

Comunicação e Saúde desde 1982

Nº 171 . DEZ 2016

RADIS



Especialistas em gente

Essenciais na estrutura do SUS,
médicos de Família e Comunidade
discutem atenção básica e
propõem atuação focada na
resolutividade e no cuidado

PrEP e PEP

Desafios e possibilidades de
implementação das estratégias
de profilaxia do HIV

Internet

Busca sobre doenças expõe qualidade
da informação e modifica relação
médico-paciente

CIÊNCIA NA REDE

Ludmila Silva*

A troca promovida pelo uso das redes sociais pode ampliar o conhecimento produzido por pesquisadores de diferentes áreas? Este ambiente pode ser utilizado para divulgar a ciência? Germana Barata, pesquisadora em divulgação científica do Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo da Universidade de Campinas (Labjor/Unicamp), acredita que sim. Em palestra realizada no Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), em 9 de setembro, a historiadora da ciência revelou-se uma grande entusiasta do uso das novas tecnologias de comunicação para incremento e compartilhamento do conhecimento científico.

A partir de dados da *Pesquisa Brasileira de Mídia 2015*, a pesquisadora demonstrou que os brasileiros utilizam em média cinco horas do seu tempo diário na internet. Segundo ela, o levantamento indicou que a maior parte dos internautas gastam seu tempo na rede para interagir nas redes sociais, sendo o Facebook a grande preferida dos brasileiros. "O Facebook possui aproximadamente 95 milhões de contas abertas no Brasil. Essa aceitação se dá por uma característica cultural do brasileiro de querer compartilhar, se comunicar e trocar informações", afirmou.

Para Germana, as redes sociais possibilitam que a informação chegue rapidamente a um grande número de pessoas, aumentando a visibilidade de produtos e meios, e colaborando com a expansão do conhecimento. "Com a rede, as revistas ficaram muito mais visadas, mais conhecidas", disse. Mesmo considerando que muitas revistas científicas brasileiras ainda

Redes sociais, blogs e vídeos ampliam a divulgação do conhecimento científico, aposta pesquisadora da Unicamp

não aproveitam estas oportunidades, ela citou o uso bem sucedido da revista *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, periódico da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz). Segundo ela, a revista aumentou em 388% o total de visualizações depois que abriu uma página no Facebook.

De acordo com a pesquisadora, uma das principais dificuldades enfrentadas pelas revistas para divulgar pesquisas científicas é alcançar pessoas que não estão diretamente relacionadas ou interessadas em seus conteúdos. Ela lembrou que o filtro utilizado pelo Facebook agrava o problema, já que direciona o conteúdo apenas para as pessoas que julga se interessar pelos assuntos científicos. "O filtro mostra no *feed* [página inicial do usuário da rede social] das pessoas aquilo com o que elas já se identificam, não abrindo espaço para outras ideias, pensamentos e, talvez, algo desconhecido que possa ser de seu interesse",

avaliou. Germana indicou que uma boa maneira de as revistas "driblarem" esse filtro é rever como se comunicam com o público. "Os editores precisam perceber que existem formas diferentes de se comunicar com a academia e a população".

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

Além das revistas especializadas e dos programas televisivos ligados à ciência, os blogs se apresentam também como um canal de divulgação científica, observou a pesquisadora. Germana mantém o blog *Ciência em Revista*, dedicado a divulgar o conteúdo das revistas científicas brasileiras. Para ela, é preciso mudar a mentalidade de que as revistas nacionais não têm qualidade e incentivar pesquisadores a investirem mais na publicação de artigos nos periódicos científicos brasileiros. "Eu gosto muito quando uma pesquisa de universidade brasileira aparece nos jornais", afirmou. O blog mantido por Germana está hospedado na plataforma *Blogs de Ciência*, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Lançada em 2015, a iniciativa ganhou corpo e hoje congrega inúmeros blogs de divulgação científica, comunicação e tecnologias, cujos autores são pesquisadores e docentes da própria universidade. Além dos blogs, Germana considera que os vídeos são a "comunicação do momento". "Muitas revistas científicas internacionais já utilizam vídeos que abordam temas de relevância mundial visando também levar a uma mudança no comportamento social", apontou. 

*Estágio Supervisionado



Gente quer cuidados e direitos

Na contramão da crescente orientação "focalista" das especialidades na formação e prática da medicina, não raro associada ao uso intensivo de tecnologias caras e medicalização impulsionado por interesses de mercado, um significativo número de estudantes e jovens profissionais brasileiros vem reencontrando a função social de sua profissão ao atuar como médicos de Família e Comunidade.

Na 21ª Conferência Mundial de Médicos de Família, realizada em novembro, a repórter Elisa Batalha ouviu residentes e profissionais que se orgulham de cuidar das pessoas de forma integral, dentro de seu contexto familiar e comunitário, promovendo e acompanhando a saúde de cada um por períodos mais longos. Uma proximidade que permite até contribuir na busca de solução para reivindicações como mais e melhor acesso e interferir nos processos de determinação de saúde e doenças.

Do total de médicos no Brasil, 2% são especializados em Medicina de Família (ou Família e Comunidade), e representam 10% dos cerca de 40 mil médicos atuando em equipes de atenção básica. No Canadá, onde a atenção primária é que estrutura o sistema de saúde, este contingente chega a 40% dos médicos em atividade. Em Cuba, a formação médica tem como prioridade a promoção, a prevenção e a atenção integral no contexto das famílias e da comunidade. Na fala dos especialistas de Portugal, Espanha ou Egito, a mesma percepção: na Medicina de Família se percebe o adoecimento sistêmico das populações submetidas a políticas econômicas que degradam as condições de vida.

"Austeridade, ajuste econômico e cortes em políticas sociais matam gente, adoecem, fazem mal à saúde", adverte o médico sanitário Gastão Wagner, presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Durante o 7º Congresso de Ciências Sociais em Saúde da Abrasco,

realizado em outubro, logo após a aprovação pela Câmara de Deputados da Proposta de Emenda Constitucional 241 (renomeada PEC 55 no Senado), que visa o congelamento de gastos públicos por 20 anos, houve grande preocupação e revolta contra o ataque a direitos constitucionais por parte do governo e da maioria parlamentar. Na visão dos pesquisadores, trabalhadores e estudantes presentes, o desmonte do SUS e da Seguridade Social é inconstitucional, por ferir cláusulas pétreas da Constituição como o respeito à dignidade humana e o direito à saúde, e atinge de forma dramática a população.

Nesta edição, a terceira matéria da série sobre promoção da saúde trata da importância da atividade física bem orientada para melhorar o estado de saúde, prevenir doenças e promover qualidade de vida. Em outra reportagem, abordamos o hábito de buscar informações sobre doenças na internet. Pesquisa indica que 46% dos usuários no Brasil utilizam a rede à procura de informações e serviços sobre saúde em geral. Embora informação de qualidade dê mais autonomia ao cidadão e permita uma relação mais dialógica com os médicos, é preciso atenção para o perigo das informações infundadas ou alarmantes, do autodiagnóstico e da automedicação, quando não há orientação por parte dos profissionais de saúde.

Destacamos ainda, com depoimentos, análise de pesquisas e avaliações de especialistas e ativistas, a necessidade da ampliação da prevenção e do tratamento ao HIV/aids com estratégias complementares à prática do sexo seguro. A profilaxia pré-exposição para pessoas em risco considerável de se infectarem com HIV, recomendada pela Organização Mundial da Saúde desde 2014, estava prevista para ser implantada no SUS este mês, mas acaba de ser adiada para o próximo ano.

Rogério Lannes Rocha

Editor-chefe e coordenador do programa Radis

Expressões e Experiências

• Ciência na rede 2

Editorial

• Gente quer cuidados e direitos 3

Cartum

3

Voz do leitor

4

Súmula

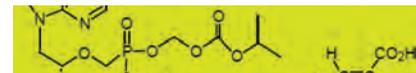
5

Toques da Redação

9

Saúde coletiva

• Unidade de resistência 10



Aids

• Prevenção 2.0 16

• PEP: direito desconhecido 20

• Brasil perto da meta 21

Capa | Medicina de Família

• Atenção às pessoas 22

• Especialidade do futuro 25

• Prevenção quaternária: quando menos é mais 26

• Entrevista - Magda Moura Almeida: "Profissional certo no lugar certo" 27

Informação

• Saúde na internet 28

Promoção da saúde

• Vida em movimento 31

Serviço

34

Pós-Tudo

• Tratado de "branco" com índios, uma recorrência histórica? 35

Capa: O médico de Família Bruno Stelet em consulta domiciliar à aposentada Marvina, em Manguinhos, Rio de Janeiro.
Foto: Eduardo de Oliveira e Felipe Plauska

CARTUM



RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN



Para se guardar

É com orgulho que afirmo aprender muito sobre questões diversas com o recebimento da *Radis*, que me serve na minha prática como técnico de enfermagem da Sesab. Eu recebo a revista desde que iniciei a minha luta por um SUS forte e igualitário, no início dos anos 90, com participação em diversas conferências municipais, estaduais e federais. Está aqui o meu arsenal, que guardo até hoje com carinho: os mais de 150 exemplares, a quem eu recorro para extrair algum conhecimento. *Radis* não é coisa pra se jogar fora!

• Josemar Oliveira, Morro do Chapéu, BA



ARQUIVO PESSOAL

Compromisso com o SUS

É muito bom ver um jornalismo não golpista na área de saúde. Aqui na Unicamp, onde trabalho, recebo a revista, leio e coloco pra galera ler. O trabalho de vocês é muito sério e comprometido com a população! Mesmo não sendo profissional da área, gosto de acompanhar a revista!

• Edson Dom Lisboa, Campinas, SP

R: *Caro Edson, o compromisso da Radis é com a população e a defesa do SUS. Ficamos felizes em saber que o trabalho é reconhecido e valorizado. Muito obrigado pelo retorno!*

Mais médicos

Os médicos brasileiros não são contra o programa Mais Médicos, apenas exigem que tudo seja feito dentro da legalidade e dentro das normas e das exigências, que são feitas em todos os países. A revalidação do diploma estrangeiro e prova de conhecimento da língua são critérios mínimos, que não foram obedecidos, dando margem à desconfiança de que muitos cubanos são apenas técnicos em saúde. Por outro lado, não é justo que "bolsistas" ganhem três vezes mais do que um médico concursado, além de terem outros benefícios, como auxílio-moradia, auxílio-transporte etc. Além do mais, esses médicos cubanos estão livres de

controle, fiscalização e punição pelos CRMs, por eventuais erros cometidos. A título de exemplo, um médico do MS, prestando serviços a uma prefeitura através do SUS, recebe um vencimento básico de apenas, R\$3.383,00, depois de mais de 30 anos de atividade. Isso é legal, correto, sensato e justo? Algo deveria ser feito pelo governo para corrigir essa injustiça.

• Pedro Vieira Carrancho, Vitória, ES

R: *Pedro, agradecemos o seu esclarecimento. Pesquisas recentes avaliaram positivamente a atuação dos profissionais estrangeiros no Mais Médicos (Radis 134), o que não justifica possíveis discrepâncias ou distorções no tratamento e/ou na remuneração dos demais médicos. Continuaremos atentos aos desdobramentos do programa. Um abraço!*

Transtorno do pânico

Quero parabenizar a equipe pelo nº 164 da revista, que aborda dois temas muito atuais. O cotidiano das pessoas trans e o transtorno do pânico. Nesse último, sinto-me muito representada com os relatos que vocês apresentaram na matéria. Espero ver mais sobre o assunto em outras edições.

• Elisabete Vitorino Vieira, João Pessoa, PB

R: *Elisabete, agradecemos a sua sugestão! Voltaremos ao assunto em breve!*

Cuidados paliativos

Conheci a *Radis* em uma reunião para a execução de projeto relacionado à saúde pública. A revista tem excelentes conteúdos, mas a edição nº 168, de setembro, está sensacional! Nunca li um conteúdo sobre cuidados paliativos tão realista e objetivo. Merecem todo respeito e consideração os que produziram a matéria, e também os que realizam seus trabalhos na saúde pública, principalmente aqueles que possibilitam que pacientes e familiares possam ter dignidade em viver ou morrer. Este é um assunto de relevância nacional, já que há uma evolução da pirâmide etária brasileira que vem apontando para um gradual envelhecimento da população. Parabéns!

• Thatiana Grandi, Belo Horizonte, MG

R: *Thatiana, obrigado pelos seus elogios! O trabalho dos profissionais que se dedicam aos cuidados paliativos é mesmo inspirador e merece nosso aplauso. 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 97.500 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

 www.ensp.fiocruz.br/radis

 /RadisComunicacaoeSaude

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



A LAMA QUE NÃO DEVE SER ESQUECIDA

Profundezas da LAMA

60
milhões

de metros cúbicos de rejeitos de minério de ferro que derramaram da barragem de Fundão

35

cidades em MG

3

cidades em ES

19

pessoas mortas

11

toneladas de peixe mortos

11

autos de infração contra a Samarco: a maior multa da história

A frase de Dona Elaine retrata as desigualdades acentuadas pelo rompimento da barragem da Samarco, em Mariana (MG), que completou um ano em 5 de novembro: "O prefeito diz que também toma desta água. Eu digo: toma dessa água? Cê é rico, paga para buscar água longe e para comprar água mineral. Agora nós, que somos pobres que vive das graças do senhor, não temos condições de comprar". A moradora de Cachoeira Escura, no município mineiro de Belo Oriente, refere-se à água do Rio Doce, que ela acredita ser responsável pelo adoecimento constante da família. Ela e o marido viviam da pesca no rio e, um ano depois do derramamento de lama, reclamam do descaso da Samarco, mineradora subsidiária da brasileira Vale e da anglo-australiana BHP-Billiton, e da dificuldade para realização dos cadastros dos atingidos. "Liguei na Samarco, eles dizem que 'vão vir visitar, vão vir visitar', até hoje não veio ninguém", conta.

A história de Dona Elaine foi contada pelo site Jornalistas Livres (8/11), que acompanhou a marcha do Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB) e retrata a precariedade das condições de vida e saúde daqueles que foram afetados pelo vazamento de rejeito de minério de ferro na cidade mineira de Mariana. Os cerca de 400 participantes da marcha percorreram os 700 quilômetros de margens do Rio Doce, entre os dias 31 de outubro e 2 de novembro, como noticiou o site do Greenpeace (5/11). Com um chamamento para que o desastre ambiental não seja esquecido, os movimentos envolvidos lançaram o documento "Um ano de lama e luta", que denuncia o atual modelo de mineração do Brasil, responsável por violações de leis ambientais, trabalhistas e que afetam a dignidade humana. "A lama está em cada lugar, embaixo da areia na beira do mar, nas encostas, nas estradas, nas plantas, no leito do rio e, com certeza, agora se infiltrando em todas as pessoas que com ela convivem, respirando, comendo ou bebendo dela", diz o texto.

Um ano depois, o rompimento da barragem da Samarco voltou à imprensa. O G1 lançou o especial "Ressurgir da lama" (4/11), em que ouviu moradores das margens do Rio Doce, que

expressaram suas queixas. Mas as reclamações contrastavam com as falas oficiais, seja da empresa ou dos governos, que diziam que a situação da água havia retornado à normalidade. Do lado da população, a reportagem usou as expressões "incertezas" e "suspeita", enquanto os testes oficiais, como o do Instituto Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos (Iema), atestavam que a qualidade da água permitia a utilização para diversos usos. Porém, a reportagem não ouviu nenhum pesquisador para confirmar se de fato a situação vivida por essas pessoas apresenta riscos à sua saúde. Na definição de *O Globo* (5/11), foi o "maior desastre natural do país", o que reforça a ideia de que o rompimento teve causas "naturais".

Por trás do ocorrido, está a falta de fiscalização: 50% das barragens têm potencial de dano igual ou maior ao de Mariana, afirmou relatório do Ministério Público Federal (MPF) divulgado pelo *Estadão* (5/11). Das 17.259 barragens cadastradas na Agência Nacional de Águas (ANA), apenas 4% foram fiscalizadas pelo órgão, segundo relatório divulgado em agosto de 2015 e noticiado pelo Uol (6/11). O Ibama aplicou uma nova multa contra a Samarco no valor de R\$ 500 mil por dia, enquanto não forem concluídas as adequações, o que se acumula como o 11º auto de infração aplicado à empresa em um ano.

Só dá para ter uma dimensão real da tragédia depois de visitar as localidades atingidas, contou à *Radis* a geógrafa Lais Carneiro Mendes, que estuda o tema no mestrado na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). "Ao chegar em Bento Rodrigues, que foi o primeiro local que visitei, precisei de alguns minutos para entender tudo aquilo que eu via, só conseguia pensar nas pessoas que viviam ali e no sofrimento de fugir daquela avalanche de rejeito", relatou. Segundo ela, a economia da região, principalmente de Mariana, sofreu uma queda brusca por conta da paralização das atividades da Samarco. Mas, em conversas com a população, percebe-se uma transferência de culpa, como se os atingidos fossem responsáveis pela empresa ter parado as atividades. "Existem conflitos sobre a questão de quem é atingido e quem não é, pois considera-se algumas pessoas como não atingidas, mesmo que elas tenham tido perdas materiais", explica.

Mídia defende “inevitável” reforma da Previdência

A próxima prioridade do governo de Michel Temer deve ser a reforma da Previdência. O tema está previsto para entrar em discussão após a tramitação da Proposta de Emenda Constitucional 55 no Senado (a mesma PEC 241 aprovada na Câmara, que impõe um teto aos gastos públicos), que deve ser concluída em 13 de dezembro. O sinal foi dado pelo presidente e pelo ministro-chefe da Casa Civil, Eliseu Padilha, que disseram que vão encaminhar o projeto de reforma ao Legislativo antes do recesso de fim de ano, informou o Uol (9/11). Entre as propostas defendidas pelo governo, está a fixação da idade mínima de aposentadoria em 65 anos para todos — homens e mulheres, trabalhadores rurais e urbanos, setor público e privado.

No enfoque dado pelo jornal *O Globo* (6/11), reformar a Previdência é “inevitável”, a partir da fala de especialistas e governo. Mas a reportagem não ouviu sequer uma fonte que fosse contrária ou apresentasse críticas à reforma, seja de trabalhadores ou de estudiosos. Segundo o jornal, a estimativa do governo aponta para uma reforma “abrangente”, que deve afetar as regras para todos os trabalhadores. E vai além: mesmo com a aprovação da mudança na Previdência, o governo terá de cortar pelo menos

R\$ 300 bilhões em outras despesas orçamentárias nos próximos 10 anos para ficar dentro dos limites impostos pelo teto, de acordo com um estudo técnico da Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados, divulgado pela matéria. Entre as despesas que serão afetadas, estão os benefícios assistenciais concedidos a idosos, seguro-desemprego e abono (PIS), além de aumento da alíquota de contribuição de 11% para 14% para os servidores.

No entanto, como *Radis* mostrou na edição 167 (agosto de 2016), a partir de dados da Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal (Anfip), o total de recursos arrecadados com contribuições sociais seria suficiente para financiar as três áreas que formam a Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência): em 2014, a arrecadação total dessa área foi de R\$ 686,1 bilhões, enquanto os pagamentos foram de R\$ 632,2 bilhões. Mas de acordo com os especialistas ouvidos na matéria, parte desses recursos é realocado para o pagamento de juros da dívida pública, a partir de um mecanismo chamado de Desvinculação de Receitas da União (DRU), que autoriza que uma parcela do dinheiro das contribuições sociais seja usada em outros fins.



Violência policial

“Agressões e prisões durante manifestação no Rio desnudam a combatida democracia brasileira”, denunciou o portal Mídia Independente Coletiva (14/11). A matéria registrou as ações repressivas da Polícia Militar a manifestantes que protestavam contra as medidas de austeridade impostas por conta da “falência do estado do Rio de Janeiro”, e também a agressão sofrida pelo fotojornalista Igor Caldas, integrante da Agência Livre de Notícias da América Latina, que depois de ferido por policiais, foi detido. O portal exibiu imagens da agressão, classificando a atitude como “uma explosão de violência promovida pelas forças de segurança contra a população”.

Donos da mídia?

O portal Justificando noticiou (10/11) a tentativa do governo em reverter o que determina a Constituição Federal no que diz respeito à proibição de que parlamentares celebrem ou mantenham contratos com concessionárias de serviço público, o que inclui as emissoras de rádio e TV. Segundo o portal, o presidente Michel Temer ingressou com uma Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), na qual pede que o Supremo Tribunal Federal (STF) declare inconstitucionais decisões judiciais que têm impedido a outorga ou renovação de concessões de rádio e TV a políticos detentores de mandatos eletivos. Por meio da Advocacia Geral da União (AGU), Temer alegou que “decisões nesse sentido ofendem preceitos fundamentais como o

de valor social do trabalho e da livre iniciativa, da primazia da lei, da livre expressão e da liberdade de associação, informou o Justificando.

Segundo a notícia, a tentativa do governo visa a enfrentar ações do Ministério Público Federal, em setembro, com vistas a derrubar a concessão de três parlamentares. O MPF argumenta ainda que a Constituição veda que parlamentares sejam proprietários, controladores ou diretores de empresas que recebam da União benefícios previstos em lei — e impede a participação de congressistas em prestadoras de radiodifusão, visto que tais concessionárias possuem isenção fiscal concedida pela legislação.

Para o Ministério Público, há um claro “conflito de interesses”, uma vez

que cabe ao Congresso Nacional apreciar os atos de concessão e renovação das licenças de emissoras de rádio e TV, além de fiscalizar o serviço. “Ou seja, na prática, parlamentares votam e aprovam suas próprias empresas”, destacou o portal, explicando que o MPF também tem requerido o cancelamento da outorga ou da renovação para evitar tráfico de influência, como também para proteger os meios de comunicação da ingerência do poder político. “A prática acaba por desequilibrar a disputa eleitoral privilegiando quem usa a concessão para benefício próprio”, aponta Ramênia Vieira, jornalista do Observatório do Direito à Comunicação. Ela explicou ao portal que os políticos donos de rádio e TV foram mais bem sucedidos nas últimas eleições para vereador e prefeito.



FOTO: TÂNIA RÉGO/AGÊNCIA BRASIL

Patrimônio carioca

Com uma foto da Tenda Espírita Vovó Maria Conga de Aruanda, no bairro do Estácio, a Agência Brasil noticiou que a Umbanda foi declarada (8/11) patrimônio imaterial do Rio de Janeiro. A decisão foi tomada pelo prefeito Eduardo Paes, após estudos do Instituto Rio Patrimônio da Humanidade (IRPH). A ideia agora é cadastrar todos os terreiros de umbanda da cidade e promover políticas públicas de salvaguarda desses espaços. “Queremos que o novo prefeito [Marcelo Crivella (PRB-RJ), pastor licenciado da Igreja Universal] de fato apoie a preservação dessas manifestações”, disse à agência o babaló Ivanir dos Santos, interlocutor da Comissão de Combate à Intolerância Religiosa. Ele declarou que os praticantes esperam ainda do novo prefeito apoio às festas tradicionais e a reforma do local conhecido como Praça dos Pretos Velhos, em Inhoaíba, na zona oeste, que recentemente foi alvo de vandalismo.

Cartilha de ocupação

A Defensoria Pública da União (DPU) lançou (7/11) uma cartilha com orientação em direitos e deveres dos estudantes que estão participando das ocupações que ocorrem em escolas de todo o Brasil. O material, que recebeu o título “Garantia de direitos em ocupações de instituições de ensino”, aborda direitos fundamentais que devem ser respeitados no contexto das atuais mobilizações — como a liberdade de expressão, de reunião e de associação —, assim como alerta para a proteção do patrimônio público, advertindo que sua destruição, inutilização ou deterioração é considerada crime. Outros direitos destacados na cartilha são o de proteção integral das crianças e dos adolescentes e também o que garante o princípio da gestão democrática do ensino público.

Entre outras orientações, a cartilha esclarece que o uso de equipamentos de gravação, pelos estudantes, não pode ser entendido como desacato, sendo assegurado como exercício da liberdade de expressão; também orienta que o conteúdo gravado só pode ser requerido por policiais ou autoridades por meio de ordem judicial. Os estudantes, por outro lado, devem solicitar a apresentação de mandado judicial diante de ação policial e estar atentos para possíveis práticas de revista — que deve ser feita na presença de todos e sempre por policial do mesmo sexo do investigado. Os policiais também devem estar identificados. Qualquer abuso de autoridade deve ser denunciado, orienta a cartilha. O material pode ser acessado em http://www.dpu.def.br/images/stories/arquivos/PDF/cartilha_ocupacoes.pdf

Cientistas se posicionam contra reestruturação do MCTIC

Causou inquietação a notícia (10/10) de que o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) passará a ser subordinado a uma “Coordenação Geral de Serviços Postais e de Governança e Acompanhamento de Empresas Estatais e Entidades Vinculadas”. Atualmente, a agência federal de fomento à pesquisa está ligada diretamente ao gabinete do titular do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC). Mas, de acordo com um estudo que prevê a reestruturação do Ministério, além do CNPq, a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), a Agência Espacial Brasileira (AEB) e a Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) também estarão vinculados a essa nova Coordenação que pertencerá a uma Diretoria que, por sua vez, responderá à Secretaria Executiva do Ministério.

Em carta (10/10), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e Academia Brasileira de Ciências (ABC) lamentaram o que consideram um “inconcebível retrocesso”. Segundo a carta, a se confirmar esse caminho, ficará evidente que ciência, tecnologia e inovação deixaram de figurar como política estratégica de governo. “As missões de CNPq, Finep, AEB e CNEN estão muito acima do que pode comportar uma ‘estrutura’ de quarto nível do Ministério”, enfatizam na carta entregue diretamente nas mãos do ministro da Ciência e Tecnologia, Gilberto Kassab.

“Quando foi criado, a função do MCT era valorizar e robustecer o sistema de financiamento à pesquisa básica, tecnológica e de inovação, assim como dar dimensão e condições de operacionalização às políticas espacial e nuclear, em consonância com as potencialidades, necessidades e pretensões do País nessas áreas. Colocá-los sob uma coordenação de quarto nível do MCTIC é não reconhecer a importância da CT&I para o País e para a sociedade brasileira”, diz a carta, que solicita ao Ministro atuar junto a quem for de direito para evitar que a medida aconteça.

Cuidado integral e integrado para crianças



FOTO: CESAR OGATA/PREFEITURA.SP

Da concepção até os três primeiros anos, as crianças respondem mais rapidamente às intervenções do que em qualquer outra fase da vida. Nesse período, é fundamental que as ações de saúde procurem articular áreas como nutrição, relações afetivas, ambiente seguro e oportunidades de aprendizagem. Lançada em novembro (9/11), a nova edição da revista *The Lancet* faz parte da série *Avanços no Desenvolvimento Infantil: da Ciência a Programas em Larga Escala* e recomenda que o cuidado integral e integrado é essencial para o desenvolvimento dos indivíduos

e da sociedade. Ao todo, 45 autores de 22 instituições do mundo descrevem em três artigos o elo existente entre o tratamento precoce e o desenvolvimento. No primeiro, Maureen Black, da Escola de Medicina de Maryland (Estados Unidos), juntamente com outros pesquisadores, faz um balanço do que foi alcançado com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), e chama a atenção para o compromisso com a infância. No segundo, um grupo de pesquisadores liderado pela professora Linda Richter, da Universidade de Witwatersrand (África do Sul) recomenda a necessidade de intervenções integradas que promovam o desenvolvimento da primeira infância. No artigo, os estudiosos destacam que carinho e proteção são essenciais para promover o desenvolvimento. No terceiro e último texto, Pia Rebello Britto, consultora do Unicef, avalia, com uma equipe, modelos e estratégias para promover o desenvolvimento infantil. Os textos estão em inglês e podem ser acessados em: <https://goo.gl/VRU8XO>.

Política de inovação

Em reunião com empresários na Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), o ministro Ricardo Barros anunciou (4/11) a Nova Política de Plataformas Inteligentes de Tecnologia em Saúde, com investimentos da ordem de R\$ 6 bilhões no Complexo Industrial da Saúde, informou o Portal Brasil (5/11). Segundo o site oficial, a política prevê a construção de três novas fábricas com foco na produção de medicamentos e vacinas — com o objetivo de reduzir custos na compra de insumos biológicos — e a reorganização das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) dos laboratórios públicos, “tornando-os mais competitivos e sustentáveis”. Na ocasião, o Ministério da Saúde informou que, com a revisão de contratos e medidas de gestão, economizou recursos na ordem de R\$ 1 bilhão, que estão sendo realocados para serviços como financiamento de UPAs e a ampliação de acesso aos medicamentos.

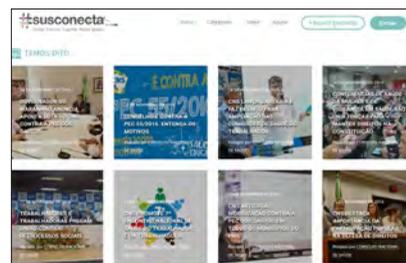
RADIS ADVERTE

INSEGURANÇA AMEAÇA A SAÚDE

LEVANTAMENTO DO MINISTÉRIO PÚBLICO APONTA QUE 50% DAS BARRAGENS DE MINERAÇÃO NO BRASIL TÊM POTENCIAL DE CAUSAR DANOS SIMILARES OU PIORES DO QUE O ROMPIMENTO DA BARRAGEM DA SAMARCO, EM MARIANA (MG), EM 2015.

#NaoFoiAcidente #NaoEsqueceremos

ARTE: CAROLINA NIEMEYER



SUSconecta

Resultado de parceria entre Fiocruz, Conselho Nacional de Saúde, Rede Unida, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e universidades federais do Rio Grande do Sul e do Rio Grande do Norte, o portal #SUSconecta surgiu para ampliar e dar visibilidade às narrativas relacionadas a atenção, formação, gestão e controle social no SUS, reunindo conteúdos de diversas plataformas virtuais e potencializando sua integração.

A ideia é oferecer e disponibilizar o conhecimento existente de forma fácil, dando destaque e conectando as diferentes iniciativas virtuais e presenciais do SUS, com destaque para eventos, oportunidades, redes e comunidades, experiências e uma midiateca. O portal reúne informações da Comunidade de Práticas, do portal Saúde Baseada em Evidências e do Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS), e funciona de forma colaborativa. Acesse em www.susconecta.org.br.



Cegos: a petrificação dos corpos na performance do grupo Desvio Coletivo em Uberlândia, no dia 13 de novembro, instiga a reflexão sobre as diversas formas de cegueira, assim como o empobrecimento da experiência humana decorrente do processo de mercantilização da sociedade e de redução de direitos. Foto: Desvio Coletivo/Divulgação

Com as próprias mãos

Metade do país concorda com a afirmação “bandido bom é bandido morto”, mostrou pesquisa realizada pelo instituto DataFolha encomendada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (5/10). A pesquisa ouviu 1307 pessoas em 84 cidades com mais de 100 mil habitantes. Apesar do levantamento revelar uma assustadora parcela da população formada por “justiceiros”, há quem seja otimista e enxergue, nos outros 50% contrários, uma janela para a construção de políticas públicas mais humanas. “Há espaço para mudanças”, declarou à *Folha de S.Paulo* (5/10) o sociólogo Renato Sérgio de Lima.

Professor desvalorizado

“Professor recebe até 39% menos que profissional com a mesma escolaridade”, informou a *Folha de S.Paulo* (14/11). O jornal divulgou números da pesquisa feita pelo Inep, instituto ligado ao Ministério da Educação, que utilizou dados do IBGE entre 2000 e 2014. Segundo a matéria, uma das metas do Plano Nacional de Educação (até 2020) é a equiparação dos salários da categoria com outros profissionais, com o objetivo de atrair jovens com boa formação para as salas de aula. A realidade, no entanto, não é nada atrativa. “Não quero que minha filha leve a mesma vida que eu”, declarou à reportagem a professora Alba Araújo, na ativa há 40 anos na rede pública de ensino em São Paulo.

Conivência com a barbárie

Por 11 votos a 1, a Comissão de Ética da Câmara livrou (9/11) o deputado Jair Bolsonaro de processo por ter homenageado em plenário um dos principais símbolos da repressão durante a Ditadura no Brasil. “... pela memória do coronel Carlos Alberto Brilhante Ustra, o pavor de Dilma Rousseff, meu voto é sim”, declarou o deputado, na votação do impeachment contra a então presidenta. A representação acusava o parlamentar de “apologia à tortura”, mas a comissão entendeu o discurso como “livre opinião política”. Poucos dias antes, o Ministério Público de São Paulo já havia arquivado o processo que acusava o ator Alexandre Frota de fazer apologia ao estupro durante entrevista veiculada em rede nacional. Surpreendentemente, a Justiça entendeu que a fala do ator não exaltava o crime, apenas narrava um episódio de sua vida e, por isso, puni-lo seria limitar sua liberdade de expressão. Em 2014, Alexandre contou, em um programa da Rede Bandeirantes, como fez sexo sem consentimento com uma mãe de santo enquanto ela estava desmaiada.

Propaganda, não jornalismo

Entre risadas e num clima ameno característico de um programa de bate-papo, o presidente Michel Temer foi entrevistado por jornalistas de grandes jornais, como *Folha de S.Paulo* e *Estadão*, no programa Roda Viva da TV Cultura (14/11), emissora mantida pelo governo de São Paulo. Como se ignorassem as altas taxas de impopularidade de Temer e questões polêmicas, como denúncias de corrupção envolvendo nomes como o do ministro das Relações Exteriores, José Serra, e o do próprio presidente (acusado de receber um cheque nominal no valor de R\$ 1 milhão da construtora Andrade Gutierrez), os jornalistas conduziram a entrevista num clima de cordialidade, cujo ápice foi a pergunta do colunista Ricardo Noblat (*O Globo*): “Como foi que o senhor se apaixonou por dona Marcela?”. Em artigo em *The Intercept Brasil*, o jornalista Gleen Greenwald lembrou que os entrevistadores perguntaram várias vezes se Temer pretendia concorrer à eleição de 2018, mas ignoraram o fato de que isso não seria possível porque ele foi declarado “ficha suja” pelo TRE. Ao final da entrevista, Temer respondeu com sinceridade ao âncora da TV Cultura, William Corrêa: “Cumprimento vocês por mais esta propaganda”. A TV Brasil, emissora mantida pela Empresa Brasil de Comunicação (EBC), ligada ao governo federal, voltou a retransmitir o Roda Viva no dia da entrevista — o que sinaliza mais um ato de intervenção do governo na emissora e de ameaça à comunicação pública, como *Radis* mostrou na edição 170.

Design acessível

A designer Fernanda Schacker apresentou na 62ª edição da Feira do Livro de Porto Alegre o *Guia de diagramação para um livro acessível*, publicação ainda sem editora em que ela explica o passo-a-passo da produção editorial de livros que contemplam necessidades de leitores especiais. Entre outras dicas, Fernanda, que tem Síndrome de Down, indica que a gramatura do papel deve ser pensada para que a página não seja danificada no uso de recursos como virador de páginas com velcro, ou clipe de arame que mantém o livro aberto, usado por pessoas com capacidades reduzidas de manuseio. A aplicação do texto na página atende as necessidades de pessoas com dificuldades visuais, o que implica na escolha da fonte (segundo ela, a Verdana oferece melhor legibilidade porque diminui a confusão entre letras como p e q, ou i e j), além de regras sobre alinhamento e limites da caixa de texto.

UNIDADE DE RESISTÊNCIA

“Rebelião de construção” é alternativa para os ataques ao SUS, apontam participantes do 7º Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco

No ato público em defesa da democracia e do SUS, representantes de movimentos sociais e acadêmicos se posicionam contra a PEC 55: “Nenhum direito a menos”



FOTO: DIVULGAÇÃO ABRASCO



Liseane Morosini e Luiz Felipe Stevanim

Aquele poderia ser batizado como um dia depois do “fim do mundo”, em referência a um dos apelidos que a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 [renomeada para PEC 55 no Senado] ou “PEC do teto” havia recebido dos movimentos sociais. De fato, o projeto que altera a Constituição Federal e impõe limites aos gastos públicos por duas décadas havia sido aprovado na noite anterior (10/10), em votação em primeiro turno na Câmara dos Deputados. Mas naquele fim de tarde de 11 de outubro em Cuiabá, os participantes do 7º Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) — entre eles, estudantes, profissionais de saúde, pesquisadores e defensores do SUS — não apenas debatiam os temores diante do que apontavam como cenário desastroso provocado pelo que chamavam de “PEC do fim do mundo”. Eles também buscavam alternativas de resistência para a continuidade das políticas públicas de saúde.

“Austeridade, ajuste econômico e cortes em políticas sociais matam gente, adoecem, fazem mal à saúde”

O cenário pessimista, no entanto, não invalida ações de mobilização social. “Austeridade, ajuste econômico e cortes em políticas sociais matam gente, adoecem, fazem mal à saúde”, sentenciou o presidente da Abrasco, Gastão Wagner, médico sanitário e professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Em contraposição, segundo ele, é preciso fazer uma “rebelião de construção”, capaz de mostrar o valor do SUS para a população. Gastão sintetizou aquela que foi a principal tônica do congresso realizado em Cuiabá, entre os dias 9 e 12 de outubro: “O SUS é uma política da Nação brasileira e precisa ter continuidade”. Segundo sua visão e a de outros pesquisadores e integrantes de movimentos sociais da saúde presentes no encontro, o momento político exige estratégias de unidade entre os diferentes setores que defendem a saúde pública, capazes de resistir às medidas de desmonte do SUS que atingem toda a população brasileira.

Cobertura vacinal, saúde da família, controle da aids, atenção às urgências e assistência farmacêutica são algumas das conquistas trazidas pelo SUS e que se encontram sob ameaça, como apontou Luís Eugênio Portela, médico e professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA). “Mesmo enfrentando um contexto desfavorável ao desenvolvimento de políticas sociais, o SUS se expandiu e contribuiu para a melhoria da vida dos brasileiros”, avaliou. Mas o diagnóstico do momento atual é duro. “A PEC 241 fere cláusulas pétreas da Constituição, como o respeito à dignidade humana e o direito à saúde, que não podem ser modificadas por emendas constitucionais. Exigiriam uma nova Assembleia Nacional Constituinte”, destacou, ao enfatizar o caráter

“inconstitucional” da proposta. Para os participantes do encontro, a principal resistência contra o ataque aos direitos da população deve ser a defesa do SUS como serviço público garantido para todos.

Reatar os afetos da população com o SUS, mostrar como a saúde pública faz diferença na vida das pessoas. Esse é o caminho de luta apontado por Gastão, ao destacar que as políticas públicas de saúde no Brasil foram construídas de baixo para cima, com participação popular, e não impostas pelos governantes. “Nesse momento que o SUS está acuado, temos que aumentar o poder da sociedade civil, dos trabalhadores, dos conselhos de saúde e diminuir o poder do Executivo, seja de prefeitos, governadores ou presidente”, propôs. Ele citou os exemplos da estratégia de saúde da família, da integralidade da atenção em aids e da saúde mental como políticas que foram construídas com participação popular.

O presidente da Abrasco sugeriu a formação de “frentes de coletivos”, com o protagonismo de cidadãos e trabalhadores do SUS, para unificar os esforços daqueles que defendem os direitos da população. “Nós temos que ampliar as lutas em defesa das políticas públicas, da educação, do direito das mulheres, dos negros, dos trabalhadores, contra a violência, pela liberdade e pela democracia, e a favor da reconstrução dos movimentos sociais”, destacou, ao considerar que o movimento sanitário é polifônico, pois depende da contribuição de pesquisadores, trabalhadores e da sociedade. Ao se referir à ocupação das escolas, ele apostou na necessidade de integrar a luta daqueles que acreditam na educação, pois “professores não devem reivindicar melhores salários longe dos estudantes”.

“Nós temos que ocupar cada local de trabalho, não para paralisar, mas para cuidar”, enfatizou. Segundo Gastão, os métodos já estão ao alcance da saúde pública. “São os métodos de cogestão, do HumanizaSUS, de ser dialógico e interativo. Esse movimento precisa ser multiplicado”. Entre as pautas importantes, está a afirmação do serviço público, sem privatização e terceirizações. Ele também destaca a luta por financiamento para a saúde da família. “A atenção primária foi a principal inovação tecnológica em saúde do século 20, junto com os antibióticos, porque é uma metodologia com efetividade, que tem impacto nas mudanças e nas práticas”, avaliou (leia matéria sobre medicina de família na página 22).

CORTES FAZEM MAL À SAÚDE

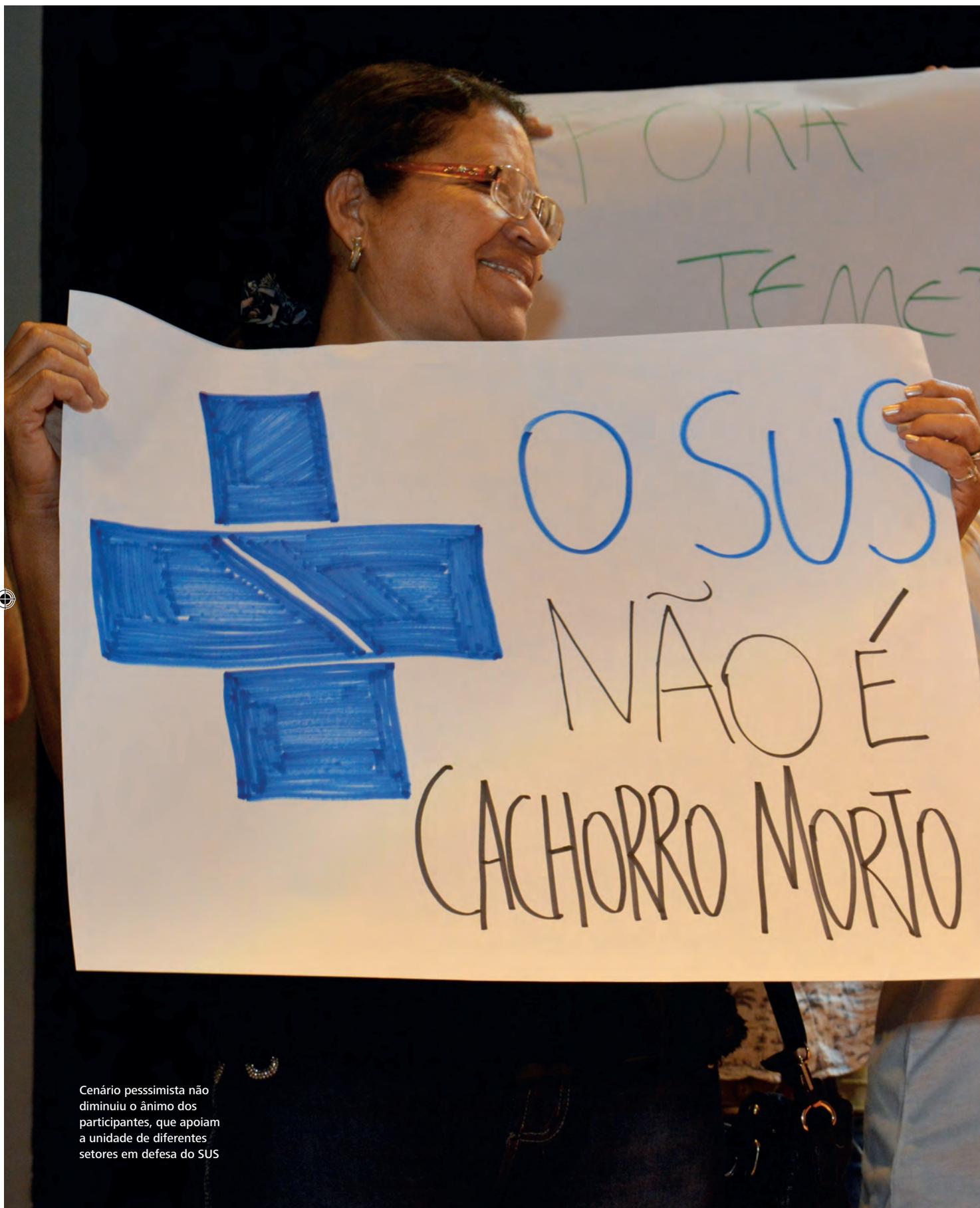
A saúde coletiva adverte: a austeridade faz mal à saúde. A frase podia ser lida nos cartazes do ato político organizado pelos participantes do encontro (11/11) e era uma reação à aprovação da PEC 241 na Câmara no dia anterior, que pode restringir os gastos públicos e impactar a saúde e a educação. “Essas políticas de austeridade provocam aumento do desemprego, endividamento das famílias, empobrecimento, aumento dos divórcios e da violência”, avaliou Luís Eugênio Portela. A constatação é de que os cortes nos investimentos públicos trazem consequências sérias para a população, como o agravamento da saúde mental, com a elevação da incidência de depressão, estresse, abuso de álcool e outras drogas.

Com a piora nas condições sociais, cresce a procura pelo SUS, que deverá ter seu atendimento cada vez mais precário pela falta de verbas. “Nesse contexto, a demanda



FOTO: DIVULGAÇÃO ABRASCO





Cenário pessimista não diminuiu o ânimo dos participantes, que apoiam a unidade de diferentes setores em defesa do SUS

FOTO: DIVULGAÇÃO ABRASCO





por atendimento no sistema público aumenta, tanto pela piora nas condições de saúde quanto pela diminuição da capacidade de pagamento por parte das famílias”, acrescentou. Em sua avaliação, o governo Temer explicitou, assim que assumiu, o seu projeto de ataque aos direitos sociais, quando o ministro da Saúde, Ricardo Barros (PP-PR), declarou que a saúde pública não “cabe” no orçamento. “São os direitos à saúde, educação, assistência social e previdência que se encontram desrespeitados por conta do único intuito de preservar o pagamento da dívida pública, nunca auditada”, enfatizou.

Superar o modelo biomédico é outro desafio da saúde coletiva, pois na visão de Luís Eugênio, mesmo programas que privilegiam práticas preventivas e comunitárias, como a saúde da família, têm dificuldade em não se limitar aos métodos biomédicos. “Na assistência, o maior problema continua sendo a hegemonia de um modelo de atenção centrado em práticas biologicistas, individuais, hospitalares, baseadas no tratamento sintomático e que estimulam o consumismo de procedimentos”, ponderou. Apesar das conquistas propiciadas pelo SUS nas últimas décadas, problemas como a tuberculose, a malária, as doenças transmitidas pelo *Aedes* (zika, dengue e chikungunya) e as doenças crônicas (diabetes, hipertensão) ainda precisam ser encarados, assim como as desigualdades regionais e sociais.

Os direitos sociais, como saúde, educação e previdência, são conquistas e não concessões. Esse é um entendimento que deve ser recuperado e discutido com a população, nesse contexto político de desmonte dos serviços públicos, na visão da socióloga e professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF), Lenaura Lobato. “Antes de ser um gasto, direito social é investimento na vida e no bem-estar da população”, ressaltou à *Radis*. O que o SUS tem pela frente é uma disputa de valores entre setores da sociedade, na qual aqueles que defendem a saúde como um direito devem mostrar para a população que os problemas sociais dizem respeito ao conjunto da coletividade — e não são resolvidos com o individualismo. “Atender as necessidades individuais através do mercado gera muita instabilidade e insegurança”, argumentou.

Segundo Lenaura, as demandas por saúde e educação estavam colocadas pelas manifestações de 2013, mas não foram respondidas com soluções efetivas que atendessem as necessidades de fato. Ao contrário, a insatisfação da população foi canalizada por setores conservadores da política. “Nós queremos sistemas melhores, mais próximos da população, mais eficientes, mais bem geridos, com dinheiro melhor aplicado, sem corrupção”, enfatizou. Ela ainda lembra que construir uma cultura do direito social — tarefa que o SUS ainda tem pela frente — não é uma luta de partido ou contra este ou aquele governante. “Nós não abrimos mão dos nossos direitos. São conquistas da população brasileira”, afirmou.

É preciso, sim, debater a conjuntura política, sem se deixar aprisionar por ela, defende ainda o médico e professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Alcides Miranda. “O que está ocorrendo, no atual contexto político, é a preparação do terreno para a transição conservadora que ainda teremos pela frente”, apontou, ao citar os ataques aos marcos legais e à Constituição. Segundo o professor, o discurso é de que, diante da incompetência do Estado, é necessário substituir a gestão pública pela lógica empresarial. “A narrativa da crise e a capitalização das insatisfações convergem para momentos de exacerbação do regime de exceção”. Ele

aponta que essa agenda política já estava colocada em pauta mesmo antes do impeachment e o desmonte dos direitos aconteceria, ainda que de modo mais lento, mesmo que Dilma Rousseff tivesse permanecido no governo.

Alcides critica um modelo de “justiça seletiva” que não se aplica ao conjunto da sociedade, mas apenas a determinados grupos sociais ou políticos. “Essa justiça de um ‘olho só’ sempre ocorreu sobre a população marginalizada desse país, que vive sob a ameaça a seus direitos”. Segundo ele, no contexto atual, o que houve foi a expansão desses abusos e ameaças para o conjunto da população, com o objetivo de justificar mudanças no sistema político que colocam em risco a democracia.

“O SUS é uma conquista e funciona como um espelho para inspirar outras políticas sociais”

“O SUS é uma conquista e funciona como um espelho para inspirar outras políticas sociais. A questão é: a partir de agora, o que se faz”. O questionamento foi pontuado à *Radis* pelo sociólogo e professor da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Paulo Henrique Martins. Ele considera que o Sistema Único de Saúde rompeu com uma lógica autoritária de construção da política de saúde no Brasil, mas ainda está preso a uma visão “republicanista” dos direitos, restrita a acesso a hospitais, bens e serviços. Antes, segundo ele, é preciso resgatar o direito à vida como bem-estar não apenas físico, mas social, afetivo e espiritual. “O lugar da saúde passa pelo modo de organização da casa, da rua, do corpo e das emoções”, enfatizou, ao destacar a necessidade de rever o significado de bem comum e valorizar a prática comunitária e local.

Segundo ele, é preciso superar a ideia de “usuário” que coloca o indivíduo como objeto passivo da intervenção. “A ação em saúde tem que contemplar, para além do usuário, o ser humano em sua complexidade de redes, pertencimentos, solidariedade e subjetividades coletivas e comunitárias”, apontou. Essa ideia de saúde exige uma posição de respeito ao lugar do outro, além de rever a imposição de práticas de cima para baixo. “A saúde precisa de um método de ‘estar presente’, uma experiência direta com o outro no qual eu me apresento como ser humano e não apenas como médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou profissional de saúde”.

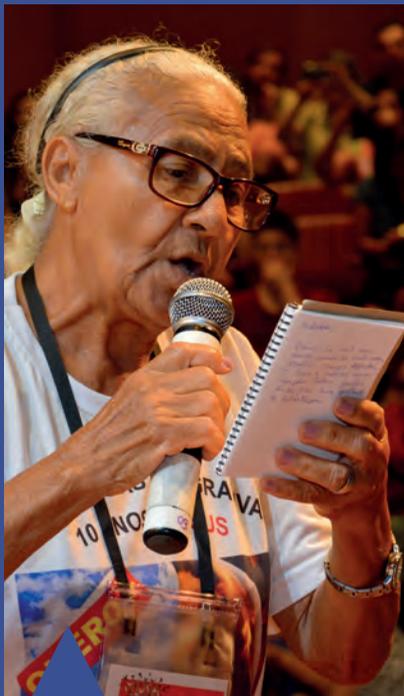
Na visão do sociólogo, devido ao caráter centralizado e piramidal do Estado, as iniciativas de cuidado com a vida tendem a reproduzir lógicas autoritárias e a dominação de interesses corporativos e empresariais. Em contraponto, é preciso resgatar a experiência de cada um com seu próprio corpo e as redes das quais fazemos partes. “É preciso abrir a rede de pertencimentos, a partir dos lugares que eu ocupo: eu sou mulher, eu sou negro, eu sou gay”, pontua, ao lembrar que não existe um indivíduo fora da sociedade e de suas relações. Essa visão de saúde também recomenda o respeito às práticas de ritual, por meio das quais acontecem o “encontro com o outro”: “Os povos indígenas e africanos têm uma tradição de ritualização da vida, que nós abandonamos e negligenciamos, dentro de uma visão tradicional de cidadania”, explica.



As populações do campo, das águas e das florestas são as mais atingidas pelos cortes nos investimentos públicos, constatou um dos dirigentes do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) de Mato Grosso, Antonio Carlos de Menezes. “Se hoje nós já temos um atendimento em saúde muito precário, imagina quando começar a faltar dinheiro”, pontuou à *Radis*. Ele denunciou ainda o impacto que a exploração lucrativa da mineração, da terra e dos recursos hídricos traz para as populações do campo e de cidades do interior do Brasil. “Esse modelo do agronegócio, do hidronegócio e do mineralnegócio

consegue sequestrar o Estado brasileiro para implantar suas políticas e o objetivo passa a ser resolver o seu problema apenas”, analisou.

Para a população do campo, as consequências são sentidas na saúde física, psíquica e social. “O agronegócio desestrutura essas comunidades pequenas, que passam a viver o desemprego, o aumento da violência, a perda da perspectiva de vida e de futuro, o aumento no uso de álcool e drogas e o abandono familiar”, relatou. Segundo ele, esse tipo de exploração da terra não gera emprego; ao contrário, provoca a migração das famílias para os grandes



FOTOS: MARCIO DAVID FOTOGRAFIA

“Estamos vendo um grande retrocesso no país. Uma crueldade com os mais pobres, com os indígenas, com as ditas minorias, os diferentes. A PEC 241 é o retrato do governo golpista. E a PEC 215 é um atentado aos direitos dos povos indígenas, aos remanescentes de quilombolas e à natureza ao passar a decisão de demarcação das terras indígenas do Poder Executivo para o Congresso Nacional. Nós temos também um modelo de saúde colonizador que sufoca os conhecimentos dos povos tradicionais e já se aponta um agravamento dessa situação. Vai ser uma tragédia”.

Sebastião Carlos Moreira, integrante do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), Mato Grosso, MT



Fran Demétrio, mulher trans, professora do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), Salvador, Bahia

Palmira Sérgio Lopes, liderança popular, Assentamento Novo Salvador, Jacaraú, PB

“Essa PEC é uma ameaça ao SUS, que foi conquistado com muita luta do povo e não pode ser acabado. Se isso acontecer, vai acabar o direito do pobre. Eu não sei nem quem é que vai ter direito. Eu não acredito que o pobre vai ter acesso a um plano popular. Pelo que eu vi como os parlamentares votam, não há mais porque acreditamos neles. Eu faço um apelo a todas as pessoas. Você sabe quem foi o deputado federal e o senador que você votou. Mande um e-mail e fale sua insatisfação com as coisas que eles votam e que são contra o povo pobre”.

“Em que pese toda a situação da política brasileira, de um golpe que foi instaurado em uma perspectiva de retirada e perda de direitos, creio que os movimentos sociais devem buscar a unidade. Ou há essa unificação ou o cenário no âmbito da democracia e dos direitos vai piorar. Se não passar por um momento de resistência dos movimentos sociais, talvez eu nem tenha possibilidade de existir aqui. Voltaremos a uma ditadura moral religiosa. Se isso se consolidar, que eu espero que não, existe a possibilidade de nem ser permitido que as minorias estejam presentes socialmente no Brasil”.





centros urbanos. O mesmo acontece com a expansão da mineração e de obras hídricas. “Após o término das obras, percebe-se o aumento da violência nessas comunidades, porque há um grande deslocamento de pessoas para a região e, ao acabar o emprego, as pessoas ficam sem perspectiva”, completou.

Em relação às reformas discutidas pelo governo de Michel Temer, como a da previdência, Antonio considera que as mulheres do campo serão as principais prejudicadas. “As mulheres do campo, nessa sociedade machista, são as que mais trabalham: são as primeiras

que levantam e as últimas que vão se deitar. Ao aumentar a idade de aposentadoria, nós nem sabemos se muitas dessas pessoas vão chegar a se aposentar”, declarou. Ele também manifestou preocupação em relação à ameaça de privatizar o atendimento em saúde: “Que empresa vai priorizar a população do campo?” Ao destacar a articulação entre diferentes movimentos sociais dos povos que vivem e trabalham no campo, nas águas e nas florestas, ele lembrou ainda a necessidade de combater a ideia de que a “ditadura do lucro” é a única saída para a sociedade: “Sem democracia, não há saúde”, enfatizou. 



Juliana Acosta, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais (Contag), no CNS, Brasília, DF

“Mais do que nunca fica evidente que o afastamento da presidenta Dilma foi uma estratégia para o desmonte das políticas públicas de direitos sociais que foram duramente conquistadas pelas classes trabalhadoras. Esse momento exige uma consciência de classe. Está em disputa um outro projeto de cidade e, pergunto, qual o nosso papel nisso? É um desafio grande para os movimentos sociais e a comunidade científica buscar a unidade e tentar conjuntamente elaborar uma nova alternativa para a edificação de um projeto popular para o Brasil”.

“A demanda da população de rua é urgente, é para ontem. Os serviços de assistência social oferecem um prato de comida ou um banho e acham suficiente. Nós não temos fome de papelão ou de um prato de comida. Nós temos fome de direitos. Os centros de atendimento à população de rua estão fechando e vão fechar ainda mais com essa PEC. Ela é a morte dos direitos sociais para a população de rua. Direito a menos em todos os sentidos. Hoje a população de rua já não consegue acessar habitação, para acessar a saúde é com muita dificuldade”.

Vanilson Torres, representante do Movimento Nacional da População em Situação de Rua no Conselho Nacional de Saúde (CNS), Natal, RN



FOTO: LISEANE MORGOSINI

Kenneth Camargo Jr, professor do Instituto de Medicina Social (IMS-Uerj), Rio de Janeiro, RJ

“O SUS foi construído em circunstâncias muito mais adversas. O modelo da Reforma Sanitária começa na ditadura e, por pior que as coisas estejam, a ditadura foi ainda pior. Mas ninguém esperava o desmonte tão amplo e rápido do que levou décadas para ser conquistado. Essa PEC é uma ameaça a tudo que diz respeito à função social do Estado, não é só o SUS. Temos que voltar para a base, rearticular o movimento, ocupar todos os espaços possíveis. A internet tem sido importante e pode ser utilizada como instrumento de mobilização de movimentos populares em vários lugares. Há uma briga dura pela frente a ser travada”.





PREP E PEP, UMA NOVA GERAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA IMPEDIR A INFECÇÃO PELO VÍRUS HIV

Bruno Dominguez

O mesmo mantra é repetido em campanhas desde o início da epidemia de aids: use camisinha. Mas o conhecimento nem sempre se traduziu em comportamento. Um exemplo: enquanto 94% dos brasileiros entre 15 e 64 anos concordavam que o preservativo era a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV, 45% não o adotaram em todas as relações sexuais casuais no período de um ano, segundo levantamento do Ministério da Saúde de 2013. Para superar os limites de uma forma única de prevenção, uma nova geração de estratégias que, combinadas, promete favorecer o controle de novos casos. Dentre elas, se destaca a PrEP, profilaxia pré-exposição, cuja incorporação ao SUS estava prevista para este 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta contra a Aids, mas que acabou adiada por decisão do governo.



“A PrEP é uma grande esperança na prevenção da aids, especialmente para as pessoas que têm dificuldade com outros métodos, como a camisinha”, avalia o antropólogo Richard Parker, diretor-presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia). A PrEP se soma ao preservativo e à PEP, profilaxia pós-exposição — que, apesar de estar disponível no SUS para casos de exposição ao risco via sexo consentido desde 2012, ainda impõe barreiras como discriminação e falta de informação para quem busca acesso. Essa gama de opções complementares forma o que se chama de prevenção combinada. “A prevenção é como uma caixinha de ferramentas. Quanto mais numerosas forem as possibilidades na caixinha, melhor, pois cada pessoa pode decidir o que é mais adequado para ela em determinado momento”, compara Parker.

PREP: ESPERANÇA ADIADA

A esperança tinha prazo: até o fim de 2016, segundo promessa feita pela diretora do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Adele Benzaken, durante a 21ª Conferência Internacional de Aids, em Durban (África do Sul), em julho. Mas a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), à qual caberia dar parecer favorável à adoção do método, decidiu em outubro aguardar aprovação do Truvada (nome comercial da combinação de tenofovir e emtricitabina) para prevenção pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Atualmente, o medicamento está registrado apenas para tratamento (*Radis 170*).

“Queríamos dar essa boa notícia em 1º de dezembro, com o lançamento da PrEP no SUS, mas

infelizmente a Conitec solicitou que aguardássemos a mudança de bula”, explicou à *Radis* a diretora Adele Benzaken, que disse ter pedido pessoalmente ao diretor-presidente da Anvisa, Jarbas Barbosa, a aceleração do processo. Segundo ela, Jarbas respondeu que iria “se empenhar nesse aspecto”. Como a Conitec entra em recesso nos meses de janeiro e fevereiro, a previsão agora é de que o protocolo de incorporação da PrEP ao SUS seja reapresentado em março.

Entre os especialistas ouvidos por *Radis*, avaliou-se que a Conitec poderia ter declarado interesse de saúde pública para o uso fora da bula (*off-label*) do Truvada — ou seja, o uso do medicamento para prevenção, apesar de estar aprovado pela Anvisa apenas para tratamento. O diretor-presidente da Abia questiona a vontade política do governo: “Há dois anos temos promessas dos diretores do Departamento de DST/aids, mas em um momento em que os princípios do SUS e da Constituição de 1988 estão ameaçados, com a PEC do Teto de Gastos, é incerto que haja esforço para adotar um método cujos custos são altos”.

EFICÁCIA COMPROVADA

Desde 2010 pesquisas vêm comprovando que o uso diário de um comprimido que combina os antirretrovirais tenofovir e emtricitabina é eficaz e seguro para proteger contra a infecção por HIV por via sexual. Entre homens que fazem sexo com homens e travestis, a eficácia pode chegar a 99% se a pessoa tomar a dose certa todo dia. Em 2014, a Organização Mundial da Saúde recomendou a profilaxia pré-exposição para pessoas em risco considerável de se infectarem com HIV. “É uma tecnologia com eficácia

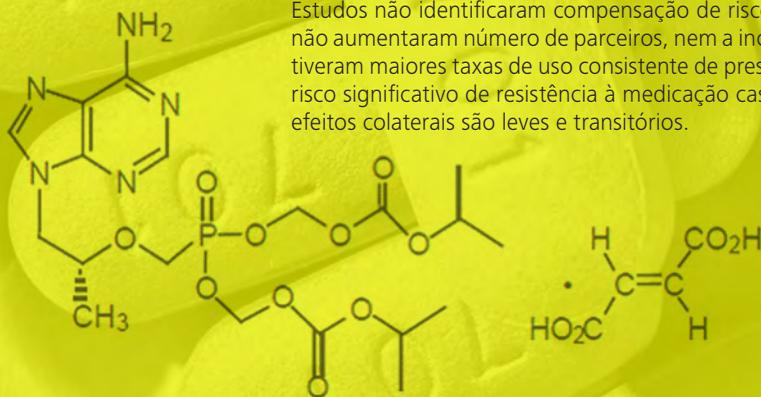
PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP)

PrEP é uma sigla que vem do inglês e significa profilaxia pré-exposição. Trata-se da utilização do antirretroviral por pessoas que não estão infectadas pelo HIV, mas se encontram em situação de elevado risco de infecção. Com o medicamento já circulante no sangue no momento do contato com o vírus, o HIV não consegue se estabelecer no organismo.

O Truvada, que combina dois antirretrovirais (tenofovir e emtricitabina) em um único comprimido, mostrou-se mais eficaz. Pesquisas comprovaram que, se a pessoa tomar o medicamento todos os dias, a proteção contra o HIV chega próxima de 100%. Se ela se esquecer, pode ser que não tenha as substâncias suficientes no sangue para impedir a contaminação.

Estudos não identificaram compensação de risco, ou seja, pessoas que usaram PrEP não aumentaram número de parceiros, nem a incidência de outras DSTs e, além disso, tiveram maiores taxas de uso consistente de preservativo. Também não foi detectado risco significativo de resistência à medicação caso ocorra uma infecção pelo HIV. Os efeitos colaterais são leves e transitórios.

Fontes: UnaiDs e PrEP Brasil





mais que constatada, para ser usada desde já”, presiona Richard. Para ele, a PrEP deveria ser objeto de uma forte mobilização social, visto que é a grande novidade na prevenção de uma doença que tem 44 mil novos casos por ano no país.

Primeiro estudo demonstrativo no país, o PrEP Brasil avalia a aceitação, a viabilidade e a melhor forma de oferecer essa estratégia aos brasileiros, para embasar a decisão do Ministério da Saúde sobre sua incorporação. Coordenado pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), da Fundação Oswaldo Cruz, envolve 700 voluntários de Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Manaus. Todos são acompanhados por equipe especializada de médicos, enfermeiros e psicólogos, têm acesso a aconselhamento para gerenciamento do risco de adquirir a infecção pelo HIV e passam por testes de HIV e de outras DSTs.

“Novas tecnologias podem ter impactos diferentes em cada contexto. É importante que a resposta para o SUS venha de dentro do nosso sistema de saúde, da nossa cultura, da nossa sociedade”, observa Valdilea Veloso, coordenadora do estudo. Os dados finais ainda não foram divulgados, mas a pesquisadora afirma à *Radis* que apontam, em todos os aspectos, para a relevância da oferta no país. “Estudos têm observado essa estratégia de diferentes posições, diria que quase em 360 graus, e até o momento essas perspectivas indicam unanimemente que a PrEP é viável e beneficia tanto a população-chave quanto a sociedade como um todo”.

EFEITOS COLATERAIS

O professor universitário Wagner Araújo (nome fictício), de 36 anos, é participante de um dos estudos demonstrativos no Brasil. “Assim que vi um anúncio buscando voluntários, me inscrevi, porque sabia que, se funcionasse, seria muito importante para um mundo sem aids”, conta ele. A adaptação ao Truvada foi fácil, com poucos efeitos colaterais — gases, nos primeiros meses. O Iprex, primeira pesquisa a indicar a eficácia da profilaxia pré-exposição, concluiu que cerca de 16% dos usuários apresentaram algum tipo de efeito colateral. “É o que se chama de síndrome de início da profilaxia”, explica a coordenadora clínica do PrEP Brasil, Brenda Hoagland. “Náusea, enjoo, diarreia e gases são os sintomas mais comuns, mas tendem a desaparecer com menos de um mês de uso”. Segundo Brenda, a porcentagem de pessoas que relataram efeitos colaterais por aqui é “semelhante” — os dados oficiais ainda serão divulgados.

Para Wagner, o mais difícil mesmo foi se lembrar de tomar o medicamento diariamente. “Desenvolvi várias estratégias, botava alarme no celular, usava separador de comprimido que marca os dias da semana”, lista ele. Mesmo assim, em algumas ocasiões ele admite que se esqueceu do compromisso com a saúde. Enquanto testava a PrEP, Wagner diz não ter deixado de lado o sexo seguro: “Fiquei mais confiante de não me contaminar, mas nos aconselhamentos do estudo se martelava tanto a necessidade de se proteger que continuei a usar camisinha”.

Na conferência de Durban, a diretora do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais afirmou que, “no primeiro ano, a PrEP estará disponível para 10

mil pessoas”. Que pessoas? Adele Benzaken responde à *Radis* que o foco será nas populações com “alta vulnerabilidade, conforme recomenda o protocolo da Organização Mundial da Saúde”. O novo protocolo de HIV da OMS ao qual ela se refere afirma que a PrEP deve ser considerada pelos países, em suas políticas públicas, como alternativa de prevenção voltada a grupos com “risco substancial de infecção pelo HIV”. Cada um, de acordo com a forma como a epidemia se manifesta, define quais grupos estão em “risco substancial”. O Brasil considera como populações-chave homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, gays, profissionais do sexo e pessoas que usam drogas.

PREP PRA QUEM?

Para participar do estudo PrEP Brasil, além de questões ligadas à orientação sexual, o candidato precisava preencher parte de uma série de critérios de comportamento sexual que favorecem a infecção: número de parcerias com sexo desprotegido, ocorrência de outras doenças sexualmente transmissíveis em um espaço de tempo e parceria identificada como soropositiva, entre outros. “PrEP não é para aquelas pessoas superpreocupadas, paranoicas com prevenção, que usam camisinha, transam com um parceiro negativo, mas morrem de medo de se infectar”, exemplifica Valdilea. Do ponto de vista da boa aplicação do recurso público, diz ela, essas pessoas não são prioridade.

“A incorporação da profilaxia pré-exposição ao SUS só faz sentido, do ponto de vista do impacto na epidemia, se for para atingir as populações mais vulneráveis e diminuir as desigualdades de acesso ao cuidado com saúde”, argumenta. Pessoalmente, Valdilea afirma ser favorável à venda do Truvada (ou de um genérico) nas farmácias para aqueles que não se encaixam no conceito de população-chave, mas ressalta que é muito importante que a PrEP esteja disponível no SUS, sem custo, para as pessoas mais vulneráveis que assim desejarem, não só as mais pobres.

Richard Parker defende que a PrEP esteja disponível para quem quer: “Essa estratégia deveria estar disponível para todos que, com uma avaliação razoável, acham que é a forma de prevenção mais eficaz em determinado momento da vida”. A visão do diretor-presidente da Abia se baseia no conceito de “pedagogia da prevenção”, em que se oferece às pessoas as condições de decidir, dentre todas as opções preventivas, qual é a mais adequada. “O autoritarismo por parte dos especialistas é um dos causadores do fracasso da prevenção da aids. As pessoas não se comportam a partir da ordem dos outros, mas daquilo que elas consideram que é preciso”.

CUSTOS X BENEFÍCIOS

De acordo com estimativa da Unitaid, agência ligada às Nações Unidas de financiamento em saúde, a combinação de medicamentos utilizada na PrEP poderá custar 100 dólares por usuário, anualmente, se aplicada em larga escala no Brasil. O INI também realizou estudo sobre a viabilidade econômica da profilaxia pré-exposição no país, comparando seus custos com as do tratamento de uma pessoa com HIV (que



PEP: DIREITO DESCONHECIDO

A PEP, sigla em inglês para profilaxia pós-exposição, está disponível no SUS desde 2010 para os casos de relação sexual de risco desprotegida, mas grande parte dos brasileiros (e mesmo dos profissionais de saúde) não conhece essa estratégia. “As pessoas chegam aqui procurando esse serviço depois de terem passado por duas ou três unidades em que tiveram seu direito negado”, conta Valdilea Veloso, chefe substituta do Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e HIV/aids do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz). “Somente as que detêm mais conhecimento conseguem efetivamente ter acesso à PEP. As outras vão desistir no caminho”, corrobora a coordenadora clínica do PrEP Brasil, Brenda Hoagland.

Os medicamentos para barrar a infecção após a exposição sexual ocasional de risco são preferencialmente distribuídos nos CTAs, centros de testagem e aconselhamento especializados em doenças sexualmente transmissíveis. “Esses CTAs fecham nos fins de semana, e a pessoa que procura o PEP nesse período em outras unidades de saúde tem dificuldade de conseguir encontrar uma em que seja acolhida”, observa o professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), Mário Scheffer.

CORRIDA CONTRA O RELÓGIO

O percurso em si já é uma corrida contra o relógio: o ideal é que os medicamentos sejam ministrados nas primeiras duas horas após a exposição ao risco; o protocolo do Ministério da Saúde indica o prazo de 72 horas como limite. “É um momento de angústia, não gosto nem de lembrar. Você sabe que está correndo

risco e só quer tentar consertar”, relata uma pessoa que conseguiu acesso. São comuns os relatos de julgamento moral por parte dos profissionais de saúde, com frases como “Quem mandou fazer besteira?” ou “Você que procurou isso”.

“O protocolo clínico de profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco para infecção pelo HIV foi atualizado em 2015 e simplificou os procedimentos para facilitar o acesso nos serviços de saúde”, informa a diretora do Departamento de DST/aids, Adele Benzaken. O documento deixa de fazer distinção entre os três tipos de PEP existentes — acidente ocupacional, violência sexual e relação sexual consentida.

Além disso, o departamento criou um aplicativo, o “PEP”, que tira dúvidas sobre a estratégia e indica onde procurar atendimento. O app é inspirado em outros dois desenvolvidos pela prefeitura de São Paulo: o PEPtec é voltado a auxiliar profissionais de saúde no atendimento de pacientes que passaram por situações com potencial risco de infecção pelo vírus; o Tá na Mão tem informações sobre prevenção ao HIV, uma calculadora de risco de infecção e uma busca por GPS dos endereços mais próximos onde a pessoa pode buscar esse tratamento.

Até maio deste ano, 12.611 brasileiros tiveram acesso aos medicamentos após exposição sexual, segundo o ministério. São 28 dias consecutivos de uso dos antirretrovirais tenofovir, lamivudina e atazanavir/ritonavir. Estudos indicaram baixas proporções de pessoas que completaram o curso completo de PEP. As taxas de abandono são especialmente altas entre adolescentes e também entre aqueles que sofreram violência sexual.

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP)

A PEP é a utilização da medicação antirretroviral após qualquer situação em que exista o risco de contato com o vírus HIV. A medicação age impedindo que o vírus se estabeleça no organismo, por isso a importância de se iniciar esta profilaxia o mais rápido possível após o contato. A recomendação é em até 72 horas, sendo o tratamento mais eficaz se iniciado nas duas primeiras horas após a exposição.

Há indicação para as pessoas que podem ter tido contato com o vírus por violência sexual, relação sexual

de risco desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha) ou acidente ocupacional (com instrumentos perfuro-cortantes ou em contato direto com material biológico).

O tratamento deve ser seguido por 28 dias. Geralmente, consiste em uma pilula diária, mas pode ser preciso tomar mais de um medicamento por dia. Os efeitos colaterais mais comuns são dor de cabeça, enjoos e diarreia.

Fontes: Unaid, PrEP Brasil e Ministério da Saúde

TRATAMENTO COMO PREVENÇÃO (TASP)

O uso de medicamentos antirretrovirais faz com que as pessoas vivendo com HIV/aids alcancem a chamada “carga viral indetectável”. Além de ganharem uma melhora significativa na qualidade de vida, elas passam a ter uma chance muito menor de transmitir o vírus a outra pessoa. Estudo que deve ser concluído em 2017 já indicou que nenhum voluntário com carga viral indetectável — gay ou heterossexual — transmitiu o HIV

ao parceiro sorodiscordante em um período de dois anos de análise.

No Brasil, todas as pessoas vivendo com HIV/aids têm direito ao tratamento com os antirretrovirais. Os medicamentos utilizados atualmente apresentam menos efeitos colaterais quando comparados com aqueles utilizados no início da epidemia.

Fonte: Unids e Ministério da Saúde

BRASIL PERTO DA META

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unids) estabeleceu, em 2014, três metas para acelerar a eliminação da epidemia de aids: 90% de todas as pessoas vivendo com HIV devem saber que têm o vírus, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada devem receber terapia antirretroviral ininterruptamente e 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral devem ter supressão viral. O prazo final é 2020.

“Estamos muito bem no que diz respeito ao diagnóstico e à carga viral indetectável, entretanto há ainda uma brecha no tratamento”, revela a diretora do Departamento de DST/aids, Adele Benzaken. Segundo dados da pasta, em 2015, do total de 830.000 pessoas vivendo com HIV, 87% já haviam sido diagnosticadas; deste número, 64% estavam em tratamento para o HIV; e, das pessoas em tratamento, cerca de 90% apresentavam carga viral indetectável.

O relatório que analisa o progresso global rumo ao cumprimento das metas 90-90-90 lançado pelo Unids durante a 21ª Conferência Internacional de Aids cita o Brasil como exemplo de que os objetivos podem ser alcançados. Desde 2013, o SUS oferece antirretrovirais para todos os portadores de HIV, independentemente do estágio da doença — até então apenas França e Estados Unidos distribuíam os medicamentos para pacientes ainda sem comprometimento do sistema imunológico.

A Organização Mundial da Saúde recomendou ano passado que em todos os países as 37 milhões de pessoas que têm HIV devem ser postas imediatamente em tratamento antirretroviral. A terapia antirretroviral padrão consiste na combinação de fármacos antirretrovirais para suprimir o vírus HIV e para a progressão da aids.

“Quanto mais precocemente uma pessoa inicia o tratamento, mais prolongada será sua vida”, ressalta Adele. Evidências demonstram que o tratamento iniciado mais cedo leva a uma melhor evolução da doença a médio e longo prazo, com menos complicações, menos infecções oportunistas e maior expectativa de vida, se comparadas com pessoas que começaram a se tratar tardiamente. Além disso, pessoas vivendo com HIV/aids em tratamento podem alcançar a carga viral indetectável e, assim, passam a ter uma chance muito menor de transmitir o vírus.

A EPIDEMIA NO BRASIL

Em 2014, a prevalência de HIV estimada para o Brasil em relatório do Unids era de 0,4% a 0,7% em pessoas de 15 a 49 anos. Entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), essa prevalência sobe para 10,5% — segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/aids de 2015. O boletim indicou que há uma tendência de aumento na proporção de casos de aids em HSH nos últimos dez anos.

Também foi notado o crescimento do número de casos na juventude (entre 15 e 24 anos). De 2005 a 2014, a taxa de detecção de aids entre brasileiros com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,1 para 6,7 casos por 100 mil habitantes) e entre brasileiros de 20 a 24 anos, quase dobrou (de 16,0 para 30,3 casos por 100 mil habitantes). Outras populações vulneráveis são as que usam drogas e os profissionais do sexo.

O país tem uma das maiores coberturas de tratamento antirretroviral entre os de baixa e média renda, com mais da metade (64%) das pessoas vivendo com HIV sendo tratadas. A média global em 2015 foi de 46%, de acordo com dados compilados pelo Unids. 

Médico de Família Bruno Stelet (ao centro), com os colegas Mariana Brettas, Monique Oliveira, Thiago Alleyne e Fabiane Panozo, da Clínica da Família Victor Valla: "Especialidade me permitiu oferecer atenção longitudinal"

Atenção às

PESSOAS

Elisa Batalha

Durante a graduação na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, o então estudante Bruno Stelet pensava em se especializar em Obstetrícia. Mas, participando de projetos de extensão universitária em comunidades, notou que, além de realizar o pré-natal de suas pacientes, também sentia a necessidade de acompanhar as crianças depois do nascimento. "A Medicina de Família foi a especialidade que me permitiu oferecer essa atenção longitudinal", conta ele, hoje com 34 anos. Ele atende na Clínica da Família Victor Valla, na comunidade de Manguinhos, no Rio de Janeiro, há cinco anos. "Nem sempre é fácil encontrar um médico que permaneça por esse tempo na mesma equipe de saúde, pois há uma alta rotatividade de profissionais", o próprio Bruno observa.

"Sou nascido em Santa Cruz, Zona Oeste do Rio, uma área em que os vínculos comunitários e as redes de apoio são importantes para resistir às adversidades sociais. A minha história pessoal certamente influenciou na minha decisão profissional", avalia. Para Bruno, que cursa doutorado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz) e é professor da

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, uma das atribuições do médico de Família é ajudar a comunidade a se organizar para reivindicar suas demandas. De sua experiência diária, ele tirou uma conclusão: "Não dá para separar os aspectos sociais da prática clínica".

Ana Flávia Tavares, de 28 anos, formou-se pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp), no interior de São Paulo. Como muitos de seus colegas, pensava em cursar uma especialidade tradicional. Chegou a se especializar em Terapia Intensiva, no Hospital Albert Einstein, na capital. "Lá, ouvi falar bem da atenção primária e passei a olhar essa área com mais carinho", conta a mineira de Belo Horizonte que foi criada em Campinas. Ana Flávia decidiu, então, cursar a residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), em 2013.

"Minha mãe é médica fisiatra, e mesmo na minha própria família, que tem outros médicos, as pessoas nunca tinham ouvido falar nessa especialidade", lembra. "Ouvi que ia morrer pobre. Quando a gente fala em acesso, em questões sociais, causa um estranhamento: como assim o médico está preocupado com o acesso?". Desde outubro de 2015, Ana Flávia atua como médica



FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA

Especialidade em ascensão, a Medicina de Família e Comunidade se diferencia por cuidar de forma integrada dos pacientes a partir de seu contexto social

de Família no município de Paineira, na região sul de Santa Catarina.

O município tem uma unidade básica na sede e um pequeno posto de apoio a 20 km do centro urbano. Ana Flávia chega a caminhar a pé por cerca de 2 km depois que termina a estrada de terra para fazer visitas domiciliares. Com todas as dificuldades, ela pensa em ficar a longo prazo. “É um desafio, mas me sinto contribuindo, porque não havia uma cultura de atenção primária, o próprio termo era desconhecido na cidade”, relata.

Ana Flávia e Bruno são profissionais que atuam em Medicina de Família e Comunidade, especialidade médica que tem atuação essencial na atenção básica — e, por isso, é considerada estratégica na conformação dos sistemas de saúde. Como define um documento norteador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), “cabe à MFC, partindo de um primeiro contato, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada, da saúde de uma pessoa, considerando seu contexto familiar e comunitário”.

A contar pelo número de vagas de residências, a especialidade está em ascensão. “Concluí a graduação em 2005. De 100 alunos, cinco queriam fazer Medicina de Família. Só existia uma residência no Rio de Janeiro, oferecida pela Uerj, com oito vagas”,

lembra Bruno. Nos últimos anos, as vagas na residência aumentaram, impulsionadas por programas como o Pró-Residência e o Mais Médicos. No Rio, um dos programas de residência, o da Secretaria Municipal de Saúde, oferece 150 por ano, por exemplo. No Brasil, foram oferecidas mais de 1.500 vagas de acordo com o MEC em 2015 — a previsão era de que esse número aumentasse para 2.500 em 2016.

Mas apenas entre 30% e 35% delas são ocupadas, segundo o presidente da SBMFC, Thiago Andrade. “Os estudantes de Medicina precisam se interessar pela Medicina de Família. Temos no país 40 mil médicos atuando em equipes de atenção primária, mas só 10% deles são especialistas em Saúde da Família”, contabiliza. A maior parte são recém-formados, ou médicos de outras especialidades, como Pediatria.

Para Thiago existe uma “lacuna enorme” na especialização. “Mesmo hoje, após 22 anos da implantação da Estratégia Saúde da Família, apenas em torno de 2% de todos os médicos do país são especialistas em Medicina de Família”. No Canadá, que tem a atenção primária como estruturante de seu sistema de saúde, são até 40% os médicos de Família. “Lutamos para que essa expansão se dê em larga escala”, diz Thiago.



FOTO: WONCA2016

21ª Conferência Mundial de Médicos de Família reuniu 5 mil profissionais ligados à especialidade, como Ana Flávia: carreira pouco divulgada

Esse e outros grandes temas da especialidade foram discutidos durante a 21ª Conferência Mundial de Médicos de Família, organizada pela World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Wonca), entre 2 e 6 de novembro, no Rio de Janeiro. Fundada em 1972 e afiliada à Organização Mundial da Saúde, a Wonca é a organização internacional que reúne universidades, academias e associações da especialidade ligada à atenção básica.

ATENÇÃO BÁSICA CONTRA A CRISE

Palavra do momento, a “crise” esteve em pauta. O presidente da SBMFC tratou das evidências que mostram que países que estão passando por crises econômicas observam um aumento generalizado do adoecimento. O impacto social, psicológico e financeiro nas famílias repercute na saúde, conforme apontou o médico, inclusive com aumento de transtornos mentais e suicídios. Para ele, este é um momento importantíssimo para o médico de Família estar presente como fonte de acesso ao cuidado da população de uma maneira equitativa. “No momento em que a carga de sofrimento das pessoas aumenta, aí é que a gente tem que garantir acesso mesmo”, ressaltou.

O médico português Luís Augusto Coelho Pisco, que participou da reforma da atenção primária em Portugal, falou sobre o impacto da crise econômica que começou em 2008 em seu país. Desde 2011, ele contou, houve cortes de recursos por programas de austeridade que reduziram em mais de 8% o orçamento da saúde. Portugal conseguiu conciliar austeridade com a manutenção do sistema, mas o setor saúde não saiu incólume, segundo ele. “Nos últimos 10 anos, aumentou a carga de trabalho dos médicos da atenção primária, e a multimorbidade, ou seja, a quantidade de pacientes que sofrem de vários males”, avaliou.

FAMÍLIAS MULTIPROBLEMÁTICAS

Uma criança com fortes dores de cabeça. Por trás de um caso clínico, todo um enredo



FOTO: ELISA BATALHA

familiar de uso de drogas, funções mal definidas e fraca comunicação entre seus integrantes. Este foi o exemplo mostrado por Olga Garcia Falceto, psiquiatra do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, para discutir um tema que provoca desgaste no cotidiano dos médicos: as famílias multiproblemáticas. Ela enfatizou que em todos os estratos sociais se vêem cada vez mais famílias em que a desestruturação emocional e falta de apoio são determinantes no processo de adoecimento.

Ausência física ou afetiva dos pais e mães, drogas, violência doméstica e/ou abuso sexual intrafamiliar, cuidados da infância terceirizados e problemas psiquiátricos são algumas das características dessas famílias. “É forte a presença do consumismo como um valor colocado acima do cuidado nessas famílias”, observou. Na classe média, disse, existe um hiperinvestimento paterno e materno no trabalho para garantir acesso a bens de consumo. Na plateia, médicos relataram que nunca viram a mãe ou o pai de algumas pacientes crianças, que são levadas às consultas pelas babás.

“O médico de Família, especialmente aqueles que fazem visitas domiciliares, têm condições de fazer pequenas intervenções que podem gerar grandes diferenças”, frisou ela, que recomendou aos profissionais ficarem atentos às questões de gênero e aos problemas de comunicação, como não ditos e segredos.

BURNOUT

Olga mencionou que as famílias multiproblemáticas são um dos fatores que sobrecarregam emocionalmente toda a equipe da atenção básica, levando ao burnout — situação comum a todos os profissionais de saúde. Para quem não está familiarizado com o termo, uma pessoa na plateia resumiu de modo prático: “É quando entra um novo paciente falando as mesmas coisas e eu quero bater com a minha cabeça na parede”.



De acordo com o artigo “Burnout em médicos da atenção primária: uma revisão sistemática”, publicado pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, o burnout é um fenômeno composto por três dimensões: a exaustão emocional (o fator central do esgotamento, caracterizando-se pelo sentimento de desgaste emocional e pela falta de energia), a despersonalização (insensibilidade emocional que surge como estratégia defensiva e que se dá quando o profissional passa a tratar os clientes e colegas como objetos) e a falta de realização pessoal (sentimento de incompetência e inadequação).

“Acordo cansado, não quero fazer nada e,

quando chego em casa, não consigo brincar com meus filhos”, reconheceu outro profissional na plateia do workshop de Nagwa Nashat Hegazy, membro da Associação Egípcia de Medicina de Família e professora da Faculdade de Medicina da Universidade Meoufyia, do Egito. O assunto era como identificar e enfrentar o esgotamento causado por sobrecarga e alto nível de estresse e responsabilidade no trabalho. “Ele aparece gradualmente, iniciando-se com uma perda de energia”, explicou Nagwa.

As consequências do burnout incluem queda da produtividade, absenteísmo, alta rotatividade, elevadas demandas no serviço de saúde, transtornos mentais e uso abusivo de substâncias (álcool e psicotrópicos), o que compromete as relações familiares e sociais. O problema é frequente entre os médicos da atenção primária. “Salário baixo é um dos fatores que levam a burnout”, apontou ela. São comuns questionamentos do tipo “Foi para isso que estudei tanto?” ou “O que estou fazendo com a minha vida?”. “É importante revisarmos nossas agendas para termos tempo para nós mesmos e o que sempre foi importante nas nossas vidas, além de trabalho”, recomendou a palestrante, que aconselhou também a todos os profissionais “ajudar outros colegas quando virem alteração de comportamento como raiva, sarcasmo e nervosismo”.



FOTO: SOPHIA PARISONU

Profissional da atenção básica em ação em Cuba:
65% dos médicos da ilha são médicos de Família

ESPECIALIDADE DO FUTURO

“**H**á uma efervescência da medicina de família em toda a América Latina. Em Cuba temos uma experiência de 32 anos de Medicina Familiar, e lá, 65% de todos os médicos são médicos de família. Uma experiência que tem transposto as fronteiras e está hoje em quase todos os países latinoamericanos, africanos e da Ásia. Para nós é muito gratificante, porque estamos levando ajuda solidária internacional. No Brasil, temos um compromisso social muito grande, com mais de 11 mil médicos atuando no Programa Mais Médicos, o que para nós é muito importante, porque estão em comunidades afastadas, onde há carência de profissionais. Nosso profissional médico tem uma alta qualificação, científica e docente, e sua função principal é a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades, conferir atenção integral às famílias, às pessoas, à comunidade. Cuba é uma ilha muito pequena, mas com um coração e uma consciência grandes, que compartilha o que tem, não o que sobra. Isso vai sendo transferido e vai se

multiplicando, de médico para médico. Transmitimos valores humanos e valores solidários e nos comunicamos com o mundo por meio da medicina.

Cuba tem um sistema de saúde único, estatal e gratuito para todos os cidadãos. Temos um programa de formação único de médicos de família e um programa único para todas as faculdades médicas. Temos universidades em todas as províncias. Aproximamos os serviços médicos da nossa população. Nossos médicos e enfermeiras da família vivem na comunidade e cada equipe atende a 500 habitantes. Então todos se conhecem e conhecem os processos de saúde e doença. Não queremos que nossos pacientes adoçam. A cada dia mais países se interessam pelo nosso sistema de saúde. Mais de 86% por cento dos problemas podem ser resolvidos pela atenção básica. A medicina de família é uma especialidade e atenção primária é uma estratégia que deve estar na agenda primordial de todos os políticos. Estamos convencidos que é a única que pode melhorar as condições de saúde da população da América Latina. A medicina de família é a especialidade do futuro. Por isso tem sido primordial escutar os companheiros de outros países latinoamericanos e observar a inclusão pouco a pouco da especialidade e da estratégia”.

Lilia Gonzalez, presidente da Sociedade Cubana de Medicina de Família





Prevenção Quaternária: QUANDO MENOS É MAIS

Lúis Augusto Coelho Pisco, um dos nomes que participou da reforma da atenção primária em Portugal, contou em mesa-redonda sobre uma “feira” organizada pelo setor privado de saúde em Lisboa, recentemente, onde era possível fazer até 20 tipos de exames em um dia. “Havia até um passe de quatro dias para que o mesmo “visitante” pudesse “aproveitar” o evento e fazer todas as testagens pelo custo de 20 euros (cerca de 100 reais). “Eu chamo isso de vale-hipocondria”, brincou o médico.

Mais mal do que bem. Esse é o efeito causado pelos exames, intervenções e medicamentos quando feitos de maneira indiscriminada, orientaram os principais palestrantes da 21ª Conferência Mundial Wonca de Médicos de Família. Para evitar os males que a própria Medicina traz aos pacientes, um conceito foi muito discutido e defendido no evento: a prevenção quaternária, que significa justamente se defender e defender os pacientes dos males provocados por aquilo que deveria protegê-los, diagnosticá-los e tratá-los. Ou, como indica o Wonca International Dictionary of General/Family Practice (Dicionário Geral de Prática de Família da Wonca), “o conjunto de ações implementadas para identificar um paciente ou uma população em risco de medicalização, protegê-lo de intervenções médicas invasivas e propor procedimentos e/ou cuidados eticamente aceitáveis”.

Na palestra intitulada *Por que tão poucos pacientes se beneficiam dos medicamentos que tomam e porque muitos são mortos por ele*, o médico dinamarquês Peter Gotzsche mostrou diferentes casos de estudos clínicos que apresentavam resultados “enviesados” e buscavam defender a falsa segurança e eficácia de medicamentos. Antidepressivos, antiinflamatórios usados para a dor crônica, estimulante usado nas crianças como medicação para o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade — todos eles, em sua avaliação, são perigosos e muitas vezes inúteis. Em seu país, uma em cada oito pessoas toma pelo menos cinco medicamentos por dia, e 39% dessas pessoas têm mais de 65 anos. As interações medicamentosas entre todos os remédios não é conhecida, alertou o pesquisador. O uso de benzodiazepínicos (tranquilizantes) em idosos, por exemplo, gera comprovadamente um aumento muito grande no risco de quedas e fraturas, que levam a mortes, advertiu.

“Não estou acusando vocês, médicos”, disse ele à plateia de cerca de 4 mil pessoas. “Não é culpa de vocês. É todo um sistema”. Para o autor do livro *Medicamentos mortais e crime organizado — Como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica*, lançado em português durante o congresso, muitos medicamentos continuam a ser usados apenas devido ao

marketing das grandes empresas de medicamentos. Ele contou que sugere aos seus pacientes que sempre leiam a bula pela internet antes mesmo de adquirir algum remédio, para estar atentos sobre os efeitos colaterais e até, quem sabe, desistir da compra. Defendeu que a redução e até a supressão de algumas categorias de medicamentos podem trazer uma melhoria nas condições de vida do paciente.

O tema prevenção quaternária ganhou atenção especial em outros momentos da conferência. O espanhol Juan Gervas alertou que, de cada 100 mil mamografias realizadas, 10 mulheres morrem em consequência da radiação. “E as pessoas nem sabem que mamografia é radiação”, lamentou. Para ele, o manejo da dor, o uso da radiologia e dos antibióticos são alguns dos aspectos que precisam ser revisados, questões nas quais o médico de Família tem um papel essencial. “Devemos ter incentivos por não pedir exames que utilizam radiação como rotina”, defendeu ele, em uma palestra repleta de críticas aos procedimentos médicos. “A satisfação do paciente é um indicador ruim, que está nos envenenando. Os pacientes morrem satisfeitos”, provocou, referindo-se a pacientes que demandam do profissional de saúde muitos exames e medicamentos, alguns desnecessários. “O sistema sanitário está ocupado com pacientes crônicos ‘obedientes’ e estabilizados. Esses são os ‘bons pacientes’. Precisamos ir atrás dos mais pobres, e dos mais vulneráveis”, destacou.

“A medicina preventiva, ao fazer exames sem ter quaisquer sintomas ou motivação clínica, é arrogante, debilitante e incute medo nos pacientes”, afirmou a inglesa Iona Heath, ex-presidente do Royal College of General Practitioners, que falou a respeito de “sobrediagnóstico” e “sobretreamento” (*overdiagnosis* e *overtreatment*, na literatura médica, em inglês). “A venda de medicamentos tem se sobreposto a todos os outros objetivos da medicina”, afirmou ela, que criticou ainda a extensão artificial da vida com procedimentos penosos. “Estamos tentando conseguir soluções técnicas para problemas existenciais do sofrimento humano”.

Apenas 10% do aumento na expectativa de vida foram devido aos avanços tecnológicos da medicina nas últimas décadas; os outros 90% foram devido às melhorias nos determinantes sociais da saúde, lembrou Hamilton Lima Wagner, da secretaria de Saúde de Curitiba. “Prevenção quaternária é uma luta política, é um discurso contrahegemônico, que disputa com o marketing”, resumi Gervas. “Nós mandamos nossos pacientes fazer coisas que nós não fazemos em nós ou nossos familiares”, comentou Iona sobre o tema. (E.B.)

"PROFISSIONAL CERTO NO LUGAR CERTO"

A visão geral do profissional de medicina no Brasil é que ele não tem nenhuma responsabilidade com o SUS depois de formado, mesmo que a sua formação tenha sido em uma universidade pública, atesta a médica de família e comunidade Magda Moura Almeida. Professora do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC) e diretora de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, ela avaliou, em entrevista concedida à *Radis* durante a Conferência Mundial Wonca de Médicos de Família, a importância do programa Mais Médicos no provimento de profissionais nas áreas rurais do país, quando declarou temer sua descontinuidade. "É um momento de incerteza", ponderou.

Em sua apresentação durante o Congresso, você falou da dificuldade em fixar o médico nas regiões rurais. O que leva o profissional a não conseguir ficar?

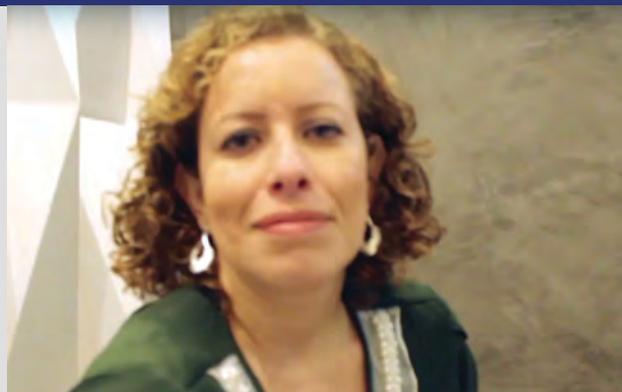
Para fixar o médico, um dos principais fatores é a residência médica. A formação, que oferece uma exposição positiva em cenários rurais, faz com que o profissional certo seja atraído para o lugar certo, e sejam vencidas as dificuldades de adaptação. Nas regiões Norte e Nordeste, onde a proporção da população que vive no interior é maior, existem poucas universidades fora das capitais, então essa distribuição tem que ser mais equânime. No estado do Maranhão, por exemplo, 35% da população vivem em áreas rurais. No Sul e no Sudeste, os médicos se fixam mais no interior por já existir infraestrutura fora da capital, além de serem regiões com menos áreas consideradas rurais. O país é muito grande e muito diverso. Não dá para aplicar uma política de fixação no Sul e no Sudeste e achar que as mesmas condições vão funcionar no Norte e no Nordeste. Essa é uma das fragilidades do programa Mais Médicos, o de só ter um formato.

Quais os impactos da grande rotatividade de profissionais nas zonas rurais?

Se eu troco muito o profissional, ele sempre vai ter que começar de novo a relação entre o serviço e o paciente. O vínculo se quebra. E um dos atributos da Medicina de Família é a longitudinalidade, que é acompanhar o paciente, ou a família, ao longo do tempo. Pelo que eu observo na região do interior do Ceará, onde tenho médicos sob minha supervisão, ficar três anos já é muita coisa. Antes, a rotatividade na região era muito maior. O Mais Médicos veio com a proposta de permanência de três anos, diferente do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (Provab), que é de um ano, então já melhorou um pouco; ele provém, mas não fixa o médico.

Como você avalia os incentivos criados com o Mais Médicos?

Quando o formando vai trabalhar na atenção básica pelo Provab ou pelo Mais Médicos, ao fim do primeiro ano de trabalho ele tem 10% de bônus nos pontos para uma prova de residência para qualquer especialidade médica que ele desejar. Isso é um incentivo para o formando. Mas o ideal é que houvesse vaga de residência



REPRODUÇÃO YOUTUBE

para todos os formandos de medicina, como acontece em outros países. No Canadá, por exemplo, o governo regula quais vagas de residência vão existir, de quais especialidades, de acordo com as demandas do sistema de saúde. Por exemplo, cerca de 40% das vagas lá são para residência em Medicina da Família. Essa era uma das propostas da lei do Mais Médicos, a universalização da residência. Mas desde a mudança do governo, em abril, todo dia há uma mudança. É um momento de incerteza. Outra determinação do programa Mais Médicos é que o primeiro ano de todas as residências seria em Medicina de Família e Comunidade. O que se discute agora na Comissão Nacional de Residência é justamente tirar a obrigatoriedade do primeiro ano de toda residência passar por essa especialidade.

A descontinuidade do Mais Médicos pode prejudicar o provimento de médicos para as áreas rurais?

Não tenho dúvida. Não consideramos que a proposta do primeiro ano de Medicina de Família é o ideal. O ideal é ter vaga de residência para todo mundo, com cerca de 40% delas para Medicina de Família. Mas se a lei for modificada na questão da universalização das vagas, a gente não vai conseguir fazer o que está fazendo hoje em dia. Fora que, com a saída dos cubanos, dos intercambistas, são previsíveis outras reduções.

Como os estudantes de medicina vêem as mudanças na formação?

A gente no Brasil tem uma visão um pouco diferente da formação médica em relação a de outros países. Aqui, o profissional médico se vê mais como autônomo. Acabamos de ouvir aqui no Congresso como é na Colômbia, que existe um serviço civil obrigatório, e todo mundo acha normal. A visão do estudante de medicina é que ele se forma para depois atuar onde quiser. Mesmo que ele tenha feito uma faculdade pública, ele não se vê, em geral, com nenhuma responsabilidade com o SUS depois que ele se forma. Ele pode trabalhar para um convênio médico para o resto da vida. Ele não devolve com serviço público para a população o investimento feito na sua formação. Essa é uma visão da categoria médica em geral. Existe uma resistência muito grande a qualquer regulamentação. Em outros países o serviço civil ou a obrigatoriedade da residência não são vistos como excesso de controle estatal. (E.B.)



Saúde na **INTERNET**

O hábito de buscar informações sobre doenças na web põe em discussão a qualidade dos conteúdos oferecidos e provoca mudanças na relação médico-paciente

Ana Cláudia Peres

- Diga trinta e três.
- Trinta e três... trinta e três... trinta e três...
- Respire.
- O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo e o pulmão direito infiltrado.
- Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?
- Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

Antes da Internet e ainda bem antes, quando a tuberculose era conhecida como “a peste cinzenta” ou “doença do peito”, Manuel Bandeira fez poesia diante de uma consulta médica de diagnóstico irreversível. Digite “Pneumotórax” hoje em sua ferramenta de busca. Você vai encontrar 133 mil ocorrências para o termo em segundos. Os versos do poeta brasileiro até aparecerão ali pela oitava página mas antes você terá uma infinidade de informações sobre essa urgência médica: o que é, quais os sintomas, como tratar, onde ir, sites úteis, links para consultórios, páginas tira-dúvidas, dicas de comunidades virtuais. O volume de referências disponíveis e o hábito cada vez mais comum entre os usuários que acessam a web para se informar sobre doenças gera excessos que preocupam especialistas ao mesmo tempo em que modificam a relação médico-paciente, com mais autonomia para o cidadão.

De acordo com os dados da última TIC Domicílios — pesquisa realizada anualmente com o objetivo de mapear formas de uso das tecnologias de informação e comunicação no país —, aproximadamente 46% dos usuários de internet no Brasil utilizam a rede à procura de informações médicas sobre saúde em geral e serviços de saúde, numa incidência maior entre mulheres e população economicamente ativa. Já o buscador Google divulgou recentemente que 1% das buscas realizadas no site em todo o mundo é sobre sintomas de doenças,

fazendo com que a alcunha de “Doutor Google”, utilizada de forma jocosa pelos usuários para se referir ao gigante de buscas online, seja bastante apropriada.

Para a médica e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), Helena Garbin, os indivíduos sempre procuraram informações sobre seu estado de saúde, mas é inegável que o surgimento da Internet trouxe um aumento significativo do acesso a informações amplificando assim os reflexos deste processo e alterando a relação entre os indivíduos. Como lidar com tantas informações diferentes e frequentemente contraditórias sempre ao alcance de um clique? Em que informação confiar? Como encarar o fenômeno que gerou até um termo próprio, os chamados “cibercondríacos”?

Segundo Helena, cibercondríacos são nada mais nada menos que hipocondríacos com acesso à internet. “Isto é, a internet e seus incontáveis locais com diferentes formas de obtenção de informação em saúde são os instrumentos que facilitam a hipocondria”, diz a pesquisadora, acrescentando que a preocupação maior que se coloca é em relação à qualidade da informação disponível. Para ela, além de verificar a credibilidade do conteúdo e das fontes, é importante manter-se alerta para a origem e reconhecimento do ambiente no qual a página está hospedada. Quando se fala de informação técnica, uma boa indicação, de acordo ainda com a pesquisadora, são sites suportados por universidades, hospitais, instituições da área da saúde e escolas de formação em outras racionalidades médicas que não a biomedicina a exemplo da homeopatia, acupuntura e ayurvédica.

“Mas se nos referirmos à informação dita ‘leiga’, a escolha de parâmetros é bem mais complicada”, adverte. A pesquisadora chama a atenção para o perigo do autodiagnóstico e da automedicação, que podem gerar consequências nefastas tanto para os indivíduos quanto para a saúde pública,





Dr.
Google

46% dos usuários de internet no Brasil utilizam a rede à procura de informações médicas sobre saúde_

uma vez que boa parte dos estudos mostra que não são adotados critérios durante as buscas. “Uma coisa é, por exemplo, usar uma medicação sintomática clássica para um aparente resfriado comum e procurar atendimento se não houver melhora”, diz, sem esquecer que mesmo isso apresenta riscos. “Outra coisa é juntar sintomas, fazer um diagnóstico na internet e se tratar por conta própria, ou parar medicação prescrita porque alguém do grupo de Facebook parou”.

Avaliando-a-qualidade-da-informação

Quem nunca digitou “dengue” ou “enxaqueca”, descreveu os sintomas de um mal estar ou acessou pelo nome um medicamento qualquer nos sites de busca? A prática tem se tornado tão frequente quanto realizar, pela web, uma consulta prévia ou posterior a uma ida ao médico, fazer comparação entre diagnósticos e buscar uma segunda opinião ainda que no universo virtual. Para os professores em saúde pública da Universidade de Brasília (UnB), Ana Valéria Machado Mendonça e Júlio César Cabral, isso abre espaços para erros sucessivos. “A possibilidade de semelhança entre diagnósticos pode conduzir a decisões erradas e, conseqüentemente, a um agravamento na saúde do indivíduo”, argumentam. Segundo os pesquisadores, a leitura e apropriação das informações, se não bem orientadas, levam a interpretações pragmáticas, algo que não cabe em se tratando de saúde. “Além disso, a adoção de procedimentos, medicamentos e doses erradas no tratamento pode agravar a doença e favorecer o aparecimento de outros problemas, por exemplo, intoxicação ou resistência à medicação”.

Atento à qualidade da informação disponível na web, o Laboratório Internet, Saúde e Sociedade (LaISS), do Centro de Saúde Escola Germano Sinal

de Faria da Ensp/Fiocruz, realizou um estudo para avaliar sites de saúde vinculados às temáticas da dengue, tuberculose e aleitamento materno. Somente em relação à dengue, foram avaliados 18 sites — entre portais de notícia, da iniciativa privada e do governo — e nenhum deles conseguiu alcançar mais de 70% de conformidade com os indicadores e critérios utilizados, divididos em qualidade técnica, interatividade, legibilidade, abrangência e precisão da informação.

Para André Pereira Neto, historiador e pesquisador da Fiocruz que coordena o estudo, a avaliação da qualidade da informação representa “um esforço no sentido de incentivar o empoderamento do cidadão”. No Brasil, ainda não existe um sistema que certifique a qualidade de sites sobre saúde. O Selo Sergio Arouca, lançado pela Fiocruz em junho, pode ser um primeiro passo nesse sentido. Com o objetivo de melhorar a qualidade da informação disponível nos sites de instituições vinculadas ao SUS, serão avaliados 50 sites de secretarias municipais e estaduais. O processo de avaliação tem início com um diagnóstico baseado em critérios e indicadores. “Serão indicados os pontos que estão com menor conformidade e que necessitam ser ajustados. Feitos os ajustes, o site é reavaliado e receberá o selo” (ver *Radis* 167).

Autocuidado-X-Estresse

André acrescenta que o excesso de informação em rede atrapalha, pois o cidadão tem dificuldade de discernir entre o certo e o duvidoso, o correto e o mentiroso. Por outro lado, ele acredita que o acesso à informação de qualidade pode aumentar a autonomia do cidadão. Helena Garbin, que há quatro anos defendeu tese de doutorado sobre o uso da internet para obtenção de informações em saúde, lembra que o acesso a informações técnicas

e científicas ou vinda de pares pode facilitar a percepção de sinais de alerta para quadros agudos, agilizando a busca por atenção em saúde. “Também o conhecimento ampliado sobre seu próprio estado de saúde pode ser benéfico para um indivíduo, em especial para portadores de adoecimento crônico, por permitir uma melhor compreensão de seu adoecimento e de seu corpo e uma melhor observação das alterações no seu organismo”, diz, constatando que isso possibilita que ele se torne mais ativo em seu tratamento e consciente do autocuidado. Contudo, ela pondera, alguns estudos ainda apontam que a informação obtida pode gerar estresse e sofrimento diante das reais possibilidades de evolução de determinadas patologias e até colaborar para seu agravamento. “Além do risco de informações erradas e incompletas, é sabido que as pessoas tendem a acreditar em diagnósticos raros e graves encontrados na rede (e não somente na rede) para suas queixas comuns”.

A despeito disso, a pesquisadora diz que os grupos e comunidades virtuais de adoecidos podem desempenhar um papel importante, proporcionando uma recuperação de sentidos, oferecendo suporte e um retorno às questões humanas do adoecer. Além disso, permitem que as informações da vivência diária do adoecimento sejam trocadas entre os principais interessados. Ela lembra, entretanto, que algumas comunidades, assim como muitos sites, podem ser simplesmente veículos de empresas comerciais, interessadas em divulgação de medicamentos, de novas tecnologias, ou mesmo de valores que levem os usuários a buscar seus produtos.

“Paciente-informado”-e-médico-que-orienta

Em pesquisa que realizou no Facebook com pessoas vivendo com HIV, diabetes e hepatite C, André Pereira diz ter constatado que a troca de conhecimentos derivados da vida diária com a doença foi fundamental para a promoção de autonomia e o autocuidado. “A informação disponível e compartilhada na Internet está levando à construção do

‘expert patient’ ou ‘paciente informado’, um paciente que se torna especialista em determinado assunto de saúde graças à quantidade de informação que possui”, acrescenta. André acredita que é por esta razão que a tradicional relação vertical entre médico e paciente vem sofrendo uma profunda alteração.

De acordo com Helena, as informações disponíveis na internet têm potencial para modificar a relação médico-paciente, ainda baseada em um significativo desequilíbrio de poder. “Elas tendem a elevar o poder decisório do paciente, colocando em questão a formação e autoridade profissional médica e desafiando o médico a estar constantemente atualizado”. A pesquisadora acredita que, em um sistema de saúde perfeito, seria fundamental o paciente colocar as coisas que encontrou em sua pesquisa, os dois discutirem a questão e assim criarem a possibilidade de decisões mais compartilhadas. “O médico poderia também orientar a busca de informações de seu paciente e possibilitar aos indivíduos optar racionalmente pela adoção de comportamentos considerados saudáveis”, diz. “Mas como é possível realizar essas tarefas, além das atividades clássicas de uma consulta médica, num mundo imperfeito de consultas de 10 ou 15 minutos e fila na porta?”, indaga.

Helena reitera que uma boa pesquisa na internet não substitui jamais os anos de formação em ciências médicas. “Saber tudo sobre uma patologia não se compara ao estudo de anatomia, anatomia patológica, semiologia, farmacologia”, afirma. Para Ana Valéria e Júlio César, é impossível fechar os olhos para o fenômeno de busca incessante por informações na internet. “Os profissionais de saúde devem lidar com essa realidade com a sensatez de quem deve reconhecer que a educação permanente passa pelo fato de inclusão tecnológica, uso de evidências para tomada de decisão e ainda uso de informação com qualidade para orientação das demandas dos serviços de saúde”, concluem, sugerindo que deveria se tornar obrigatório aos projetos de inclusão digital e social mediados por tecnologias inclusivas a orientação para os riscos da informação desassistida. 

O que é automedicação?

A automedicação é a utilização de medicamentos por conta própria ou por indicação de pessoas não habilitadas, para tratamento de doenças cujos sintomas são “percebidos” pelo usuário, sem a avaliação prévia de um profissional de saúde.

O que é o uso indiscriminado de medicamentos?

O uso indiscriminado de medicamentos não se restringe somente à automedicação. Está relacionado à “medicalização”, ou seja, uma forma de encontrar a cura para as doenças e promover o bem-estar usando exclusivamente o medicamento.

Quais os riscos causados pela automedicação e pelo uso indiscriminado de medicamentos?

Uma das preocupações frente à automedicação e ao uso indiscriminado de medicamentos é o risco de intoxicação. Os analgésicos, os antitérmicos e os anti-inflamatórios representam as classes de medicamentos que mais intoxicam.

Fonte: www.anvisa.gov.br/propaganda/folder/uso_indiscriminado.pdf



VIDA EM MOVIMENTO

ATIVIDADE FÍSICA BEM ORIENTADA MELHORA
INDICADORES DE SAÚDE, PREVINE DOENÇAS E PROMOVE
QUALIDADE DE VIDA

Adriano De Lavor

A rotina da cabeleireira Maria Aparecida Burgo da Silva, 42 anos, é pesada como a de tantos outros brasileiros que trabalham por conta própria. Todos os dias, ela circula pela cidade pernambucana de Olinda, para atender clientes em domicílio, onde corta cabelo, faz escova e aplica mechas, entre outros serviços de beleza. Depois de anos neste ritmo acelerado, ela começou a sentir que as horas de trabalho de pé e os deslocamentos em transportes públicos a pé a deixavam esgotada, com as pernas cansadas e os ombros pesados. Ao fim do dia, faltava disposição e sobrava mau humor. Aparecida encontrou, perto de casa, um aliado para diminuir suas dores e irritação: atividade física. Ela participa há quase 10 anos das aulas gratuitas de ginástica e dança oferecidas pela prefeitura de Olinda na Vila Olímpica do bairro Rio Doce. “Meus problemas diminuíram 80%”, contou a cabeleireira à *Radis*.



No Rio de Janeiro, o jornalista Ricardo Boris, 48 anos, também aproveita os benefícios à saúde resultantes da prática regular de atividade física. Há oito anos, ele decidiu que queria uma melhor qualidade de vida para acompanhar o crescimento da filha e envelhecer com autonomia e boa mobilidade. Fez as pazes com sua bicicleta, matriculou-se em uma academia e, como recompensa, perdeu os quilos em excesso, controlou a hipertensão, diminuiu taxas de colesterol e glicose e ainda se sentiu estimulado para ficar de olho naquilo que comia: “Não sou nenhum atleta radical”, ponderou Ricardo, explicando que trocou “uma alimentação de excessos por uma que me permita excessos”. Aparecida e Ricardo experimentam algo já comprovado: a vida pode ser muito mais saudável quando está associada ao movimento.

circulação, além da diminuição das taxas de glicose no organismo e de outros fatores associados, como retinopatias e o chamado “pé diabético”.

Os ganhos vão além das mudanças na aparência e nos indicadores de saúde, aponta Jorge Steinhilber, presidente do Conselho Federal de Educação Física (Confef). Em conversa com a *Radis*, ele destacou a relação existente entre boa aptidão física e desenvolvimento cognitivo, manifestando sua preocupação com a publicação da Medida Provisória (MP) 746/2016, que entre outras mudanças no ensino médio, torna facultativa a disciplina de educação física. “Está comprovado que as crianças aprendem com maior facilidade quando em melhor condição física”, explicou. A não obrigatoriedade da atividade física nesta fase da vida, alertou Jorge, contribuirá, inclusive, para o aumento da obesidade, que segundo ele, já é considerada epidemia entre adolescentes no país.

“O exercício mais importante na prevenção dos males provocados pelo sedentarismo é o aeróbico. Caminhar e correr são excelentes nesse quesito”

São inúmeros os benefícios para a saúde, explica o médico Ricardo Munir Nahas, diretor da Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte (SBMEE). Ao combater o sedentarismo, prevenimos a síndrome metabólica: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias [*aumento dos lipídios (gordura) no sangue, principalmente do colesterol e dos triglicérides*], obesidade e sarcopenia [*perda de massa e força na musculatura esquelética com o envelhecimento*], enumera, apontando que a prática regular de atividade física também promove um sono tranquilo e recuperador, dá maior disposição para o trabalho e lazer, além de melhorar a função do aparelho locomotor de maneira global. A orientação, segundo o médico, vale para qualquer faixa etária: “Todas as idades podem e devem praticar a atividade física regular e usufruir dos benefícios que ela gera. Eventuais restrições existem e devem receber aconselhamento médico, mas sem interromper o hábito do exercício”, argumenta.

Um dos coordenadores do projeto UniverCidade ConvidAtiva, na Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), o educador físico Elton Alves Andrade aponta para o potencial do exercício físico no combate às doenças crônicas. O projeto, parceria entre o Núcleo de Aptidão Física, Informática, Metabolismo, Esporte e Saúde, do curso de Educação Física, e a Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso, associa a formação de estudantes dos cursos de educação física, medicina, enfermagem, psicologia e nutrição à oferta de atividades físicas e esportivas para cerca de 400 pessoas portadoras de diabetes, hipertensão e cardiopatias, entre outras doenças crônicas. Elton informou que o acompanhamento profissional destas pessoas tem possibilitado a elas perda de peso e melhora na

DE OLHO NA FREQUÊNCIA

Um aspecto importante no planejamento é a regularidade. Embora chame atenção para as diferenças que existem entre as pessoas, seus estágios de condicionamento físico, além da intensidade, da duração e do tipo das atividades físicas, Ricardo Munir afirma que uma prática aeróbica (como uma caminhada ou passeio de bicicleta) em intensidade moderada, mantida por 60 minutos, e repetida três vezes por semana já trará benefícios ao iniciante, por exemplo. De todo modo, ele recomenda que o iniciante deve, em primeiro lugar, procurar um médico, para avaliar sua condição atual de saúde, minimizar riscos e ser orientado sobre limites e possíveis restrições; conhecida essa condição, consultar um bom profissional de educação física para montar uma rotina de treinamento adequada.

O educador físico Rossman Cavalcante concorda, lembrando que nem toda atividade física é benéfica. Com larga experiência na preparação e no acompanhamento de atletas profissionais e de praticantes recreativos, ele adverte que a atividade física saudável requer certo planejamento — o que inclui, além da avaliação da condição física do praticante, um programa que se adeque a suas necessidades e possibilidades. “Não adianta planejar cinco dias se só se tem tempo para três, ou uma hora por dia se se tem 35 minutos”, orienta, lembrando que há de se escolher uma prática que proporcione um mínimo de prazer. “Programas excepcionais baseados exclusivamente em critérios científicos não têm adesão. O melhor programa é o programa possível”, sinaliza.

Elton concorda: “atividade física, quando feita de forma inadequada, pode também trazer malefícios”, adverte. Ele lista problemas articulares (tornozelos, joelhos, coluna vertebral) e até problemas mais sérios como acidentes vasculares cerebrais (AVC) como consequências de atividades mal orientadas ou inadequadas. “Os excessos são sempre punidos pelo próprio corpo. O mais comum é recair sobre o aparelho locomotor com doenças como as tendinites, fascites, fraturas por estresse e degenerações das cartilagens”, explica Ricardo Munir.





Aliar ganhos de saúde e prazer: Aparecida e Ricardo Boris seguem, mesmo que intuitivamente, a recomendação dos especialistas. A cabeleireira de Olinda descreveu sua rotina: de segunda a sexta-feira, ela acorda às 5 da manhã para se juntar ao grupo que frequenta as aulas, que duram uma hora. Aparecida adora quando as aulas são ao som da zumba (um ritmo colombiano) e revelou que a rotina, além de benefícios físicos, também trouxe para sua vida uma turma de amigos, que frequentemente comemoram aniversários e organizam piqueniques nos fins de semana. “Hoje, poderia pagar uma academia. Mas, pelos amigos, prefiro permanecer lá”, explicou.

Ao longo dos anos de prática regular na academia (onde divide o tempo entre exercícios aeróbicos e de força), Ricardo Boris foi adaptando outras formas de se exercitar no seu dia-a-dia. Não sem antes ter orientação de um cardiologista, uma nutricionista e educadores físicos. Hoje, faz passeios regulares de bicicleta pela cidade (cerca de 20 quilômetros, cada), prefere escadas ao elevador quando tem que descer andares, não usa carro na cidade e faz pequenas caminhadas ao longo do dia, sempre que são possíveis. Atualmente assessor parlamentar na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, ele reconhece que o condicionamento físico ajuda, e muito, a desempenhar sua atividade profissional, preparando-o para situações de estresse, por exemplo.

Quem não pode pagar por um serviço especializado tem como aproveitar os ganhos da atividade física nos projetos gratuitos presentes em muitos municípios, como a Academia

da Cidade, no Recife, ou utilizar equipamentos disponíveis em praças para o público da Terceira Idade. O presidente da SBMEE aponta que o SUS possui meios de avaliar a condição clínica do praticante, algo que considera indispensável. E orienta: “O exercício mais importante na prevenção dos males provocados pelo sedentarismo é o aeróbico, principalmente após os 30 anos. Caminhar e correr são excelentes nesse quesito e exigem um mínimo de gasto, pois podem ser praticados ao ar livre, em parques e nas ruas”. Ele adverte que a atividade não dispensa o alongamento, e lembra que é possível utilizar o próprio peso do corpo como estímulo para a resistência e força muscular.

Rossmann alerta para o que classifica como “cultura da superação pela superação”. Ele a identifica entre atividades que recentemente têm atraído um número maior de adeptos, como as corridas competitivas e a prática de *crossfit* (um programa de treinamento de força e condicionamento físico geral, de alta intensidade, com movimentos baseados em levantamento de peso olímpico, ginástica olímpica e condicionamento metabólico). “As pessoas são incentivadas a superar qualquer desafio por meio de estratégias motivacionais clichês, e estimuladas a levantar cada vez mais peso, fazer cada vez mais repetições. Na maioria das vezes, não têm estrutura preparada para isso”, aponta. O mesmo acontece com corredores iniciantes que, em pouco tempo, são orientados a fazer corridas de longa distância, diz ele. O resultado? Ou se machucam ou abandonam a atividade. “A cultura da superação se esgota”, avalia. 

QUAL A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA ?



ATIVIDADE FÍSICA REGULAR previne a chamada SÍNDROME METABÓLICA, diminuindo o risco de HIPERTENSÃO ARTERIAL, diabetes e dislipidemias [aumento dos lipídios (gordura) no sangue, principalmente do colesterol e dos triglicerídeos]



Combate a OBESIDADE, a SARCOPENIA [perda de massa e força na musculatura esquelética com o envelhecimento], e ajuda na prevenção de DOENÇAS CRÔNICAS



Exercitar-se também promove um SONO TRANQUILO e recuperador, dá maior DISPOSIÇÃO para o trabalho e lazer, além de melhorar a função do APARELHO LOCOMOTOR de maneira global



Está comprovada a relação entre BOA APTIDÃO FÍSICA e desenvolvimento cognitivo, ou seja, QUEM SE MOVIMENTA tem maior facilidade de APRENDER



FOTO: DIVULGAÇÃO

PUBLICAÇÕES

Orçamento e cidadania

Parte da série “Educação política”, do Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (Diap), a cartilha **Políticas Públicas e o Ciclo Orçamentário** tem o objetivo de promover a compreensão, acompanhamento e participação da população na formulação, implementação e fiscalização do orçamento das políticas públicas. O material também apresenta dados e informações úteis ao exercício pleno da cidadania, como recomendam as leis de transparência e de acesso à informação, passo fundamental para o controle social e a participação na correta aplicação dos recursos públicos, inclusive como forma de prevenção e combate à corrupção. Disponível em <https://goo.gl/24Ks7o>.



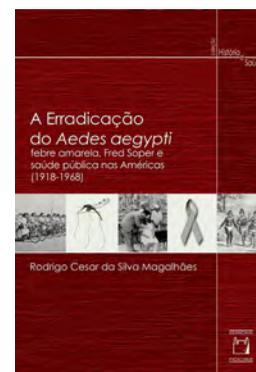
Altimetria e formação

Em sua última edição de 2016, **Trabalho, Educação e Saúde**, editada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) propõe, em seu editorial, uma reflexão sobre a altimetria, método recente de medir a ciência, que usa comportamentos *on line* que incidam sobre os resultados do ciclo de vida de uma pesquisa, expressados por cientistas, jornalistas, público, entre outras audiências. Também nesta edição, artigos que tratam do processo de implementação da educação permanente, dos caminhos e descaminhos da participação social em conselhos locais de saúde, abordam a educação à distância na formação para o SUS e buscam traçar um panorama da produção científica em formação e trabalho em saúde. A edição completa pode ser acessada em <https://goo.gl/QiLMKd>.



Febre amarela

Mais um número da coleção História e Saúde, da Editora Fiocruz, o livro **A erradicação do Aedes aegypti — febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)**, de Rodrigo Cesar da Silva Magalhães, analisa o período histórico entre 1918 e 1968, que vai desde o início da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela até a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, avaliando diferenças e características de cada uma das iniciativas e nos contextos políticos e sanitários de cada uma das épocas. Para o autor, a segunda fase da campanha foi resultado “de uma articulação inédita das repúblicas americanas para combater conjuntamente um problema sanitário que afetava todas elas”.



Pesca e conhecimento

Professor e pesquisador da prestigiada Dartmouth College, nos Estados Unidos, o físico Marcelo Gleiser propõe, em **A simples beleza do inesperado** (Editora Record), uma reflexão sobre a existência humana a partir de sua experiência pessoal com a prática da pesca “fly” e de questionamentos teóricos nas áreas de ciência e filosofia. Com linguagem simples e acessível, o autor reforça a ideia de que a ciência é a principal ferramenta para o homem encontrar respostas às indagações sobre o universo, mas reconhece seus limites estritos. Ao mesmo tempo em que aborda assuntos elaborados como os princípios da física quântica e a teoria das cordas, ele assume “a incompletude do saber”, postura incomum entre os cientistas.



INTERNET

Informação em libras

O jornal **Primeira Mão**, hospedado no site da TV Ines [parceria entre o Instituto Nacional de Educação de Surdos e Associação de Comunicação Educativa Roquette-Pinto], apresenta as principais notícias do Brasil e do mundo para surdos e ouvintes. As matérias, produzidas em português e libras, tratam de política, economia, serviços, curiosidades, além de cultura e lazer, contextualizando as principais notícias da semana para o público surdo. Cada nova edição vai ao ar na quinta-feira, às 19 horas, mas seu conteúdo está disponível no site <http://tvines.org.br/>



Mad in Brasil

Está online o **Mad In Brasil** — Uma Comunidade para Refazer a Saúde Mental, blog do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps/Ensp/Fiocruz), parte do projeto Mad In. Assim, a comunidade de língua portuguesa passa a integrar a comunidade internacional, junto do Mad in America e o Mad in America Hispano Hablante. Na página, há textos para ampliar e fortalecer o diálogo entre aqueles que querem repensar a psiquiatria e construir um novo paradigma de assistência. Três questões têm destaque: Por que os resultados de longo prazo são tão pobres para a grande maioria dos transtornos mentais? Por que há lacuna tão grande entre o que a literatura científica diz e o que é dito pela psiquiatria ao público? Por que as vozes daqueles que são tratados pela psiquiatria têm sido abafadas? <http://madinbrasil.org/>



TRATADO DE “BRANCO” COM ÍNDIOS uma recorrência histórica?

Luiza Garnelo

A implantação do Subsistema de Saúde Indígena em 1999 representou a mais importante estratégia de extensão de cobertura do Sistema Único de Saúde a essas minorias étnicas, cujos indicadores de saúde superam largamente os problemas de saúde enfrentados pelo Brasil não indígena. No atual contexto de ameaça global aos direitos sociais garantidos pela Constituição de 1988, as recentes mobilizações indígenas na defesa por seu direito à saúde têm alcançado algum sucesso em gerar respostas das autoridades sanitárias, seja a revogação de portarias (1907 e 2141) que anulavam a autonomia de gestão dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), seja postergando a ameaça à própria existência do Subsistema de Saúde Indígena.

O mais recente protesto indígena gerou um documento de compromisso assinado pelo ministro da Saúde, que surpreende por seu teor vago e pela obviedade de certos itens. O documento prorroga os atuais contratos de serviços de terceiros que hoje viabilizam a prestação de serviços de saúde nos Dsei; assegura o “fortalecimento institucional da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai)” e institui um grupo de trabalho para “apresentar uma proposta de modelo de contratação da força de trabalho dos Dsei”, além de cinco seminários com finalidade similar. Também informa que “solicitará à Casa Civil da Presidência da República que estabeleça critérios para a indicação de coordenadores dos Dsei”. De modo realista, entidades indígenas entendem ser este o resultado possível, ainda que muito aquém do necessário.

Concordamos com essa sensata posição, afinal, os limites de atuação da Sesai se devem mais às distorções políticas em sua condução do que à falta de institucionalização. Por outro lado, a formação de grupos de trabalho é sempre uma iniciativa bem vinda, aprimorando a democracia na gestão pública. Porém, cabe perguntar se o grupo de trabalho terá a governança necessária para propor e equacionar a carência de pessoal, problema que se arrasta desde a implantação do subsistema. A falta de vontade política dos sucessivos governos levou à celebração dos convênios, perpetuando a incapacidade dos Dsei em ofertar cuidados adequados e a rotatividade de sua força de trabalho, com grave comprometimento da continuidade e efetividade de seus serviços.

Voltando ao teor do documento assinado pelo Ministro da Saúde no dia 9 de novembro último, o item que nos causa maior perplexidade é o que aponta a intenção do dirigente de solicitar à Casa Civil da Presidência da República o estabelecimento de *critérios que orientem a indicação de coordenadores dos Dsei* (grifo meu). É estarrecedor o reconhecimento público, feito pela maior autoridade sanitária no país, de que a escolha dos coordenadores dos Dsei — responsáveis pela aplicação, zelosa e efetiva, de recursos públicos destinados ao cuidado com a saúde de milhares de pessoas que vivem em situação de alta vulnerabilidade — se dê sem critérios conhecidos que os habilitem ao exercício de suas funções. Tal fato pode tornar mais inteligíveis as razões da teimosa persistência dos índices negativos de saúde dos indígenas, algo que a Sesai não tem conseguido reverter.

Como chegamos a esse estado de coisas? A resposta deve ser buscada num quadro mais amplo de injustiça social, discriminação, preconceito e interesses subterrâneos que ameaçam os direitos indígenas. O país assiste impassível a uma média de 70 assassinatos indígenas por ano, ligados a conflitos por terras ainda por demarcar, que embora garantidas pela Constituição, são, na prática, inacessíveis aos índios. Tal ameaça, crescente nos últimos anos, ganha extraordinário fôlego com a sinistra PEC 215, cuja pretensão de conferir ao legislativo o poder de homologar terras indígenas, equivale a uma acintosa agressão a direitos sociais já conquistados. Aperta-se o cerco às políticas sociais em geral; aperta-se mais ainda os nós nos pescoços indígenas, as vítimas talvez mais vulneráveis da ameaça global aos direitos de cidadania que as medidas econômicas propostas pelo atual governo buscam anular.

Vida longa às lideranças indígenas que enfrentam com coragem o cerco de violência que lhes é imposto; que não se intimidam frente ao comportamento selvagem do congresso nacional e se recusam a assumir o papel de vítimas passivas do ajuste fiscal que lhes ameaça a vida. Que continuem as mobilizações! Somente elas possibilitarão superar o patamar das promessas vazias e da indiferença das autoridades públicas frente aos problemas de saúde enfrentados diuturnamente pelas famílias indígenas. 

Sanitarista e antropóloga, pesquisadora do Instituto de Pesquisas Leônidas e Maria Deane (Fiocruz Amazonas)

NOVO SITE FIOCRUZ BAHIA



www.bahia.fiocruz.br

Fiocruz Bahia inaugura novo site

- ◆ Maior Visibilidade para Divulgação Científica
- ◆ Ampliação dos Meios de Relação com a Sociedade
- ◆ Mais Agilidade no Acesso a Informações
- ◆ Maior Transparência



**CURTA PÁGINA DA
FIOCRUZ BAHIA
NO FACEBOOK**

facebook.com/fiocruzbahiaoficial



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Gonçalo Moniz