branca que leva a equipe de saúde se destaca na rua de chão batido, onde mora Ana Joaquina dos Santos Machado. Com pé diabético, dona Ana, de 83 anos, tem uma lesão que a impede de sair de casa. E é para isso que a equipe do programa chega a sua casa: eles analisam exames laboratoriais, a evolução de medicações, verificam sinais vitais, limpam o ferimento. Dona Ana conversa, ri um pouco, fala do filho Lourival Fernando, que mora com ela, recebe orientações e recomendações para caminhar mais. “Eu faço tudo direitinho”, diz à equipe. Como tem dificuldade para caminhar, agradece pela atenção. “É muito difícil buscar atendimento”, comenta.

O município de Pelotas, distante 260 quilômetros

de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, foi o primeiro do país a aderir ao Programa Melhor em Casa, política de atendimento domiciliar do Ministério da Saúde (MS), em 2012. O lema, “A segurança do hospital no conforto do lar” expressa seu objetivo. O atendimento acontece no sofá — como na casa de dona Ana —, na cozinha ou na cama de pessoas enfermas; os pacientes são atendidos, no ambiente em que estão, sem modificar sua rotina. “Os resultados são concretos”, comemora Julieta Carriconde Fripp, superintendente do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Para ela, o programa muda o modelo técnico-assistencial, já que evita a internação desnecessária, possibilita que o doente seja cuidado de forma mais próxima e usa de

forma mais eficaz o recurso da rede de saúde. “O trabalho é mais rotativo. E não é caro para o sistema. Basta a boa vontade dos gestores para que a política de atenção domiciliar seja implantada em todo o Brasil”, garante.

Em Pelotas, há seis equipes multiprofissionais do programa compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo. Pacientes que estão em cuidado paliativo, como João Antonio Coelho Vega, fazem parte do grupo atendido pelo programa. Depois de passar por algumas internações, ele está há um mês em casa e é examinado em seu quarto. “O atendimento dá segurança para a gente. Eu me sinto amparada”, diz Leila Porto Vega, que cuida do marido. Em casa também está Aura Moreira Soares, que tem úlcera varicosa [ferimento na pele], provocada por insuficiência vascular venosa. O atendimento é feito na cozinha, lugar onde dona Aura costuma ficar. A equipe limpa o ferimento na perna, renova o curativo, entrega medicamentos, pergunta pela família. A conversa rola solta. “As coisas vão aos poucos se alinhando de acordo com a família e o paciente”, descreve Emeli Santos, enfermeira que diz ter “se encontrado” no atendimento domiciliar.

As visitas do Melhor em Casa acontecem uma vez por semana. Médica da equipe, Rejane Brahm Araujo diz que a grande demanda impede que as Unidades Básicas de Saúde façam esse atendimento específico. “O Melhor em Casa surgiu para auxiliar as equipes de saúde com atendimento paliativo. A UBS está mais centrada na prevenção. Melhor em Casa atende pacientes que já tem complicações. Esse atendimento é fundamental”, avalia.

O programa é flexível diante de casos mais graves. Com câncer, João Cavalheiro é bastante visitado pela equipe. “Eu estou fraco. Não tenho nem condições de estar em um pronto-socorro. Sigo direitinho a prescrição”, diz. A esposa Argênia dos Santos Cavalheiro concorda com o marido e elogia o trabalho da equipe. “Faz 100% de diferença. Não é que eles não atendam bem no pronto-socorro... Fiz até amizade com algumas delas, são uns amores”, diz ela. Há 37 anos casada com seu João, é ela quem aplica a morfina no marido, de quatro em quatro horas. Na falta de um coletor de resíduos, dona Argênia improvisa: as agulhas usadas são colocadas em uma garrafa pet disposta na mesa da cozinha. “Tive que inventar essa saída”, sorri.

Em virtude de seu quadro, seu João aguardava, no momento em que recebeu a visita da equipe da *Radis*, para ser integrado ao Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI), do HE-UFPel. Voltado para pessoas com câncer, o PIDI faz visitas diárias. “Eu costumo dizer que nós surfamos num mesmo leito. É o paciente que precisa de um cuidado maior, depois é estabilizado, depois requer novo cuidado”, comenta Julieta. Desde que foi criado, em 2005, o programa atendeu mais de mil pacientes. Há duas equipes atendendo 20 pessoas. A massoterapeuta Angela Maria Bergmann Brandt, que descobriu a doença em novembro de 2015, é uma delas. Depois de um período internada, ela voltou para casa um dia depois do Natal daquele ano, e viu que seria difícil seguir o tratamento. “Eu tinha muita dor. Não podia comprar a morfina, já que cada caixa saía por R\$ 207. Passei a tomar duas doses em vez de três”, conta.

Em março, Angela ingressou no PIDI. “Antes eu estava imóvel. Agora, eu posso fazer as coisas de casa e me cuidar mais”, diz. A irmã Mariland Brandt Fernandes é quem cuida de Angela e seus filhos: Manuela, com 2 anos, e Arthur, com sete. Para todos, a equipe dá o que Angela revela ser mais importante: atenção. Apesar da condição, ela diz que está bem. “Fiz exames,

deu tudo certo. Só quero saber o necessário. Para que eu vou me martirizar? Quero me sentir bem. Eu não vou morrer, vou ficar boa”, diz. E comenta, olhando para a equipe: “Eles são uns anjos que nos ajudam”.

No carro, Samanta Bastos Maagh assegura que o controle dos sintomas dá qualidade de vida à Angela. “Melhora a dor, náusea e constipação”, diz. Na equipe do PIDI desde março, a enfermeira, mãe de uma menina de nove meses, não esconde a emoção. “Ela estava de bengala. É difícil de lidar. A gente acaba se enxergando muito na outra pessoa”, assume. Felipe da Silva Dornelles, técnico de Enfermagem, fala que o atendimento melhora também a qualidade de morte. “A gente acompanha bem de perto. Os pacientes que eu vi ir a óbito foram adormecendo. Não houve sofrimento”, conta Felipe. Para eles, o retorno é grande. “É gratificante ouvir que somos anjos. É bom ver Angela em atividade e saber que a gente contribuiu para isso”, resume Maria Inês Ramos Maciel, técnica de Enfermagem que traz do trabalho um retorno para a própria vida. “Lidamos tanto com o sofrimento do outro que começamos a encarar as questões pessoais de outra forma”, diz.

As visitas animam, quebram uma rotina dolorosa. É o que garante Nilza Alves Cavalheiro que cuida da mãe em sua casa. Dona Leandrina Alves Rodrigues, de 73 anos, tem câncer e Nilza, que deixou o trabalho para cuidar dela, afirma ter certeza que, não fosse o PIDI, a mãe estaria internada em um leito hospitalar. “O pessoal dá um atendimento mil. Minha mãe era ativa e trabalhava com reciclagem. Vê-la em uma cama me desestruturou”, diz Nilza, que sabe da extensão do quadro grave enfrentado por dona Leandrina. “A psicóloga apoia muito a gente. Mas não estou preparada. Ainda é muito difícil eu me ver sem a minha mãe”, assume.

À toda essa atenção é somado o apoio espiritual e coletivo. Há oito anos o pastor Adelar Munieweg, reverendo da igreja luterana, é voluntário no programa e sua missão é dar tranquilidade a pessoa que está enferma e aos profissionais. “A proposta é cuidar da essência invisível do ser humano que é a espiritualidade”, explica. Além de visitar doentes em hospitais, ele acompanha equipes do programa uma vez por semana, e já prepara o pastor Jones Rubira para dividir com ele o atendimento. “A proximidade é um ponto muito positivo. Há um cuidado mais humanizado. Indo até o domicílio, a equipe cria mais vínculos com a família”, comenta.

Além disso, ele observa que nas casas são evidenciadas dores nem sempre percebidas no corre-corre do hospital. Segundo ele, a equipe muitas vezes se desestabiliza e necessita desse suporte. “É difícil lidar todo dia com dor e sofrimento. O nível de estresse que existe entre os profissionais da saúde é elevado”. Em Pelotas há, ainda, reuniões de grupo de cuidadores e de enlutados que tratam de temas como cuidado em geral e o papel do cuidador no domicílio, sobrecarga do cuidador, finitude da vida e situações que envolvem a fase do luto.

REDE COMPLETA

Além de leitos de internação, ambulatório multiprofissional, atenção domiciliar e equipe de consultoria hospitalar, um centro regional de cuidados paliativos — Hospice [pronuncia-se “róspice”] —, previsto para dezembro de 2016, vai integrar o ciclo da abordagem do cuidado paliativo em Pelotas. Julieta informa que o hospice terá cerca de mil metros quadrados. Haverá 16 leitos de internação, área de convivência de pacientes e familiares, salas de procedimentos e ambulatório interdisciplinar. “Vamos nos empenhar para zerar a chamada dor total, que é física, emocional, social e espiritual, dos nossos usuários”, comenta Julieta. “Queremos ser



Angela Maria Brandt descobriu o câncer em 2015 e conta com a ajuda de uma equipe para monitorar exames e controlar sintomas

um centro de referência para formação de pessoas vinculadas à área de saúde, inclusive para países do Mercosul”, completa Isabel Arriera, chefe de divisão de gestão do cuidado.

A consultoria em cuidados paliativo do HE-UFPel foi implantada em outubro e, de acordo com Julieta, também faz educação permanente. “Os pacientes seguem com a sua equipe assistencial de origem e tendo a atenção da consultoria. Não quisemos colocar uma enfermagem exclusiva para cuidado paliativo no hospital, para não separar os pacientes. Acreditamos que esses profissionais têm que alinhar o discurso”, comentou. De acordo com Isabel, a consultoria ajudou a diminuir a sobrecarga de decisões tomadas por profissionais de saúde, familiares e o próprio paciente no decorrer do tratamento.

Frente à fragilidade de um paciente com uma doença incurável, crônica e progressiva, muitas famílias resistem em revelar a verdade ao paciente, relata Daynah Giaretton, que integra a equipe de consultoria. Segundo a psicóloga, conversas no corredor ajudam a estreitar a relação com a família. “É ali que a gente passa a conhecer melhor quem está deitado no leito”. É nesse momento que para ela sobressai a abordagem positiva e ativa do cuidado paliativo. “Trabalhamos na iminência da morte e a gente chega falando de qualidade de vida em meio ao turbilhão de medo, tristeza e raiva.

Falamos sobre a possibilidade de resgate e de controle de sintomas para que a pessoa viva melhor o tempo que for”, assegura.

FORMAÇÃO

Vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), o HE-UFPel investe também em ações de formação de seus estudantes na área. Segundo Julieta, futuramente a disciplina de cuidado paliativo deve ser obrigatória e ligada ao departamento de clínica médica da Faculdade de Medicina da universidade. Além disso, em 2014 foi criada a Liga Acadêmica Interdisciplinar de Cuidados Paliativos. A Liga tem à frente os acadêmicos de medicina Alessandra Arasaki e Eduardo Arbildi e é integrada por 25 estudantes. “Promovemos aulas e seminários; fazemos campanhas de conscientização pública para explicar o que é o cuidado paliativo e a importância de conversarmos sobre a morte”, diz Alessandra. Em 11 de outubro de 2015, data em que se comemora o Dia Mundial de Cuidados Paliativos, os estudantes ocuparam o centro comercial de Pelotas para falar sobre temas referentes à abordagem e, segundo eles, mostrar à população que a morte é um processo natural e não uma etapa da vida para se lutar contra. (L.M.)

Uma câmera, uma cidade, um olhar estrangeiro. A exposição *O Rio que se queria negar*: as favelas do Rio de Janeiro no acervo de Anthony Leeds, em cartaz até 1º de outubro no Museu da Vida, na Fiocruz, no Rio de Janeiro, revela cenas do cotidiano de comunidades cariocas, nos anos 1960. A partir do acervo fotográfico do antropólogo norte-americano, cedido à Casa de Oswaldo Cruz (COC) por sua viúva,

A CIDADE QUE SE

a cientista política Elizabeth Leeds, a exposição também exhibe registros raros de remoções em zonas nobres da cidade. O testemunho visual de Leeds, que viveu nas favelas do Tuiuti e do Jacarezinho, vai além do registro factual, desvela dinâmicas internas e denuncia algo que se acentuaria ao longo dos anos: a negação radical das comunidades que vivem à margem dos cartões postais cariocas. Saiba mais sobre a exposição em <http://goo.gl/8LUo8j>.



QUERIA NEGAR



1 Leeds mostra, em 1966, as moradias deixadas para trás por moradores da favela Macedo Sobrinho, próxima ao bairro do Humaitá, na zona sul carioca, removidos para áreas periféricas da cidade

2 O antropólogo registra, no mesmo ano, Maria José e uma criança, moradores da Favela do Urubu, na zona norte da cidade, também em 1966

3 Em 1968, moradoras do Parque Proletário da Gávea são fotografadas na comunidade, hoje zona nobre do Rio

4 O olhar de Leeds também registrou, em 1966, imagens das construções populares na Cidade de Deus, conjunto habitacional construído para receber moradores removidos de outras regiões da cidade





Entidades se unem contra proposta do Ministério para diminuir cobertura dos planos de saúde

Bruno Dominguez

Primero, veio a ideia: o ministro da Saúde do governo interino de Michel Temer, Ricardo Barros, anunciou a intenção de autorizar a venda de “planos de saúde populares”, com cobertura inferior à mínima estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Depois, veio a decisão: em 5 de agosto, foi publicada no Diário Oficial da União portaria do Ministério da Saúde que instaura um grupo de trabalho para discutir o projeto de “plano de saúde acessível”.

A premissa seria aliviar os gastos com o financiamento do Sistema Único de Saúde, nas palavras do ministro: “Queremos mais recursos e, como estamos nessa crise fiscal, se tivermos planos acessíveis com modelos de que a sociedade deseje participar, teremos R\$ 20 bilhões ou R\$ 30 bilhões a mais de recursos que serão colocados para atendimento de saúde. Isso vai aliviar nosso sistema, que está congestionado”.

A medida conseguiu o feito de unir entidades da Saúde e do direito do consumidor que nem sempre estão do mesmo lado: da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) ao Conselho Federal de Medicina (CFM), todas as organizações do setor se posicionaram contrárias à revisão do Rol

de Procedimentos e Eventos em Saúde. A exceção foram as corporações que representam os interesses das seguradoras.

Ronald Ferreira dos Santos, presidente do Conselho Nacional de Saúde, órgão que não foi consultado ou convidado a integrar o GT, rechaçou o argumento de que planos de saúde populares podem aliviar o subfinanciamento da saúde pública. “Temos de alocar mais recursos e garantir o preceito constitucional da responsabilidade do Estado com o direito à saúde, bem como da universalidade, gratuidade e integralidade do SUS”, comentou ele à *Radis*.

FORA DA ÁREA DE COBERTURA

A Abrasco e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) anunciaram que pretendem mover ações judiciais caso o governo federal autorize a venda de planos de saúde de cobertura reduzida ou segmentada. Em nota conjunta, afirmaram que o ministro desconhece a triste realidade dos usuários de planos de saúde, em especial daqueles que adquirem planos “falsos coletivos”, os de menor preço e de rede credenciada restrita.

“Os planos de saúde já cometem muitos abusos: negações e exclusões de cobertura, barreiras

FORA DA ÁREA DE COBERTURA | ACESSO NEGADO



de acesso para idosos e doentes crônicos, reajustes proibitivos e rescisões unilaterais de contratos, demora no atendimento, número de médicos, hospitais e laboratórios incompatíveis com as demandas dos usuários, baixa qualidade assistencial e conflitos na relação entre planos e prestadores de serviços. Os planos populares, de qualidade inferior, irão agravar essa situação”.

O estudo “Judicialização da saúde suplementar”, coordenado pelo professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP Mário Scheffer reforça o posicionamento de Abrasco e Idec. Dados preliminares da nova fase da pesquisa, aos quais *Radis* teve acesso, indicam que entre 2010 e 2015 o número de ações judiciais contra planos de saúde cresceram aproximadamente cinco vezes no estado de São Paulo. Em 2010, foram julgadas 2.294 ações, enquanto que, em 2015, foram julgadas 11.480. No mesmo período, o número de clientes de planos de saúde no estado passou de 17.379.121 para 18.337.165. Ou seja, as ações aumentaram em velocidade muito maior do que a da população usuária de planos de saúde.

BARATO QUE SAI CARO

“Planos baratos, populares ou acessíveis,

chame como quiser chamar, já existem no mercado e são uma tragédia”, comenta o pesquisador. Scheffer se refere especialmente aos planos ambulatoriais, permitidos por lei, que oferecem apenas a possibilidade de realizar consultas e exames e por isso são mais baratos. Hoje, eles representam apenas 4% dos 50,3 milhões de consumidores em planos de assistência médica. “Esse tipo de plano não pegou. A população sabe que é um engodo, que vai permitir acesso a consultas e exames simples, mas não vai prover cuidado no caso de problemas mais graves, como internações”.

Outra maneira de se pagar menos é aderir a planos “falsos coletivos”, uma brecha encontrada para driblar a regulação: como os planos coletivos (aqueles oferecidos pelos empregadores a seus funcionários) podem ter por lei reajuste mais alto do que os dos planos individuais, as seguradoras criam obstáculos à adesão aos planos individuais e agregam um número reduzido de participantes — integrantes de uma mesma família, amigos ou pessoas que sequer se conhecem — em associações de poucas dezenas de pessoas. “Esses planos também são armadilhas para quem compra”, observa Scheffer. “São convidativos no preço, mas se revelam uma arapuca, porque basta uma pessoa ficar doente que a seguradora propõe ajustes absurdos”.

A característica desses planos, indica o pesquisador, é ter uma rede credenciada muito ruim: um hospital, um laboratório, poucos médicos. “Pela incapacidade da rede, esses planos vão excluir e os clientes vão ter que procurar a Justiça”. Em análise de uma amostra de 4.059 decisões, proferidas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, nos anos de 2013 e 2014, Scheffer concluiu que o principal tema de reclamação (47,67%) era a exclusão de cobertura — cirurgia, tratamento para câncer, internação, órtese e prótese, medicamento, exame, materiais necessários a cirurgia, *home care*, internação em UTI, fisioterapia, hemodiálise, honorários da equipe médica e consulta médica.

O QUE MENOS?

Se planos acessíveis já existem, o que estaria por vir? Por enquanto, pouco ou nada se sabe, de fato, sobre o conteúdo da proposta. Frases do ministro, porém, dão indícios do que esperar: “Precisamos criar um mecanismo que possa simplificar a regulação para permitir que a oferta de serviço à população seja mais ampla. As pessoas aderem ou não, livremente. Ninguém é obrigado, e quem não está satisfeito não precisa continuar pagando o plano de saúde”.

“Simplificar a regulação” seria diminuir o número de procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Essa cobertura mínima obrigatória é válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e é revista a cada dois anos. O primeiro foi definido pela Resolução de Conselho de Saúde Suplementar em 1998. Este ano, o rol já foi atualizado, com a inclusão de 21 novos procedimentos, entre eles exames laboratoriais, um medicamento oral para tratamento de câncer em casa e a ampliação do número de consultas com fonoaudiólogo, nutricionistas, fisioterapeutas e psicoterapeutas.

Segundo a ANS, o processo de revisão do rol conta com a constituição de um grupo técnico composto por representantes de entidades de defesa do consumidor, de operadoras de planos de saúde, de profissionais de saúde que atuam nos planos de saúde e de técnicos da agência. O grupo reúne-se para construir uma proposta que, posteriormente, é submetida à avaliação da sociedade por meio de consulta pública.

A portaria que institui o Grupo de Trabalho para Discussão e Elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível diz apenas que compete ao GT realizar estudos e elaborar documentos técnicos para a qualificação de Projeto de Plano de Saúde Acessível; realizar estudos de impacto financeiro de sua implantação; e apresentar proposta, em um prazo máximo de 60 dias, considerando os resultados dos estudos e discussão. Entre os integrantes, estão representantes do Ministério da Saúde, da ANS e da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG).

A Proteste, associação que atua na defesa do consumidor, criticou publicamente a decisão de se

formar um grupo apenas com membros do governo e de operadoras de planos de saúde, sem que houvesse representantes dos usuários, e enviou ofício à Presidência, ao Ministério da Saúde e à Casa Civil pedindo sua inclusão no grupo. “Uma decisão dessa magnitude não pode ser tomada sem se ouvir o consumidor, comenta a coordenadora institucional do Proteste, Maria Inês Dolci, à *Radis*.

Para ela, há risco de retrocesso com a redução da cobertura mínima obrigatória. “A Lei nº 9.656, de 1998, conseguiu diminuir as queixas em relação a reajustes abusivos e a exclusão de cobertura”, avalia Maria Inês. “Em um primeiro momento, pode parecer que os planos acessíveis vão desafogar o SUS. Mas, em um segundo momento, será possível perceber um gargalo: a exclusão de cobertura vai levar as pessoas de volta para o sistema público”.

QUEM GANHA

A Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Assetans) também reforçou os avanços das Leis nº 9.656/98 e 9.961/2000 e se mostrou contrária à proposta do governo, afirmando que “certamente só beneficiará as operadoras, dada a redução da cobertura assistencial exigida pela ANS”. “Um produto de menor preço corresponderá a uma entrega menor — quer seja na quantidade, quer seja na qualidade, direcionando para o SUS os procedimentos de média e alta complexidade, de custos mais elevados”.

Segundo a entidade, a venda de “planos populares” traz a falsa impressão à população de que o acesso à saúde será facilitado, quando, em realidade, “sua cobertura excluirá a população vulnerável, integrada sobretudo por doentes crônicos e idosos, por se limitar a consultas e exames de menor complexidade”.

Nota do Conselho Federal de Medicina também aponta que, se implementada, a proposta do governo interino não deve favorecer a inclusão de doentes crônicos e idosos, resultando em planos limitados a consultas ambulatoriais e a exames subsidiários de menor complexidade, que não trarão solução para os problemas do SUS, não evitarão a procura pela rede pública e não terão impacto no financiamento do sistema. Para o CFM, “a autorização da venda de ‘planos populares’ apenas beneficiará os empresários da saúde suplementar, setor que movimentou, em 2015 e em 2016, em torno de R\$ 180 bilhões”.

“É um plano para salvar os planos”, afirma Ronald Ferreira dos Santos. “O raciocínio embutido na proposta e expresso pelo ministro é o de diminuir os gastos públicos em saúde e aumentar os gastos das famílias. O governo está indo no bolso da população”. Abrasco e Idec reforçam que nenhum sistema público universal, em nenhum país do mundo, adota “planos populares” privados como alternativa para a organização da assistência à saúde e prevê que, se concretizada, a medida, juntamente com a redução e desvinculação do financiamento público, poderá inviabilizar o Sistema Único de Saúde e o direito à saúde — inscritos na Constituição Federal. 



ÁGUA DE BEBER

SÉRIE DA RADIS ABORDA QUESTÕES DETERMINANTES PARA A QUALIDADE DE VIDA. NA ESTREIA, A IMPORTÂNCIA DO CONSUMO DE ÁGUA POTÁVEL PARA O ORGANISMO

Luiz Felipe Stevanim

Adona de casa Geni Ferreira, de 56 anos, costuma sempre lembrar os filhos de que eles ainda não beberam água naquele dia. O hábito de tomar um copo de água a cada hora veio depois que ela descobriu cálculos e infecções nos dois rins e precisou passar por uma cirurgia. “Desde então, eu me condicionei a tomar um copo d’água a cada hora, o que dá uns dois litros e meio por dia”, ela conta, dizendo que se sente melhor sempre que acorda e toma um copo em jejum. Geni não está enganada. A água é um nutriente essencial para as funções vitais do corpo, como a digestão, a circulação e a eliminação de impurezas, através do suor e da urina — basta lembrar que entre 50% e 70% da massa corporal é composta de água.

O que para Geni é o “milagre da água” para os nutricionistas é a função essencial deste líquido que auxilia desde a hidratação da pele até a atividade cerebral. “A gente precisa do líquido no nosso metabolismo o tempo inteiro: na salivação, nas

lágrimas, na pele e até no cabelo”, explica Maria Valéria Fontoura, nutricionista do Hospital Federal Cardoso Fontes, na zona oeste do Rio de Janeiro. Segundo ela, consumir água em condições e quantidades adequadas é essencial para manter o corpo hidratado e o bom funcionamento dos órgãos. O líquido também auxilia no transporte de nutrientes para as células, na atividade cerebral e no equilíbrio da temperatura do corpo.

Quando a água não é ingerida em quantidades suficientes para o corpo, os sinais não tardam a aparecer, esclarece a nutricionista, que costuma orientar seus pacientes sobre o assunto durante as consultas nutricionais. “É preciso prestar atenção em sinais como constipação intestinal [“prisão de ventre”], pele ressecada, falta de salivação para mastigar e até queda de cabelo”, relata. Ela também destaca que a água é um nutriente decisivo na digestão. Os rins também precisam do líquido para filtrar as impurezas do sangue: a urina, formada por cerca de 95% de água, leva embora os resíduos que o organismo deve eliminar.

JÁ BEBEU ÁGUA, MEU FILHO?

Segundo a médica nutróloga Sandra Lúcia Fernandes, da Associação Brasileira de Nutrologia (Abran), o consumo de água pode ajudar na prevenção de infecções urinárias e cálculos renais. Mas existe uma quantidade ideal para se beber? De acordo com a médica, a quantidade indicada para adultos é de 30 a 35 mililitros por cada quilo do corpo, ao longo do dia. “Portanto, um adulto de 80 quilos deve ingerir, em média, dois litros e meio por dia”. Essa recomendação é a mesma para idosos, mas varia em casos específicos, como pessoas com problemas de insuficiência renal ou cardíaca, que devem sempre se orientar com seu médico.

Beber água nem sempre é um hábito para muitas pessoas, por isso existem pequenas soluções que ajudam a lembrar de consumir o líquido, como colocar uma garrafa na bolsa ou na mesa de trabalho. “Para pacientes que não têm vontade de beber água, encontramos formas para facilitar e incentivar o consumo: colocar uma garrafa ou jarra na geladeira com folhas de hortelã, gengibre ou frutas picadas, que se tornam um flavorizante natural e vão dar mais sabor àquela água que o paciente muitas vezes rejeita”, ensina Maria Valéria. A nutricionista também explica que o consumo de líquido pode ser complementado com outras bebidas, como água de coco e sucos naturais, mas descarta produtos industrializados com adição de açúcar e conservantes, como refrigerantes e sucos artificiais.

Segundo Valéria, o consumo de água também influencia na perda de peso, pois com frequência a necessidade hídrica é confundida com fome, o que leva a um consumo por vezes desnecessário de alimentos. “A ansiedade muitas vezes é traduzida como fome ou compulsão pelo alimento, mas pode ser simplesmente falta de água”, pondera, ao acrescentar que as pessoas acabam ignorando a sede e dando prioridade a

comer, o que pode desencadear a obesidade. Aqueles que praticam atividade física ou eliminam muito suor também precisam ficar atentos na reposição do líquido perdido.

Mas em relação à digestão, a nutricionista faz um alerta: não se deve beber líquido na hora das refeições. O hábito de pedir uma bebida junto com a comida pode ser prejudicial à saúde, porque acaba atrapalhando a mastigação. “Muitas vezes a gente usa o líquido para empurrar o bolo alimentar ao invés de mastigar e mais tarde podem aparecer consequências dessa má digestão, como problemas no estômago ou intestino”, aponta Valéria. O indicado é beber líquido apenas 40 minutos depois de se alimentar.

Também não há restrições quanto ao consumo de água mineral, que podem conter sais minerais de acordo com as fontes de que são extraídas. Os mais comuns são flúor, sódio, magnésio, cálcio, cromo e zinco, sempre em quantidades adequadas. “Apenas é preciso garantir que ela esteja livre de microorganismos”, aponta Sandra, que também destaca que o consumidor deve estar atento à quantidade de eletrólitos (ou substâncias minerais) presentes nesse tipo de água.

ÁGUA DE QUALIDADE

Não basta apenas consumir água, mas é preciso consumir água de qualidade, explica o engenheiro químico Alexandre da Silva, membro do Conselho da ONG Universidade da Água e do Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde sobre o tema da potabilidade da água para consumo humano. Segundo ele, a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) define o que seria “água de beber segura”, a partir de critérios que garantem a qualidade para consumo humano: trata-se daquela água que não confere risco significativo à saúde ao longo de toda uma vida de consumo. “O consumo de água inadequada pode causar a exposição humana a agentes microbianos ou outros contaminantes que causam



FOTO: WIKICOMMONS

Por que é importante BEBER **ÁGUA**?

- Entre **50 e 70%** da massa corporal é composta de água. Ao longo do dia, um adulto deve consumir em média **2,5 litros por dia**.
- Essencial para funções vitais como a **digestão**, a **circulação** e a **eliminação de impurezas**, através do SUOR e da URINA.
- Mantém o corpo **HIDRATADO** e os órgãos em bom funcionamento.
- Auxilia no transporte de **NUTRIENTES** para as células, na atividade cerebral e no **EQUILÍBRIO** da temperatura do corpo.

doenças, como bactérias, vírus, parasitas, toxinas naturais, produtos químicos e metais pesados”, explica.

O problema da falta de água potável é mais comum em locais com saneamento básico deficiente, geralmente em áreas mais pobres e afastadas, aponta Alexandre. A contaminação por microrganismos causadores de doenças está relacionada à falta de água tratada e de rede de esgoto, que facilitam a ocorrência de diarreia, febre tifoide, cólera, hepatite A e outras enfermidades. Mas ele aponta também o risco dos chamados contaminantes “insurgentes”, como resíduos de fármacos, agrotóxicos e outros produtos químicos, que atingem de forma cada vez mais intensa os mananciais.

Como a água está relacionada a hábitos essenciais do cotidiano, a sua falta em condições de qualidade pode também provocar problemas de saúde relacionados à higiene. “A falta d’água expõe as famílias a problemas relacionados à falta de higiene, como micoses e doenças de pele, ou à qualidade da água, como o aparecimento de cálculo renal, em função da salinização da água que é consumida”, alerta o especialista. A dificuldade para ter acesso à água de qualidade também leva as pessoas a armazenar o líquido de maneira inadequada, em vasilhames ou outros recipientes, o que pode provocar a proliferação de mosquitos, como o *Aedes aegypti*, transmissor de dengue, zika e chikungunya.

DIREITO LÍQUIDO

Reconhecido como um direito pela ONU desde 2010, o acesso à água potável é determinante para a saúde, porque impacta diretamente nas condições de vida das pessoas. “O acesso à água é um problema relacionado à dignidade humana e à vida”, aponta Alexandre. Mas este direito não está ao alcance de cerca de 884 milhões de pessoas no mundo, segundo dados da ONU. “Em termos de impactos à saúde, os problemas do acesso à água tratada são agravados pela precariedade na situação do esgoto”, explica o pesquisador. De acordo com levantamento do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e da OMS, cerca de 2,4 bilhões de pessoas no mundo não dispõem de acesso a serviços de saneamento básico e água potável. Em setembro de 2015, os 193 Estados-membros da ONU aprovaram a chamada Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que visa “assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos”.

Embora o Brasil seja considerado um país rico nesse recurso natural, a sua disponibilidade para consumo humano também apresenta grandes desigualdades (*Radis* 147). Dados do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua), mantido pelo Ministério da Saúde, informam que um percentual considerável dos sistemas de abastecimento — cerca de 21%, que respondem pelo consumo de 15 milhões de brasileiros — operam sem tratamento. Isso quer dizer que fazem somente a captação nos rios e fontes e distribuem o líquido sem tratar.

Segundo a OMS, cada pessoa precisa entre 50 a 100 litros de água por dia para assegurar a satisfação das necessidades básicas. O abastecimento e a disponibilidade de saneamento devem ser contínuos. No entanto, segundo dados do PNUD, a maior parte das pessoas que tem problemas de acesso a água limpa usam cerca de 5 litros por dia apenas.

Alexandre também alerta para degradação crescente dos ambientes, que estão perdendo cada



A falta de **água tratada** e de **rede de esgoto** facilita a ocorrência de diarreia, febre tifoide, cólera, hepatite A e outras enfermidades

vez mais a capacidade de produzir água de qualidade. Segundo ele, a ocupação inadequada das áreas de repascimento e a falta de proteção aos mananciais podem representar riscos à saúde, por causa da proliferação de microrganismos e de mosquitos, como o *Aedes*. Para responder a esse problema, Alexandre destaca que a OMS propôs, desde 2005, a formulação de Planos de Segurança da Água.

ACESSO DIFÍCIL

A primeira coisa que o menino Vinícius faz ao chegar da escola é pedir um copo de água para a mãe. Bebe com uma alegria que só vendo, enquanto narra o que aprendeu ou escutou naquele dia, observado pelo irmão menor, Levi, de 3 anos. Todos os dias o garoto de 12 anos anda cerca de seis quilômetros até o colégio onde cursa o ensino fundamental. A família de Vinícius e Levi mora em um sítio próximo ao povoado de Carrapateiras, no sertão dos Inhamuns, região do semiárido cearense. A população do lugar convive com a escassez de água, nos meses de pouca chuva, geralmente entre maio e setembro, e tem uma relação de afeto com a água, usada para irrigar a plantação, matar a sede dos animais e, principalmente, para o consumo familiar.

O quintal em que Vinícius brinca com o irmão compõe um cenário típico da região: a casa, o chão de terra e a cisterna, usada pela família para armazenar água na seca. O pai do garoto, o agricultor Antonio Iranlei, conta que, quando a chuva se torna escassa, a prioridade no uso da água é dada ao consumo da família. “A água faz uma falta medonha, a gente ajeita um bocado de coisa: deixa de aguar as plantas e diminui o que é fornecido aos animais”, relata. Construída há cerca de 10 anos pelo governo estadual, a cisterna é abastecida uma vez por mês, no período da seca, por um caminhão pipa da Defesa Civil. Na escola, Vinícius já aprendeu sobre os benefícios e os cuidados relacionados à água potável, mas esse é um conhecimento que o povo do sertão aprende desde que nasce. 

Rodrigo Borba

“É a TRANSFOBIA que mata”



FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA

Sua pesquisa mostra como, nos serviços de saúde, o processo transexualizador se insere em um projeto biopolítico de normalização da vida e do desejo sexual. É preciso desconstruir a visão de que o processo transexualizador é algo transgressor?

O processo transexualizador, assim como preconizado pelas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelas portarias do Ministério da Saúde, reproduz e retroalimenta um projeto biopolítico de regulação de corpos e subjetividades. O que a pesquisa mostra é que é necessário despatologizar a transexualidade. É o caráter de distúrbio mental que impede que o processo ofereça um cuidado em saúde integral e humanizado. Como a transexualidade é considerada um transtorno de identidade, ‘diagnosticado’ a partir de uma lista de sinais e sintomas, quando uma pessoa transexual encontra um profissional de saúde, ela terá que replicar essa lista em suas narrativas. Como minha pesquisa e outras mostram, esses critérios diagnósticos têm pouca ou nenhuma ressonância na vida diária das pessoas e apagam idiosincrasias e dificuldades específicas.

Poderia dar um exemplo?

Tanto os documentos brasileiros que regulamentam o processo quanto o DSM e a CID acreditam que pessoas transexuais têm uma tendência ao suicídio. Acredita-se que o suicídio é um sintoma do ‘transtorno’, um reflexo de uma organização psíquica problemática. Contudo, esses critérios desconsideram a influência brutal da transfobia na organização subjetiva dessas pessoas. É a transfobia que mata; não a identificação de gênero de pessoas transexuais. O problema não se origina dentro desses indivíduos, mas sim fora, numa sociedade que não admite outras vivências senão aquelas legitimadas pela matriz de inteligibilidade cisheterossexual [cisgênero se refere às pessoas cuja identidade de gênero é a mesma do gênero de nascimento]. Despatologizar possibilitaria enfrentar os efeitos nocivos da transfobia, grandes vetores de sofrimento e adoecimento de pessoas transexuais, potencializaria o caráter transgressor do processo e mostraria que o SUS está de fato preocupado com a saúde dessa população.

Existe um descompasso entre o que é transexualidade para o saber médico e para as pessoas transexuais. Quais os impactos desse descompasso sobre as políticas públicas e os serviços de saúde?

O principal impacto é a impossibilidade de se gestar relações de cuidado em saúde baseadas em confiança. A necessidade do diagnóstico impõe estruturas interacionais nas quais profissionais de saúde devem atuar como avaliadores/juízes das identidades e corpos de usuários; em contrapartida, usuários precisam se engajar em performances estereotipadas do

Fernanda Marques*

Por mais de um ano o doutor em linguística aplicada Rodrigo Borba, professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), acompanhou um serviço do SUS onde se realiza o processo transexualizador, que envolve as mudanças corporais, a terapia com hormônios e a cirurgia de transgenitalização (popularmente chamada “cirurgia de mudança de sexo”). Com interesses de pesquisa voltados à construção de identidades, gêneros e sexualidades a partir de perspectivas linguísticas, estudou os mecanismos discursivos que emergiam durante as consultas de candidatos ao processo com profissionais da saúde. A tese resultante desse trabalho aponta para um flagrante descompasso entre o que os serviços de saúde entendem como transexualidade e as variadas formas como as pessoas transexuais efetivamente vivenciam suas identidades no cotidiano. Como consequência, persistem obstáculos para uma atenção integral e humanizada à saúde de sujeitos transexuais. Vencedor do Prêmio Capes de Tese 2015 na área de Letras/Linguística e autor do livro *O (Des)Aprendizado de Si: transexualidades, interação e cuidado em saúde* (Editora Fiocruz, 2016), Borba defende, com base nos resultados de sua pesquisa, a despatologização da transexualidade.

feminino e do masculino, e contar narrativas que incluam os critérios diagnósticos, de modo a convencer profissionais de que satisfazem requisitos para garantir o atendimento. A exigência do diagnóstico confere ao processo uma rígida rotina hospitalar, onde usuários contam suas histórias de vida repetidas vezes e profissionais são impedidos de construir relações com base em confiança. O cuidado em saúde fica subsumido à necessidade do diagnóstico.

Esse descompasso acentua o sofrimento das pessoas transexuais?

O que causa sofrimento às pessoas transexuais é viver em uma sociedade transfóbica e cisheteronormativa, onde têm difícil acesso à educação, ao mercado de trabalho e a sua subjetividade e seu corpo. Esse descompasso, no nível do cuidado à saúde, é um produto desses processos mais amplos, adiciona outra camada de sofrimento, pois a obrigação de ter sua identidade legitimada por outrem (isto é, profissionais de saúde) oblitera a autonomia e a agência desses indivíduos no que tange às suas necessidades sanitárias. A despatologização da transexualidade desafiaria essa legislação não voluntária da identidade, do corpo, das vontades, do desejo e das subjetividades de pessoas trans, e possibilitaria um cuidado à saúde com base em suas próprias decisões e autonomia.

Você propõe no livro que, como é o saber médico que define as regras, pessoas transexuais, por medo de ter o acesso à cirurgia negado pelo SUS, fazem o (des)aprendizado de si. Como isso ocorre?

Esse (des)aprendizado das formas locais e contingentes de se vivenciar as transexualidades em prol de uma idealização diagnóstica, se materializa no conceito de 'transexual verdadeiro', acontece tanto fora quanto dentro do consultório médico. Como Foucault já dizia, lá onde há poder, há resistência. Assim, se o CFM quer ouvir determinadas narrativas, são essas narrativas que serão contadas. Pessoas transexuais compartilham conselhos e dicas de como se vestir, o que falar e como se portar no âmbito do serviço de transgenitalização. Cito dois exemplos: Quando perguntei para Lívia se ela considerava a transexualidade uma doença mental, ela foi taxativa: "Rodrigo, já que para o psiquiatra isso é doença, sempre que tenho consulta com ele chego lá cabisbaixa, chorosa e me fazendo de autista". Em outro momento, Bianca aconselhava Tâmara sobre o que dizer ao médico: "chore de vez em quando e diga que já pensou em suicídio". Nos consultórios, esse (des)aprendizado é mais insidioso e pulverizado, e acontece nos microdetalhes das conversas entre profissionais de saúde e usuários. A ideologia que guia o cuidado à saúde trans é 'diga a eles o que eles querem ouvir'. Essa demanda narrativa tem como efeito material uma desconfiança generalizada. Profissionais de saúde pensam que pessoas transexuais mentem. Usuários pensam que devem mentir para serem classificados como 'transexuais verdadeiros'. O cuidado fica eclipsado pela obrigação de um diagnóstico.

A sua pesquisa também identificou resistências a esses mecanismos?

Onde há poder, há resistência; no caso do processo transexualizador não seria diferente. Vou citar o exemplo de Estela. O psiquiatra queria saber porque ela não vestia roupas

estereotipicamente femininas e dizia que ela parecia mais um "viado, bicha, gay". Estela tentava explicar que não havia adotado uma estilística corporal feminina porque ainda não tomava hormônios e queria evitar ambiguidades. Ela não conseguiu convencê-lo. No dia seguinte, Estela teve uma consulta com o urologista, quando compareceu maquiada, vestindo uma blusa rosa floreada. Ela se vestiu e se maquiou no banheiro do hospital, manteve firme sua decisão, mas, para os propósitos do processo transexualizador, tentou satisfazer as críticas que havia recebido. Antes de sair do hospital, voltou ao banheiro, trocou de roupa e tirou a maquiagem.

Como construir alternativas ao (des)aprendizado de si para a promoção do cuidado à saúde das pessoas transexuais?

Só vejo uma saída possível — a despatologização da transexualidade. Com a despatologização, essa narrativa universalizante e patologizada seria desafiada em favor da "circulação de narrativas transexuais que tornem possíveis outras experiências da transexualidade", o que provocaria uma mudança no papel avaliativo das equipes médicas em direção à autonomia e agência dos usuários.

Embora reconheçam a importância de não abordar a transexualidade como patologia, profissionais receiam flexibilizar o acesso ao processo transexualizador, especialmente por causa do caráter irreversível da cirurgia. Como avalia essa questão?

A cirurgia é de altíssima complexidade, o pós-operatório é doloroso e, depois de feita, não tem como voltar atrás. Contudo, pesquisas no âmbito internacional mostram que são raríssimos os casos de arrependimento e, quando acontecem, derivam de insatisfação com a estética e com a eventual falta de funcionalidade do órgão construído cirurgicamente. Também se deve levar em consideração que nem todas as pessoas transexuais desejam se submeter à redesignação sexual; e que o processo transexualizador envolve uma rígida rotina hospitalar que demora anos e anos até que, caso queira, o usuário trans se encontre no centro cirúrgico. As normativas do CFM e as portarias do Ministério da Saúde consideram que o desejo pela cirurgia dá autenticidade à transexualidade, o que está muito longe de ser o caso. Pessoas transexuais têm relações multifacetadas com a cirurgia: umas querem, outras não. A imposição da cirurgia como meta terapêutica é um dos principais vetores para a construção das narrativas ensaiadas que discuto no livro. A despatologização teria como principais efeitos a relativização da necessidade da cirurgia e a abertura do processo a outras vivências.

*Da Editora Fiocruz

SAIBA MAIS



O (Des)Aprendizado de Si: transexualidades, interação e cuidado em saúde – livro de Rodrigo Borba (Editora Fiocruz, 2016)

Radis 164 – Identidades Trans
<http://goo.gl/zFXP5Q>





Cena do documentário Crack - Repensar que discute o uso da droga por meio de depoimentos de usuários, autoridades e pesquisadores

TABUS SUSTENTAM ESTIGMAS

DOCUMENTÁRIO E
LIVRO DISCUTEM
USO DA DROGA
E QUESTIONAM
ESTEREÓTIPOS
REFORÇADOS
PELA MÍDIA

Elisa Batalha

Fábio Araújo, gerente de lanchonete em São Paulo, conta que no fim do dia passa na favela para comprar uma pedra para fumar. “No dia seguinte, tenho responsabilidade de ir trabalhar”. Poliana Alessandra dá café da manhã para os filhos e os manda para a escola antes de varrer as ruas — trabalho que conseguiu por intermédio do programa De Braços Abertos, que promove redução de danos para usuários de drogas na região conhecida como “cracolândia” (ver *Radis* 158). Diego de Paula chegou à capital paulista com sonhos de uma vida diferente. Atualmente, dorme em um abrigo e reflete sobre solidão e isolamento social. Três personagens reais que fogem do estereótipo de “zumbis”, amplamente associado aos usuários da droga, têm seus depoimentos registrados no documentário Crack - Repensar, lançado em julho.

A produção, dirigida por Felipe Crepker Vieira e Rubens Passaro, e realizada com recursos do edital Selo Fiocruz Vídeo 2013, reúne depoimentos de usuários, ex-usuários, especialistas em saúde pública, acadêmicos, gestores e profissionais que atuam na promoção da justiça. “A ideia do filme surgiu para mim a partir de uma frustração pessoal, com coisas que são dadas como verdade. Não há nada científico que consiga embasar quais substâncias devem ter a comercialização legalizada e quais não devem”, revelou Felipe, em debate organizado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) para lançamento do vídeo, dia 29 de julho, na sede da Ong Viva Rio.

Na conversa, que também contou com a participação de Paulo Gadelha, presidente da Fiocruz e da Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia (CBDD), Valcler Rangel, vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção à Saúde da Fiocruz e a psicóloga Christiane Sampaio, assessora de Saúde Mental do Viva Rio, o diretor contou porque,



apesar de também ter registrado mais 30 horas de testemunhos de pessoas que defendem a linha proibicionista, de “guerra total” às drogas, optou por deixar suas falas de fora da edição final do vídeo: “Os argumentos acabavam ficando no âmbito da crença. Fica claro que não há um conceito científico para embasar as teses sobre o crack”, justificou.

PREMIAÇÃO NO RECINE

A proposta de Crack - Repensar, que recebeu o prêmio de Melhor Curta Metragem pelo Júri Popular no Festival Internacional de Cinema de Arquivo (RECine), em 2015, é repensar conceitos como redução de danos, internação compulsória e regulação das drogas, a partir da problematização de questões controversas, como a dificuldade em se diferenciar quem é usuário e quem é traficante, por exemplo. O documentário mostra que as leis são distintas em diferentes países e, no meio do “fluxo” (cenas de uso), dão margens a subjetividades e interpretações. “A construção social que se faz é cruel. O usuário acaba sendo aquele que consegue provar que tem recursos para comprar a droga”, argumenta em depoimento ao vídeo Orlando Zaccane, delegado da Polícia civil do Rio de Janeiro, secretário da organização internacional Law Enforcement Against Prohibition (Leap Brasil), que tem como missão “reduzir os inúmeros e danosos efeitos colaterais resultantes da guerra às drogas e diminuir a incidência de mortes, doenças, crimes e dependência, pondo fim à proibição das drogas”.

“De cada quatro pessoas que consomem crack, apenas uma fica dependente. Quem não tem acesso a uma boa qualidade de vida, um lugar para morar, um emprego, as chances de vir a se tornar um dependente em uma situação de grande vulnerabilidade são maiores”, garante o psiquiatra Arthur Guerra, livre docente da Universidade de São Paulo (USP), também entrevistado para o filme. “O que se coloca no lugar do sofrimento?”, perguntou Paulo Gadelha, ao final da exibição do documentário, no Viva Rio. Para ele, o momento político pede que se resgatem ideias progressistas em Saúde Pública, como a redução de danos. “O filme é um instrumento de alerta para tentarmos reconstruir essas políticas”, declarou.

Christiane Sampaio, que trabalha com a estratégia de redução de danos desde a década de 90 e hoje atua na equipe do Consultório de Rua de Manguinhos, comunidade na zona norte do Rio de Janeiro, elogiou a abordagem simples e dialógica do vídeo. “Comecei trabalhando com usuários de drogas injetáveis. A oferta de drogas mudou completamente, e hoje nas cenas de

uso do crack trabalhamos com o diálogo, com aceitação da alteridade, sem imposições do tipo ‘você tem que parar’”, declarou. Durante o debate, a psicóloga lembrou que o consumo de álcool é de 8 a 15 vezes maior do que o de crack, e questionou outro mito — que afirma que a droga “mata em seis meses”. Segundo ela, dos usuários de crack, 80% são homens de 20 a 30 anos, que o utilizam há cerca de seis anos (*Radis* 122). Christiane lembrou ainda que o seu consumo está vinculado a um estrato social. “Muitos são moradores de rua. Existem subjetividades dentro dessas características e o filme mostra bem o peso do estigma. O vídeo é gentil e mobiliza na ponta para construir novas visões”.

DISCURSO DO MEDO

Responsável pelo programa Institucional sobre álcool, crack e outras drogas na Fiocruz, o vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção de Saúde da instituição, Valcler Rangel destacou que o vídeo é um contraponto à imagem alarmista divulgada pela mídia, que previa que “o crack iria destruir o Brasil em poucos anos”, enquanto Umberto Trigueiros, diretor do Ictict, assinalou o caráter mobilizador da produção: “o filme dá uma bofetada na nossa cara. É importante romper a fronteira entre a ciência e a arte e tratar dessas questões que são tabu”. Para Nísia Trindade Lima, vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz o filme “pode e deve” ser exibido para adolescentes, em espaços educativos.

Integrante da Comissão Brasileira Drogas e Democracia da Ong Viva Rio, Rubem César Fernandes apontou que o desafio é avançar nas práticas. “Deveríamos ser mais ousados e desvincular o consumo de drogas da violência na cabeça das pessoas. O contexto do proibicionismo dificulta o trabalho dos profissionais na atenção aos usuários. Nós nos conformamos com o discurso do combate. Esse discurso só provoca medo”, afirmou. Na opinião do antropólogo, “a saúde da família, a saúde mental, as comunidades terapêuticas e igrejas, todas devem ter o seu lugar de fala, apesar de as pessoas de ciência terem dificuldade de lidar com essas últimas”.

O debate no Rio foi precedido de lançamento do livro Crianças, Adolescentes e Crack, organizado pela pesquisadora Simone Gonçalves de Assis, coordenadora executiva e pesquisadora do Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz). O livro aborda o consumo de droga por crianças e adolescentes e também as consequências em suas vidas do uso da substância por pais ou responsáveis. Dividido em 10 capítulos, com textos assinados por 17 especialistas, tem por base os resultados de duas pesquisas realizadas pela Fiocruz, em 2012 e 2013. Os autores atuam em diferentes campos de conhecimento e dão à obra uma visão interdisciplinar, na tentativa de identificar quem são (e quantos são) os jovens usuários de crack, bem como traçar um perfil deles e refletir sobre as formas de atenção disponíveis em algumas cidades brasileiras. Simone defende que o crack é um problema de saúde pública que afeta diversas famílias brasileiras, “mais pelos impactantes efeitos provocados nos indivíduos e na sociedade, do que necessariamente pelos números alcançados”. Segundo ela, nos estudos que aferem prevalência existente no país, o uso do crack tende a atingir algo em torno de 1% da população em geral, enquanto outros problemas como, por exemplo, o uso de álcool, abrangem proporções muito maiores”.

SAIBA MAIS

- O vídeo Crack - Repensar e o livro Crianças, Adolescentes e Crack podem ser adquiridos na loja virtual da Editora Fiocruz <http://goo.gl/fTcRJS>
- *Radis* 158 (Cracolândia, excluídos no Centro da Cidade) <http://goo.gl/6hQYCu>
- *Radis* 122 (Protagonismo do usuário como caminho) <http://goo.gl/g9U008>

PUBLICAÇÕES

HIV e aids no Brasil

Lançada durante a 21ª Conferência Mundial sobre Aids, que aconteceu em julho, a publicação **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**, da Associação Brasileira Interdisciplinar sobre Aids (Abia), traz dados sobre o avanço epidemia no Brasil e oferecem “uma leitura crítica sobre o retrocesso brasileiro”. Com artigos assinados por Richard Parker, Sônia Corrêa, Alexandre Grangeiro, Mario Scheffer e Veriano Terto Jr., a instituição critica a predominância de respostas médicas a respostas sociais no combate à epidemia. O livro está disponível no link <http://goo.gl/QFP9IA>.



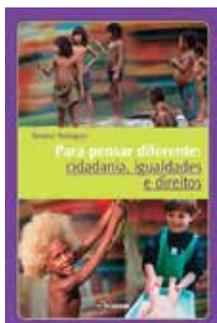
Cuidar no Império

Em mais um exemplar da coleção **História e saúde, Civilizando as Artes de Curar: Chernoviz e os manuais de medicina popular do Império** (Editora Fiocruz) Maria Regina Cotrim Guimarães conta como se relacionavam medicina acadêmica e a popular no Brasil imperial, apresentando tensões e distanciamentos entre os dois domínios, assim como os vários pontos de intersecção e convivência. Entre os elementos que contribuíram para que as fronteiras não fossem tão rígidas, aponta a autora, destacam-se os manuais ou livros de medicina autoinstrutivos, como os de autoria do médico polonês Pedro Luis Napoleão Chernoviz (1812-1881).



Direitos e cidadania

A jornalista e escritora Rosiane Rodrigues propõe, em **Para pensar diferente: cidadania, igualdade e direitos** (Editora Moderna), uma releitura dos temas abordados no título, debatendo questões como racismo, desigualdades e discriminação sob a luz da ideologia iluminista — e dos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade. A obra é dividida em dois eixos principais — igualdade e diferenças —, fornecendo elementos que proporcionem um debate necessário para a implementação das diretrizes curriculares nacionais para a educação em direitos Humanos e das relações étnico-raciais.



Leishmaniose visceral

O volume 32 número 6 da **Revista Cadernos de Saúde Pública** alerta, em seu editorial, para o controle da leishmaniose visceral (LV) no Brasil, doença de transmissão vetorial com ampla distribuição mundial. Inicialmente descrita como uma endemia rural, a partir da década de 1980 a doença passou por um processo de urbanização e expansão territorial, tendo sido registrados 17 mil novos casos e mais de 1.100 óbitos, entre 2010 e 2014. A revista traz ainda artigos sobre riscos à saúde da precarização do trabalho, o trabalho de cuidadores de idosos e transmissão vertical da sífilis, entre outros assuntos. A revista pode ser acessada em <http://goo.gl/oeph8h>.



VÍDEOS

Mortes no trânsito



Em mais um lançamento do selo Fiocruz Vídeo, **Saúde em trânsito**, de Eduardo Thielen, discute a terceira maior causa de mortes no mundo, propondo, por meio de depoimentos de usuários e profissionais de saúde, medidas preventivas integradas. A violência no trânsito é um problema de saúde pública no Brasil, cujos índices de mortalidade e morbidade só perdem para doenças cardíacas e câncer. O documentário integra a série em DVD sobre Determinação Social da Saúde, realizado pela VídeoSaúde Distribuidora da Fiocruz/Icict, em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, com a cooperação do Departamento de Endemias/Ensp e do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI).

Tuberculose



Também da série sobre Determinação Social da Saúde, **Herança social**, vídeo de Christian Jafas, reúne imagens de ontem e hoje para revelar que quase nada mudou nas condições de vida de moradores de lugares onde os direitos fundamentais não chegam — o que aumenta os casos de tuberculose. Investigando cenas no Rio de Janeiro, cidade onde a doença tem números altíssimos, a produção critica a condição “hereditária” de algumas pessoas em relação à tuberculose, afirmando que o que se perpetua, na verdade, é a falta de acesso a serviços básicos. “Uma doença antiga, estudada e negligenciada”, descreve o vídeo, apontando que a tuberculose não deveria mais existir.

Epidemia doméstica



Mais um vídeo lançado dentro da coleção sobre Determinantes Sociais da Saúde pela VídeoSaúde Distribuidora, **Esporotricose**, de Eduardo Thielen relata a maior epidemia já registrada da doença no Rio de Janeiro. Causada por um fungo, a micose pode afetar animais (especialmente gatos) e humanos. Pesquisadores, profissionais e pacientes falam sobre sintomas, diagnóstico, tratamento e epidemiologia da micose subcutânea mais comum no país e na América Latina. Assim como os outros lançamentos da série, os vídeos podem ser adquiridos no site da Editora Fiocruz (<http://goo.gl/uTzIQ1>) ou ainda pelo e-mail comercialeditora@fiocruz.br e pelo telefone (21) 3882-9007.



REFORMA TRIBUTÁRIA?

Para fazer justiça fiscal, sim!

Zilton Rocha*

Há um debate necessário e urgente no Brasil, neste momento, sobre a carga tributária paga pela sociedade. De início pode-se afirmar que, ou os dados divulgados por diversas instituições e especialistas são falsos, ou o debate sobre o tema está chegando enviesado à população.

Primeiro, vamos observar alguns dados sobre o assunto. O economista Amir Khair afirma que o imposto sobre grandes fortunas pode gerar R\$ 100 bilhões por ano, e cerca de 98% dos brasileiros ficariam isentos da cobrança. Motos e carros populares pagam IPVA, mas jatinhos, helicópteros e lanchas de luxo não pagam.

O imposto sobre transmissão de heranças ou doações (ITCMD) na maioria dos estados é de 4% e só contribui com 0,09% do PIB. Esse mesmo imposto chega a 55% nos Estados Unidos; 60% na França; e até 70% no Japão, dados citados por Paulo Gil Introïni, ex-presidente do Unafisco Sindical, publicado em fevereiro no site Teoria e Debate. Segundo matéria do UOL (14/8/2014), os brasileiros que ganham até três salários mínimos arcam com 53,9% da arrecadação. O economista Paulo Kliass informa que o Imposto Territorial Rural (ITR) pago por todos os proprietários rurais do Brasil contribui com apenas 0,1% do total das receitas arrecadadas pela Receita Federal. Quem ganha a partir de R\$ 4.665,00 paga 27,5% de Imposto de Renda (IR), mesma alíquota que pagam aqueles que ganham R\$ 20 mil, R\$ 50 mil, R\$ 100 mil ou R\$ 1 milhão por mês.

Diante dessas informações, soa estranho as pessoas do povo serem, a priori, contra qualquer mudança no modelo de tributação adotado pelo Brasil. E só há uma explicação para isso: brasileiras e brasileiros não recebem as informações com base em dados reais, interpretados de forma clara, didática e inteligível. Por que ser contra isentar do Imposto de Renda quem ganha pouco e aumentar dos que ganham muito? O Brasil tem cinco alíquotas de IR, que vão de isento e 7,5% a 27,5%. Na França existem 12 faixas que variam de 5% a 57%. Já na Argentina são

sete, indo de 9% a 35%; e no Chile são seis, variando de 5% a 45%. Ou seja, alíquotas baixas para quem tem pouca renda, e altas para quem tem muita renda. Pergunta-se: qual a justificativa para trabalhadores de baixa renda ou de classe média ser contra mudar esse modelo?

Dá para entender que o trabalhador que ganha R\$ 1.904,00 pague IR e quem é sócio de empresa e recebe R\$ 200 mil, R\$ 500 mil ou mais de dividendos — ou seja, vive de renda — não pague IR? Será que há um nexo entre carga tributária e voto? Observe: dos 594 parlamentares federais (senadores e deputados federais) mais de 400 são empresários e/ou ligados ao agronegócio e apenas 46 vieram do movimento sindical de trabalhadores.

Não é uma ironia saber que cerca de 70% da população são pobres que ganham até três salários mínimos e cerca de 80% dos eleitos para fazerem as leis sejam empresários? Estaria aí o nexo de por que no Brasil pobre paga tanto imposto e rico quase não paga? Seria oportuno os donos de veículos populares questionarem os parlamentares em quem votaram: por que pagamos IPVA e os donos de aviões e lanchas de luxo não pagam?

Já que os donos da grande mídia não querem, por motivos óbvios, fazer esse debate, as centrais sindicais, as entidades que representam os diversos segmentos populares, religiosos, estudantis, ONGs etc, pode(m)riam e deve(m)riam produzir materiais escritos e em áudio e vídeo para serem distribuídos e discutidos com a população, municiando-a de elementos que lhe permitam participar do debate como sujeito de sua história e não como objeto, como dizia o mestre Paulo Freire. Ouçamo-lo: “Seria uma atitude ingênua esperar que as classes dominantes desenvolvessem uma forma de educação que proporcionasse às classes dominadas perceber as injustiças sociais de maneira crítica”. Assim sendo, o bordão “sou contra falar em imposto” deve ser substituído por “quero uma tributação justa: quem ganha mais, paga mais!”. E gritar bem alto: “Reforma tributária, já!” 

Professor, ex-vereador de Salvador, ex-deputado estadual da Bahia e conselheiro aposentado do TCE-BA. Publicado no jornal A Tarde (18/4/16)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Brasília

A
página da
Fiocruz
Brasília
está
no ar



**Clique,
curta e
compartilhe!**

@fiocruzbrasil