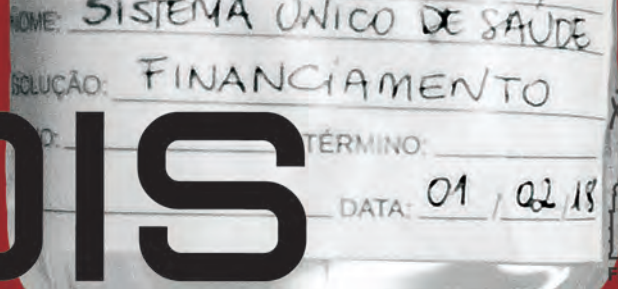


RADIS



AUSTERIDADE MATA

Cortes nos investimentos ameaçam saúde dos brasileiros e sobrevivência do SUS



FARMÁCIA POPULAR

Como fica a situação dos usuários do programa com as mudanças

PROFISSÕES DO SUS

O cotidiano de trabalho dos invisíveis que atuam nos bastidores do sistema

DIÁLOGO DE SABERES

Livro avalia política de saúde para populações do campo, das florestas e das águas

Carolina Niemeyer

Organizado por Fernando Ferreira Carneiro, Vanira Matos Pessoa e Ana Cláudia de Araújo Teixeira, *"Campo, Floresta e Água — práticas e saberes em saúde"* é resultado de um processo conduzido pelo Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas — Teia de Saberes e Práticas (Obteia), criado para monitorar e contribuir com a implementação e avaliação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), criada em 2011.

O Obteia integra um processo iniciado em 2004 com a criação do Grupo da Terra, um colegiado de gestão formado por representantes de diversas secretarias e unidades vinculadas ao Ministério da Saúde e por representantes da sociedade civil, responsável por definir as bases dessa política. A partir da constituição de uma teia de saberes e de práticas, o observatório é constituído por intelectuais e especialistas no tema; pesquisadores populares e lideranças de movimentos sociais e gestores e trabalhadores do SUS.

Construída com os sujeitos beneficiários da política pública (e não para ou sobre eles), a pesquisa que redundou no livro é a sistematização deste trabalho. Tendo como fundamento epistemológico as teorias do Sul, o projeto está assentado na ideia que ciência é política, e que todos os conhecimentos são incompletos e podem beneficiar-se da troca e do diálogo entre si. Fernando Carneiro explica que a metodologia se inspira em abordagens como a ecologia de saberes, de Boaventura de Sousa Santos, e o diálogo de saberes, de Paulo Freire, que adotam como preceito a relação sujeito – sujeito. Este princípio não é apenas ideológico, mas também adotado na prática da pesquisa, conduzida em todos os territórios com a contribuição de um pesquisador profissional e de um pesquisador popular, representante de populações do campo, da floresta e das águas.

A obra reúne um conjunto de estudos sobre a saúde no campo assinados por 69 autores, envolvendo 11 territórios do país, de norte a sul. As pesquisas foram orientadas por duas perguntas-chave comuns: o que ameaça e o que promove a saúde no território. Já o método de pesquisa é plural, e a sua definição se deu de acordo com o contexto e a cultura de cada local. O resultado são análises que vão além do registro, do relato e da denúncia, porque sistematizam novos conhecimentos e propostas concretas, construídos a partir do diálogo entre o conhecimento profissional e o popular.

Um saber tecido a muitas mãos, com contribuições das universidades, de agentes de governo, de técnicos da saúde e, principalmente, dos sujeitos beneficiários da PNSIPCFA, observando que o seu conhecimento sobre a realidade local e o saber tradicional devem estar obrigatoriamente contemplados para uma efetiva política pública. Além de cumprir o objetivo de análise e monitoramento da política de saúde, a pesquisa resulta em uma ecologia de saberes sobre saúde no campo, e contribui teórica e metodologicamente para ampliar os conhecimentos sobre o tema, a partir de uma perspectiva descolonizadora.

O livro ainda comprova como é possível realizar uma pesquisa engajada, situada e comprometida com processos de emancipação social, sem abrir mão da objetividade e da densidade, características de um bom trabalho científico. O processo constitutivo e a riqueza de conteúdo fazem da obra uma referência indispensável a todos os que apostam na produção de uma ciência emancipatória, na teoria e na prática.



Basta, basta!

A radicalização de um programa de governo focado no ajuste fiscal, com o congelamento por 20 anos dos gastos primários, trará como resultados redução da renda das populações mais vulneráveis, aumento de desemprego estrutural e do trabalho precarizado, dismantelamento de direitos, criminalização da pobreza e desmonte das políticas sociais — onde a saúde e educação são as mais afetadas. Para sustentar o discurso da crise, propõe-se a austeridade, que justifica toda sorte de atrocidades, desde a financeirização da vida e de todos os processos econômicos, além da prevalência da oferta de serviços privados em detrimento do não funcionamento do público. Para dar sustento a essa dita austeridade, foi divulgada em novembro a síntese de um documento produzido pelo Banco Mundial sob o título “Um ajuste justo – análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”, que avalia que as três esferas de governo no Brasil gastam mais do que podem em saúde (pag. 18). Este relatório sofreu severas críticas de pesquisadores e foi resumido como “simplismos, reducionismos e economicismos da pior espécie” pelo economista José Cardoso Junior.

Na esteira da austeridade, que reduz investimentos nas políticas públicas, nos determinantes sociais, nos baixos ou em nenhum investimento em saneamento básico e saúde — como ocorre em muitos lugares, notadamente nos mais pobres — estão a proliferação das epidemias de doenças transmitidas por vetores, que encontram campo fértil nos lixos, na ausência de água tratada, nas valas e rios putrefatos e na desorganização urbana. No agravamento deste quadro estão o dismantelamento das equipes de saúde da família, fechamento de hospitais e centros de saúde, desestruturação de prevenção e monitoramento. Hoje, o Brasil volta a conviver com doenças que eram combatidas no início do século passado, com as mesmas tecnologias de mais de um século atrás: destruir os focos

dos mosquitos casa a casa, como resumiu o pesquisador da Fiocruz, Rivaldo Venâncio, em entrevista nesta edição.

Relações machistas e sexistas ferem os direitos das mulheres e foram em boa hora denunciadas na cerimônia da entrega do Globo de Ouro, nos Estados Unidos, com protesto de muitas atrizes que se uniram para dar um basta neste tipo de comportamento na indústria cinematográfica. Nas palavras da apresentadora Oprah Winfrey, que liderou o protesto, “os tempos estão mudando”.

No Brasil, onde é registrado um estupro a cada 11 minutos, segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, é fundamental que cada vez mais as mulheres sejam capazes de denunciar qualquer tipo de abuso sexual e de assédio que tenham sofrido — no trabalho, na escola, em casa ou nos meios de transporte — tendo a garantia de que serão ouvidas, acolhidas, protegidas, reconhecidas e respeitadas, como vítimas que são. Aqui, como lá, é preciso um BASTA.

Paixão, envolvimento, comprometimento e respeito são palavras comuns nas quatro histórias contadas pela *Radis*, para mostrar os bastidores do trabalho de alguns profissionais que também representam milhares de outros que atuam na saúde e muitas vezes sequer são percebidos, mas que cumprem um importante papel, não só para fazer fluir atendimentos, mas também para humanizá-los. Muito bom saber que mesmo diante de tantos ataques, atrasos nos salários e precarização do trabalho, a saúde pode contar com toda essa gente que é capaz de se sensibilizar com a dor do outro.

Na quarta capa da revista, a pergunta: Quanto vale sua Saúde? Se podemos dizer que ela não tem preço, também podemos dizer: Basta, porque austeridade Mata!

Justa Helena Franco
Subcoordenadora do Programa Radis

Expressões e Experiências

• Diálogo de saberes 2

Editorial

• Basta, basta! 3

Voz do leitor

4

Súmula

5

Toques da Redação

9

Entrevista | Rivaldo Venâncio da Cunha

• Combate ao *Aedes*: foco nos determinantes 10

Feminismo

• Assédio, estupro, abuso: o tempo acabou! 12



Capa | Austeridade

• Cortes na veia 14
• Um ajuste nada justo 18

Medicamentos

• Quanto vale o popular? 21

Controle social

• O que nos move? 26

Profissões do SUS

• Nos bastidores 28

Entrevista | Lígia Bahia

• Uma lei a favor dos planos 32

Serviço

34

Pós-Tudo

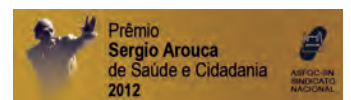
• Descolonizando a universidade 35

CARTUM



Capa: Eduardo de Oliveira

RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN



Mídias regionais

Parabenizo a Revista *Radis* pela reportagem sobre mídias regionais, na edição 182. A reportagem ficou um espetáculo, porque mostrou a realidade da mídia no Brasil e como os grandes políticos se “apossam” dos meios para fazer politicagem, sem serem imparciais.

• Ramos Filho, Fortaleza, CE

R: Obrigado, Ramos! Continue nos prestigiando com sua leitura!



Assistentes sociais

Ao longo de sua jornada, *Radis* tem trazido conteúdos fascinantes com ótimas abordagens em suas matérias. Eu adoraria ver uma matéria abordando os assistentes sociais que atuam no INSS, já que existe uma proposta de tirar estes profissionais da avaliação das pessoas com deficiência para fins de concessão de benefícios assistenciais — o que irá prejudicar milhares de segurados e demais usuários do INSS. Estudos comprovam que a inclusão dos assistentes sociais nessa avaliação ampliou o direito das pessoas com deficiência a esses benefícios.

• Watson Costa, Mossoró, RN

R: Watson, já falamos do papel dos assistentes sociais no SUS na *Radis* 179. Em breve, voltaremos ao assunto. Obrigado!

Violência e Saúde

Agradeço muito o recebimento da revista, seu conteúdo é de excelente qualidade. Gostaria de pedir uma matéria sobre violência que abordasse o Sistema de Vigilância e Acidentes (VIVA), seus desdobramentos, desafios e as redes de atenção à violência.

• Camila Rosas Neves, Rio de Janeiro, RJ

R: Camila, esperamos atender sua sugestão em breve!

Medicações fitoterápicas

Parabéns a toda equipe que faz a *Radis*, gostei muito da reportagem sobre a atuação dos assistentes sociais na Saúde, muito bem construída. Gostaria de ver uma matéria falando sobre as medicações fitoterápicas, haja vista o crescimento dessa alternativa medicinal. Qual sua importância? Qual o impacto sobre a saúde pública? É positivo? Qual a regulação sobre esse tipo de tratamento? A Anvisa tem visto de perto todo esse processo?

• Evanio Teixeira, Pilar, PB

R: Evanio, enquanto não tratamos do assunto, sugerimos que visite a página do Sistema Nacional das Redes de Inovação

em Medicamentos da Biodiversidade (SNRF-RedesFito), idealizado pelo Núcleo de Gestão em Biodiversidade em Saúde de Farmanguinhos (NGBS)/Fiocruz em <http://redesfito.far.fiocruz.br/>

Desemprego e saúde

Congratulações pelas excelentes publicações! Sugiro que seja feita uma reportagem sobre os efeitos do desemprego na saúde do trabalhador, principalmente o concursado. As táticas de alongar os prazos em chamamentos nas prefeituras e o oferecimento de vagas celetistas ao invés de vaga estatutária são duas formas das “famílias reais municipais” perpetuarem seus feudos, desestimulando o sonho de atuar no serviço público, fora a compra de vagas por políticos.

• João Paulo Zimmermann Silva, São Pedro da Serra, RS.

R: Caro João Paulo, vamos pautar essa discussão. Aguarde!

Imposição doutrinária

Ao me cadastrar para receber gratuitamente a revista *Radis*, espere receber informações independentes, que pudessem mostrar a cara do país despida de imposição doutrinária. Nas edições 179 e 180 ficou clara a ideologia partidária. Muito entristecido diante de tão grande saber manipulado por um *establishment* cujo objetivo é se locupletar em detrimento daqueles que estão morrendo na porta dos hospitais, que não têm educação de qualidade, que se escondem em suas casas por falta de segurança, etc. Onde estão os filósofos que apresentarão propostas a serem aplicadas para um futuro próspero para nossa Nação? Qual o motivo de estar por cima senão o de estender a mão?

• Ronier Vaz dos Santos, Timóteo, MG.

R: Caro Ronier, obrigado por sua mensagem. *Radis* é pautada pelo entendimento de que a Comunicação é resultado de uma disputa de visões de mundo e a defesa da Saúde como direito de todos. Esclarecemos, portanto, que não há nenhuma imposição doutrinária, mas sim a defesa intransigente do Estado democrático que assegure Saúde, Educação, Segurança e demais bens de cidadania para todas e todos.

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 **Nisia Trindade Lima**
Diretor da Ensp **Hermano Castro**

Editor-chefe e coordenador do *Radis*
Rogério Lannes Rocha

Subcoordenadora **Justa Helena Franco**

Edição **Adriano De Lavor**

Reportagem **Bruno Domínguez** (subedição),
Elisa Batalha, **Liseane Morosini**, **Luiz Felipe Stevanim** e **Ana Cláudia Peres**
Arte **Carolina Niemeyer** e **Felipe Plauska**

Documentação **Jorge Ricardo Pereira** e **Eduardo de Oliveira** (Fotografia)

Administração **Fábio Lucas** e **Natalia Calzavara**
Estágio supervisionado **Ana Luiza Santos da Silva**

Apoio TI Ensp **Fabio Souto** (mala direta)

Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cadastro) **Periodicidade mensal**

Tiragem **108.900** exemplares
Impressão **Rotaplán**

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



[flickr/RadisComunicacaoeSaude](https://www.flickr.com/photos/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.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



FEBRE AMARELA: RISCOS E DESINFORMAÇÃO

Uma velha conhecida da saúde coletiva brasileira, a febre amarela voltou a ser motivo de preocupação no verão de 2018: um novo surto da doença já confirmou 130 casos, com 53 mortes, até 23 de janeiro. O retorno da doença no início de 2018 ocorre um ano depois do surto registrado no primeiro semestre de 2017, entre dezembro de 2016 e junho de 2017, em que foram confirmados 777 casos e 261 mortes — desde setembro, o Ministério da Saúde havia declarado o fim do surto, pois já não eram registrados novos casos desde junho. Mas as novas ocorrências da febre amarela em sua forma silvestre preocupam as autoridades pela proximidade com os grandes centros urbanos, o que representa o risco da doença voltar a ser transmitida pelo *Aedes Aegypti*, o que não ocorre no Brasil desde 1942. “Depois de muito tempo temos o surgimento de casos na vizinhança de regiões densamente povoadas e com cobertura vacinal inadequada. Antes os casos eram quase que restritos a viajantes que entravam em áreas de risco sem estar adequadamente vacinados”, explicou à *Radis* o médico infectologista Estevão Portela, vice-diretor do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz).

Os casos se concentram nos estados de Minas Gerais (com 24 mortes), São Paulo (23), Rio de Janeiro (7) e no Distrito Federal (1), segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde de 23 de janeiro. O retorno da febre amarela aos noticiários e o repasse de informações desconstruídas pelas redes sociais levou a população aos postos de saúde para se vacinar, mesmo em regiões em que ainda não há recomendação para a vacina. O governo brasileiro decidiu adotar a estratégia de fracionamento da dose, para imunizar mais pessoas na campanha iniciada em 25 de janeiro — a dose fracionada também é considerada eficaz, porém imuniza por menos tempo (8 anos). A vacina é a principal forma de prevenção, mas é preciso estar atento às recomendações sobre pessoas que não devem se vacinar e aos locais onde não há indicação para vacina.

Dose fracionada

Diante da necessidade de imunizar mais pessoas, principalmente em áreas muito povoadas, o Ministério da Saúde decidiu fracionar a dose aplicada na campanha de vacinação, a partir de 25 de janeiro, nos estados de SP, RJ e Bahia: ao invés de receber a dose inteira (0.5 ml), as pessoas nesses locais serão vacinadas com um quinto do padrão (0.1 ml). De acordo com a Agência Fiocruz de Notícias (11/1), esta é uma medida de emergência que pode ser utilizada na vacinação em massa para ajudar a controlar surtos em que é necessário fornecer uma grande quantidade de vacinas em curto espaço de tempo. Segundo estudos divulgados pela Fiocruz, uma dose cinco vezes menor que o padrão mantém a mesma eficácia de imunização. “O fracionamento já foi utilizado com sucesso em outras áreas devido a urgência em vacinar um grande número de pessoas. Mas a proteção não é para sempre e haverá necessidade de nova vacinação destas pessoas no futuro”, afirma Estevão Portela.

A vacina contra febre amarela existe desde 1937 e é produzida no Brasil pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos/Fiocruz). É uma vacina feita com vírus vivos atenuados, a partir de ovos de galinha. Segundo informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, enquanto a dose padrão protege por toda a vida, a fracionada tem duração de pelo menos 8 anos. Todas as pessoas a partir de 2 anos de idade devem tomar a dose fracionada. Crianças de 9 meses a menores de 2 anos e grávidas, dentre outros poucos casos, devem tomar a dose completa. Segundo o Ministério, viajantes internacionais também recebem a dose padrão, pois o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) ainda não autorizou a utilização da dose fracionada para a emissão do Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP) — o viajante precisa comprovar que vai viajar.

INFORME-SE!

Radis 174 (março de 2017)

<https://goo.gl/w4myZT>

Fiocruz

<https://agencia.fiocruz.br/febre-amarela>

Ministério da Saúde:

<http://portalm.s.saude.gov.br/saude-de-a-z/febre-amarela>

Falas desconstruídas

De um lado, o ministro da Saúde, Ricardo Barros, afirmou, em entrevista ao jornal *O Estado de S. Paulo* (23/1), que a situação está “sob controle” e que não é “provável” que o Brasil enfrente este ano uma epidemia na mesma proporção daquela ocorrida em 2017. Porém, o mesmo jornal noticiou o alerta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que o grande número de pessoas não vacinadas no país representa um “alto risco” de proliferação da doença. Segundo a OMS, as novas regiões que passaram a ser área de risco contam com população desprotegida, o que traz um “desafio significativo” para a imunização. Com a doença novamente em destaque, é importante buscar informação adequada, procurando sempre fontes confiáveis, como destaca Estevão Portela. “Em períodos em que há muita insegurança por parte da população em relação à capacidade do poder público de enfrentar estas ameaças à saúde, é comum que surjam informações desconstruídas, teorias da conspiração e dicas de saúde sem nenhuma base científica”, alertou.

QUEM NÃO DEVE SE VACINAR

- Crianças menores de 9 meses de idade
- Mulheres amamentando
- Pacientes com imunossupressores (que diminuem a defesa do corpo)
- Pessoas com alergia a ovo
- Pessoas em tratamento de quimio/radioterapia

QUEM DEVE SER VACINADO

- Pessoas entre 9 meses e 59 anos de idade
- Idosos com mais de 60 e grávidas devem passar por avaliação médica

A hepatite A pode ser transmitida pela água ou pelos alimentos contaminados



AGÊNCIA BRASIL

Hepatite A: crescem os riscos de contaminação

Com transmissão pela via oral-fecal, a hepatite A foi noticiada no fim de 2017 e início de 2018 por conta do aumento do número de casos em São Paulo e no Rio de Janeiro: em 2017, somente a capital paulista registrou 694 casos, um terço das ocorrências em todo o país em 2015. Já no Rio de Janeiro, foram 119 pessoas infectadas pela doença (um aumento de mais de 10 vezes em comparação com o ano anterior) — a maioria dos casos se concentra na comunidade do Vidigal, favela da Zona Sul carioca. Como informou o site da BBC Brasil (10/1), os dois surtos de hepatite A — que vinha diminuindo o número de casos nas últimas décadas — parecem ter sido causados por fenômenos diferentes, de acordo com especialistas.

Esse tipo de hepatite pode ser transmitida por contato direto entre as pessoas,

pela água ou por alimentos contaminados, por mãos mal lavadas ou sujas de fezes e por objetos que contenham a presença do vírus. Como explicou a notícia da BBC Brasil, em São Paulo, a Secretaria Municipal de Saúde atribuiu o avanço da doença ao sexo oral-anal sem proteção — embora a hepatite A não seja considerada uma infecção sexualmente transmissível, o contato com a região perianal ou com material que contenha resíduos de fezes pode gerar contaminação. Já no Rio de Janeiro, a causa mais provável é a presença do vírus na água, principalmente pela ocorrência em uma região pobre com deficiência no saneamento básico.

Ao analisar a água em 10 pontos próximos ao Vidigal, o Laboratório de Desenvolvimento Tecnológico em Virologia da Fiocruz encontrou a presença

do vírus em três locais — em um poço, em um lote de água mineral e em um chuveirão da praia em frente ao morro do Vidigal, o que aumenta o risco de contaminação principalmente no verão. Como informou a Agência Brasil (10/1), os moradores devem manter cuidados preventivos como lavar as mãos e só utilizar água fervida ou filtrada para beber e preparar alimentos. A infecção — que ataca o fígado — geralmente é benigna em criança e mais grave em adultos, mas podem ocorrer formas fulminantes da doença, inclusive com risco de morte. Segundo a BBC Brasil, no Rio, ainda não houve complicações, mas em São Paulo quatro pacientes já foram levados à fila de transplante devido à doença, com duas mortes, o que não ocorria no estado desde 2012.

Esforço coletivo para evitar disseminação

“**A**té o final do século passado a hepatite A na maior parte do Brasil era frequentemente adquirida na infância devido às precárias condições sanitárias e à falta de imunização. Como em crianças pequenas esta infecção costuma ser branda, muitas vezes o diagnóstico nem era conhecido, mas a imunidade deixada é permanente, dificilmente um número grande de susceptíveis chegava à idade adulta a ponto de aparecer um surto como este”, explicou à *Radis* Estevão Portela Nunes, vice-diretor de

Serviços Clínicos do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz). Segundo ele, a oferta de vacina para crianças e a melhoria nas condições sanitárias reduziu progressivamente o número de casos relatados, porém propiciou a existência de um aumento na população vulnerável, que não foi vacinada nem infectada na infância. “A introdução do vírus no meio através de alguma quebra de barreira das condições sanitárias acabou levando a este fenômeno atual”, disse o especialista. “O mais importante é que

haja um esforço coletivo para enfrentar estas situações”, recomendou, lembrando que o poder público deve fazer sua parte — identificando e combatendo fatores associados à epidemia, orientando a população quanto às medidas de prevenção e avaliando a cobertura vacinal nas áreas vulneráveis —, e também a população, com a adequada higienização das mãos e o cuidado com os alimentos consumidos, avaliando-se a procedência e a higiene, para que diminuir o risco de disseminação da infecção.

Pesquisa revela vulnerabilidade para transtornos psicóticos

Um estudo internacional realizado em cinco países europeus e no Brasil sobre a incidência de transtornos psicóticos constatou que homens jovens, minorias étnicas e moradores com baixos indicadores socioeconômicos têm maior propensão a apresentar um primeiro episódio psicótico. Segundo divulgou a Agência Fapesp (9/1), isso significa que esses grupos populacionais estão mais predispostos à manifestação inédita de transtornos mentais que incluem esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e depressão com sintomas psicóticos, como alucinações, ideias delirantes e desorganização do pensamento.

“O estudo confirmou que a incidência do primeiro episódio psicótico varia muito entre grandes centros urbanos e regiões mais rurais e indicou que os fatores determinantes centrais para essa grande variação são, provavelmente, ambientais”, afirmou Paulo Rossi Menezes, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP) e um dos coordenadores da pesquisa no

Brasil. Ao comentar os resultados, o pesquisador disse que, até o final do século 20, acreditava-se que os principais fatores etiológicos (origem e causa) desse tipo de transtorno seriam genéticos. “Mas os dados do estudo apontam que os fatores ambientais desempenham um papel muito relevante”, declarou.

Realizada em 17 centros urbanos e rurais dos seis países participantes entre 2010 e 2015, a investigação identificou 2.774 pacientes que apresentaram um primeiro episódio de transtornos psicóticos, dos quais, 1.578 eram homens e 1.196, mulheres, com idade média de 30 anos. As análises dos dados indicaram uma variação de oito vezes na incidência dos transtornos psicóticos entre as áreas estudadas. Enquanto em Santiago, na Espanha, a incidência foi de seis novos casos por 100 mil habitantes por ano, em Paris, na França, o número subiu para 46 novos casos anuais, também por 100 mil. Na região de Ribeirão Preto, onde o levantamento foi realizado no Brasil, a incidência foi de 21 novos casos por 100

mil habitantes por ano.

Também foi constatada alta incidência de primeiro episódio psicótico em minorias étnicas e em áreas com menor porcentagem de casas ocupadas por seus proprietários. Para Menezes, isso sugere que as condições socioeconômicas das pessoas e do ambiente onde vivem têm papel importante. Os pesquisadores pretendem agora analisar os dados sobre o histórico de vida dos pacientes e compará-los com controles da população (pessoas que não apresentaram esse quadro) a fim de verificar os fatores de risco para o desenvolvimento de um primeiro episódio psicótico.

A matéria da Agência Fapesp chama atenção ainda para o fato de que transtornos psicóticos são responsáveis por uma proporção significativa da carga global de doenças, em razão da incapacitação que causam. Os resultados da pesquisa, que no Brasil contou com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), foram publicados em artigo na *JAMA Psychiatry*, renomada revista da Associação Médica Americana.

Autorizado o uso do nome social nas escolas

O Ministério da Educação (MEC) aprovou (17/1) resolução que autoriza o uso do nome social de travestis e transexuais nos registros escolares da educação básica, uma antiga reivindicação do movimento LGBTI (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexuais). Com a mudança, os estudantes poderão solicitar que as escolas usem seus nomes sociais, e não os que constam no RG, em documentos de identificação, listas de presença e outros documentos oficiais escolares, apontou o portal G1 (17/1). De acordo com a resolução, maiores de 18 anos podem solicitar o uso do nome social. No caso dos menores de idade, o pedido deve ser feito pelos pais ou responsáveis legais.

O MEC divulgou (17/1) que a norma busca propagar o respeito e minimizar estatísticas de violência e abandono da escola em função de bullying, assédio, constrangimento e preconceitos. Ao comentar a resolução, a presidenta da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), Keila Simpson, afirmou que a exclusão sofrida pelas pessoas trans no Brasil também é visível no ambiente escolar. “Quem mais está fora desse espaço da escola é

a população trans, porque a escola não se preparou para nos receber”, disse em entrevista para a Agência Brasil (17/1).

A reportagem lembrou o caso recente vivido por uma estudante do Ceará que teve bastante repercussão na mídia no final do ano passado, quando a adolescente Lara, de 13 anos, ao se reconhecer como mulher, passou a sofrer preconceitos no ambiente escolar, sendo inclusive “convidada” a sair da Escola Educar Sesc, como narrou a reportagem. Segundo a mãe da estudante, Mara Beatriz, o nome civil da adolescente — masculino — era utilizado em todos os registros escolares escritos, como em provas e boletins. Além disso, a estudante não tinha acesso ao banheiro feminino e, para não usar o masculino, teve que se limitar a ir apenas ao banheiro da coordenação.

“Era algo que causava muito sofrimento, porque antes aquele era um ambiente em que ela se sentia muito bem na escola, onde estudava desde os 2 anos de idade”, comentou a mãe, acrescentando que a escola inviabilizou ainda o direito de a adolescente ter o nome social garantido na carteirinha de

estudante. Mara Beatriz usou as redes sociais e a imprensa para denunciar o caso. Segundo informou a Agência Brasil, diante da repercussão, o Sistema Fecomércio, que controla a escola, anunciou que havia ocorrido “uma falha pontual interna” e que o nome social da estudante havia sido regularizado em todos os documentos. A instituição se comprometeu ainda a estimular o debate sobre questões de gênero com toda a comunidade escolar e a adotar ações permanentes de combate ao preconceito.

A resolução que autoriza o uso do nome social havia sido aprovada pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), em setembro de 2017, e aguardava a homologação pelo MEC para entrar em vigor. O texto determina ainda que as escolas de educação básica brasileiras, na elaboração e implementação de suas propostas curriculares e projetos pedagógicos, assegurem diretrizes e práticas com o objetivo de combater a quaisquer formas de discriminação em função de orientação sexual e identidade de gênero de estudantes, professores, gestores, funcionários e respectivos familiares.

Amianto liberado na Bahia

O amianto foi banido do Brasil, certo? Na Bahia, não. Mesmo depois do Supremo Tribunal Federal (STF) ter proibido a extração, a industrialização e a comercialização do produto em todos os estados do país, em novembro de 2017 — declarando inconstitucional um artigo da Lei Federal 9.055/1995, que permitia o seu uso controlado —, a Assembleia Legislativa da Bahia aprovou (5/12) uma emenda ao projeto 20.985/14, permitindo que a indústria do cloro-soda na Bahia utilize seus estoques de amianto até janeiro de 2026, como informou o site do Instituto do Trabalho Digno (ITD), entidade que se dedica a estudos, pesquisas relacionadas ao mundo do trabalho (16/12). Segundo informações do instituto, a medida beneficia uma única empresa na Bahia — a Dow Química Brasil — que ainda utiliza amianto no processo de obtenção do cloro, mantendo em estoque a fibra, e expondo os trabalhadores a risco de contaminação.

A emenda, aprovada sem questionamento dos deputados, dos trabalhadores do setor na Bahia ou dos meios de

comunicação (locais e nacionais), foi proposta pelo parlamentar Rosemberg Pinto (PT/BA), que defendeu sua iniciativa alegando que o Supremo havia deixado de fora o uso de amianto em processos “que não dependem do contato humano”. Para o ITD, o deputado omitiu dos colegas que a emenda ao projeto original contraria o que havia determinado o STF, não admitindo prazos ou exceções. “A lei tardia dos deputados baianos, por conta da emenda Dow, nasce inconstitucional e será questionada no STF, a não ser que o governador da Bahia vete o dispositivo”, previu o instituto, em janeiro.

Autor do projeto original, o ex-deputado Zilton Rocha (PT/BA) lamentou a aprovação da emenda na Assembleia Legislativa — pelo “rastros nefasto” de danos à saúde e ao ambiente deixado pelo amianto — e declarou sua esperança no veto à medida, evitando que entidades e pessoas que lutam pelos direitos das vítimas tenham que gastar seus escassos recursos para comprovar a inconstitucionalidade da lei baiana.

Queimadas aumentam risco de câncer

Destaque no *Diário do Amazonas* (22/1), com informações da Agência Brasil, estudo realizado por pesquisadores das universidades de São Paulo (USP), Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Federal de Rondônia (UFRO), além da Fiocruz, encontrou relação entre as queimadas realizadas na Amazônia e o aumento de risco de câncer no pulmão. A partir da tese de doutorado da bióloga Nilmara de Oliveira Alves, da USP, verificou-se que as partículas carregadas de toxinas, liberadas durante queimadas, se inaladas involuntariamente por longo período, podem causar estresse oxidativo das células e danos genéticos irreversíveis, resultando

até mesmo em câncer de pulmão.

De acordo com a pesquisadora Sandra Hacon (Ensp/Fiocruz), uma das coordenadoras do projeto Clima & Saúde da sub Rede de Mudanças Climáticas do INPE/INCT (Rede Clima), as conclusões inéditas — publicadas na revista *Nature Scientific Reports* — sinalizam para as autoridades ambientais e de saúde sobre a urgência de medidas que evitem o agravamento de doenças respiratórias na população exposta à fumaça das queimadas, “decorrentes da ocupação desordenada para atender a interesses econômicos”, como registrou o *Diário do Pará* (22/1).

Fumar ficará mais difícil em 2018

A aposta é do jornal *Diário da Manhã*, de Goiânia, que destacou (22/1) uma série de medidas que, neste ano podem mudar a regulamentação do fumo no país. Segundo o jornal, novos empecilhos, como proibição de aditivos e aumento da tributação sobre o produto poderão ser regulamentados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), ainda em 2018, prevendo destaque nas discussões sobre medidas de controle do uso do tabaco na agenda do Judiciário e do Legislativo. O

jornal previa que o STF analisasse a proibição dos aditivos ainda em fevereiro, e apostava na força dos ativistas anti-fumo, na Câmara dos Deputados, em aprovar projetos de lei que aumentem a tributação da produção de cigarros e outros produtos com tabaco. A ideia é tornar o hábito de fumar inviável economicamente para boa parte das pessoas, principalmente na adolescência, fase na qual se inicia o consumo de cigarro em 90% dos casos, acentuou o jornal. Tributação é

fundamental para reduzir o consumo em dois grupos populacionais que são os mais vulneráveis para o tabagismo: os jovens e as pessoas de baixa renda, que são os mais expostos, os que mais fumam. “A ideia não é penalizar essas pessoas, é tentar evitar que elas sofram, porque são as que mais adoecem, mais morrem por problemas relacionados ao tabagismo”, defende Valeska Carvalho Figueiredo, coordenadora do Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde da Fiocruz.



RADIS Adverte

**INFORMAÇÃO DE QUALIDADE
GARANTE SAÚDE!**

**NÃO DÊ OUVIDOS
NEM REPASSE NOTÍCIAS
SEM CHECAR A ORIGEM!**

**SUA SAÚDE NÃO PODE
SER ALVO DE BOATO.**

Vozes da cidadania

Democracia, cidadão, direitos e liberdade. Segundo divulgou a Rádio Câmara (1/1), estas são as quatro palavras mais pronunciadas pelos 17 deputados atualmente em exercício que participaram da elaboração da Constituição Federal, entre 1987 e 1988. A nova Carta permitiu que a sociedade vivesse a participação democrática. “Preservou as liberdades plenas, coletivas, individuais da sociedade. Impôs valores a serem respeitados, como a cidadania”, lembrou o deputado Arolde de Oliveira (PSC/RJ), um dos constituintes. A julgar pelos ataques que a Constituição vem sofrendo nos últimos anos, colocando em risco direitos sociais e até o SUS, estas vozes devem estar isoladas ou não estão sendo ouvidas dentro do Congresso Nacional.



Ataques continuam

“A Constituição recém-nascida corre o risco de sucumbir às doenças da primeira infância, entre elas a rejeição dos setores sociais que se juntam para destruí-la”, denunciava Ruy Lopes no *Jornal de Brasília* (19/10/1988), poucos dias após a promulgação da nova Carta. “Executivo fez e continua fazendo o possível para fraudá-la”, dizia o jornalista, citando ataques como “a reforma bancária, o parecer contrário à limitação dos juros, a liquidação da reserva lanomami, o aumento unilateral dos militares, milhares de nomeações, o acordo da dívida externa e outros avanços sobre matérias de competência exclusiva do Congresso”. O jornalista também acusava empresários de tentar “desmoralizar o texto”, ao creditar o aumento da inflação (28%, naquele momento) aos gastos com mão de obra determinados pelo novo texto constitucional. “Ainda que os direitos previstos na Constituição estivessem todos em plena vigência — e não estão — o aumento do custo do trabalho jamais poderia responder pelo recorde negativo da inflação”, argumentava o jornalista. 30 anos depois, os ataques continuam.

Fora de contexto

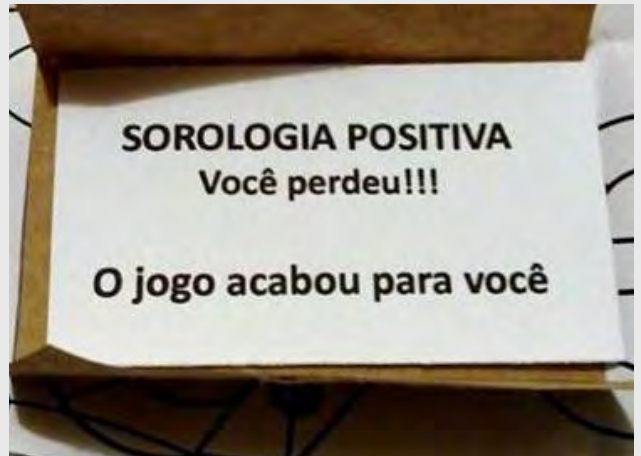
“CGU vê indício de fraude em quase 346 mil cadastros do Bolsa Família com prejuízo de R\$ 1,3 bi”. Quem leu apenas o título da notícia publicada pelo portal Uol (4/1) deve ter ficado com a impressão do programa de benefícios sociais gera prejuízo. O que o título não informa, embora a matéria revele, é que os números encontrados por auditoria feita pela Controladoria-Geral da União (CGU) no Bolsa Família se referem a “indícios” de falsificação no cadastro de 345.906 famílias — número que, segundo o próprio texto do Uol, corresponde a somente 2,5% do total de beneficiados com o programa no Brasil.

Hospitais universitários

A Fiocruz manifestou seu apoio aos hospitais universitários do Rio de Janeiro, em nota contrária à decisão da Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, em colocar as residências em diligências, o que no caso da Uerj impede que haja processo seletivo para 2018. No texto, a instituição defendeu o papel fundamental do Hospital Pedro Ernesto (HuPe/Uerj) e do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ) na formação de profissionais e a importância da residência médica para pesquisa, inovação e atendimento especializado — em especial aos setores mais carentes da população.

Credibilidade abalada

Economista-chefe do Banco Mundial — o mesmo que recomenda cortes nos investimentos em saúde no Brasil (leia na matéria de capa) — revelou ao Wall Street Journal, em janeiro, que a instituição alterou a metodologia do estudo “Doing Business” (em português, “Fazendo negócios”), que avalia a competitividade dos países, prejudicando a imagem do Chile, durante o governo de Michelle Bachelet. Segundo o executivo, as mudanças nos métodos foram “potencialmente motivadas por questões políticas”, como registrou *O Globo* (15/1). Quando o Banco Mundial pedirá desculpas pelo “Ajuste justo” que propõe ao Brasil, pondo em risco os direitos dos cidadãos brasileiros?



O jogo não acaba

Jogo de tabuleiro distribuído aos doadores pela Fundação Pró-Sangue, Hemocentro de São Paulo, foi alvo de críticas nas redes sociais e na imprensa em janeiro, por incluir uma carta (no estilo “sorte ou revés”) onde o jogador lia “Sorologia positiva – Você perdeu! O jogo acabou para você”. A mensagem absurda, além de ir de encontro ao que pessoas e instituições que lutam contra o HIV/aids combatem há décadas — diminuir o preconceito contra as pessoas soropositivas e o estigma de que a sorologia positiva representa uma sentença de morte — demonstra a pouca atenção dada aos chamados materiais educativos em saúde. Em nota, a fundação argumentou que a intenção era ser objetivo e “reforçar os requisitos básicos para doação”. Faltou o entendimento dos criadores para o fato de que, as situações de saúde não são objetivas, e que na prevenção de doenças não deve haver vencedores e vencidos. ▢



COMBATE AO AEEDES: FOCO NOS DETERMINANTES

Elisa Batalha

O médico infectologista Rivaldo Venâncio da Cunha não está muito otimista em relação ao controle das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* no curto prazo no país. “Enquanto continuarmos utilizando as mesmas ferramentas que utilizávamos há 100 anos, continuaremos vivenciando epidemias de dengue, zika e chikungunya, muito provavelmente”, afirmou o professor da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e Coordenador de Vigilância em Saúde e Laboratórios de Referência da Fiocruz. As estratégias consideradas antiquadas pelo pesquisador envolvem uma ação e uma omissão. A ação: continuar a tentar combater o mosquito casa a casa em um cenário urbano cada vez mais populoso e desordenado; a omissão: não interferir com políticas públicas eficazes nos determinantes sociais das doenças nesses cenários, principalmente a falta de coleta de lixo e de oferta de água regulares e adequadas. De positivo, ele lembra o

acúmulo de conhecimento científico e a contribuição histórica que os profissionais pioneiros no tratamento e pesquisa deram para as ciências da saúde, uma das maiores do mundo nos últimos tempos. “Só teremos a real magnitude dessa contribuição daqui a décadas”, afirmou o especialista na entrevista que concedeu à *Radis*.

Em 2016, o Brasil viveu a sua primeira grande epidemia de zika, que teve como um dos efeitos mais graves o nascimento de bebês com microcefalia. De lá para cá, o país está mais preparado para enfrentar algo parecido?

Enquanto não houver uma mudança na tecnologia que está disponível para o controle do *Aedes aegypti*, continuaremos tendo essas epidemias das doenças transmitidas pelo mosquito nas próximas décadas. Em 2018, empregamos exatamente as mesmas tecnologias de 1903, 1905, mais de um século atrás. A estratégia já era a de tentar destruir os focos do mosquito casa a casa, com o equivalente aos inseticidas e larvicidas que temos



Problemas com o fornecimento regular de água e coleta de lixo são determinantes para o aumento de incidência das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*



hoje. O mundo mudou muito, o Brasil mudou muito, o meio ambiente mudou muito, mas a tecnologia utilizada é a mesma. Se tomarmos como exemplo a dengue, somente o instrumental baseado no controle do mosquito não tem sido suficiente para impedir essas epidemias que nós temos observado nos últimos 30 anos. O mesmo vale para chikungunya e zika.

As equipes e os serviços de saúde estão preparados para fazer o diagnóstico e implementar precocemente o tratamento adequado aos pacientes?

Em relação à época da primeira epidemia de zika, há dois anos, houve um acúmulo de conhecimento. Agora temos profissionais experientes para lidar com a síndrome da zika congênita. Uma das grandes contribuições que a pesquisa científica brasileira deu para o mundo nas últimas décadas foi desvendar as alterações, a história natural da doença. Eu colocaria no mesmo patamar de importância do conhecimento sobre a Doença de Chagas, nas primeiras décadas do século 20. Nós temos um arsenal com kits para diagnóstico molecular e sorológico que não tínhamos em 2015 e 2016, um aporte diferenciado para enfrentamento de eventuais novos casos.

O senhor pode dar outros exemplos?

Já conhecemos de forma mais minuciosa e aprofundada boa parte das consequências da infecção pelo vírus da zika, podemos afirmar com razoável segurança que a microcefalia é apenas uma das consequências da infecção congênita pelo vírus zika, provavelmente a mais grave, mas não a única. Já sabemos que é possível ter consequências auditivas, motoras, cognitivas, oftalmológicas mesmo quando o perímetro cefálico é normal. Há aspectos positivos em termos de acúmulo de conhecimento. No entanto, as condições ambientais, macro, continuam as mesmas, se é que não pioraram.

É possível prever se teremos um novo surto de zika vírus?

Ainda não temos séries históricas no Brasil que nos permitam observar e fazer projeções sobre o comportamento do vírus ao longo dos anos. Com a dengue, devido ao acúmulo de séries históricas desde os primeiros episódios, há cerca de 30 anos,

sabemos que a epidemia se alterna entre as regiões do país: um ano mais intensa no Centro-Oeste, em outro no Sudeste, e assim sucessivamente. Com a zika nós ainda não temos experiência acumulada. Se fizéssemos um paralelo pela similaridade do agente etiológico, o vírus zika é do mesmo gênero do vírus da dengue, é transmitido pelo mesmo mosquito, ocorrendo nas mesmas épocas do ano. É provável que essa ocorrência em ondas epidêmicas possa ocorrer também com a zika. Mas ainda não temos observações suficientes que nos permitam fazer essa afirmação.

Quais medidas podem ser tomadas para conter futuras epidemias das doenças transmitidas pelo Aedes?

Precisamos de uma nova ferramenta, e eu me refiro especificamente às pesquisas envolvendo a utilização da bactéria Wolbachia — que pode impedir o mosquito de ser infectado. Essa sim pode ser uma mudança de paradigma no controle do vetor. As pesquisas estão em andamento pelo projeto “Eliminar a Dengue”, com participação da Fiocruz. Esta é uma medida com forte inovação tecnológica, feita a partir da Saúde Pública, que poderia de fato mudar o rumo das séries históricas relacionadas às enfermidades transmitidas pelo Aedes. Sem esse tipo de abordagem inovadora, infelizmente, não acredito que haja medidas que possam impedir novas epidemias de dengue, zika e chikungunya.

Quais os problemas da estratégia tradicional de combate ao mosquito?

O Brasil tem um passivo ambiental gigantesco, com crescimento desordenado do espaço urbano, além de crescimento populacional desproporcional à oferta de instrumentos públicos. Por exemplo, o fornecimento de água para uso doméstico não acompanhou o ritmo de crescimento de novas comunidades. Na periferia dos centros urbanos de grande e de médio portes nós temos sérias deficiências no fornecimento regular de água para consumo doméstico, assim como na coleta de resíduos sólidos urbanos. Poucas doenças, como as transmitidas pelos vetores com características urbanas — principalmente o Aedes aegypti e o mosquito-palha, vetor da leishmaniose — têm determinantes sociais tão marcantes. Enquanto esses determinantes sociais não forem alterados, somente medidas de Saúde Pública não resolverão o problema.

De que modo os cortes orçamentários podem afetar a prevenção de doenças causadas pelo Aedes em 2018?

Eu não sou especialista em economia da saúde, mas o que nós temos observado no Brasil como um todo é que a recessão econômica diminuiu drasticamente a arrecadação dos estados. Ao diminuir a arrecadação, isso gera consequências na economia local, entre elas o desemprego. Com o desemprego maior, há um contingente de pessoas que fica no seu domicílio. O Aedes basicamente vive e procria no espaço doméstico. Se aumenta a população que permanece nos domicílios, durante o dia, evidentemente aumenta a chance de ser infectado. Mas os efeitos não param aí. Equipes de saúde, de atenção primária, de Estratégia Saúde da Família, estão sendo desativadas. O Rio de Janeiro é um exemplo de lugar onde isso vem acontecendo. Em alguns estados, hospitais foram fechados, há profissionais com os salários atrasados, unidades de saúde perdendo pessoal. Tudo isso tem impacto no diagnóstico precoce e nas orientações dos profissionais para as condutas com esses pacientes. A crise econômica impacta negativamente o controle da transmissão das doenças e o acesso ao tratamento. A relação pode não ser direta, mas em tese aumenta a população suscetível e reduz o acesso aos serviços de saúde. Além disso, há localidades em que o abastecimento de água e a coleta de resíduos sólidos também são afetados pela falta de recursos. Tudo isso são determinantes.

ELISA BATALHA

Omês de janeiro começou com um debate caloroso sobre os direitos das mulheres. No dia 7, durante a cerimônia do Globo de Ouro — famosa premiação da indústria de cinema e televisão norte-americana e internacional — a atriz e apresentadora Oprah Winfrey fez um discurso já considerado histórico. Como primeira mulher negra a receber o prêmio especial Cecil B. DeMille, a conceituada atriz aproveitou o momento de agradecer a premiação e reafirmar a representatividade das pessoas negras na mídia. “Os tempos estão mudando”, declarou, referindo-se indiretamente aos casos de assédio e abuso sexual denunciados recentemente envolvendo pessoas ligadas à indústria cinematográfica, especialmente nos Estados Unidos. O tom da fala era de apoio às vítimas que têm levado a público denúncias contra figuras de renome e poder consolidado em Hollywood, como o produtor Harvey Weinstein, acusado de estupro de dezenas de mulheres, e o ator Kevin Spacey, denunciado por abusar de rapazes, inclusive um menor de idade na época.

O TEMPO

Em um dos momentos mais marcantes, sem mencionar nomes a apresentadora declarou: “É a dedicação insaciável para descobrir a verdade absoluta que nos impede de fechar os olhos à corrupção e à injustiça, aos tiranos e vítimas, aos segredos e mentiras. Eu valorizo a imprensa mais do que nunca, à medida que tentamos passar por esses tempos complicados. Eu tenho certeza de que falar a sua verdade é a ferramenta mais poderosa que temos, e sou muito orgulhosa de todas as mulheres que se sentiram fortes o suficiente para se manifestarem e compartilharem suas histórias”.

No fim do discurso, Oprah citou o caso de Recy Taylor, mulher negra americana que lutou por justiça ao ser estuprada por seis homens em 1944, e que faleceu no fim de 2017 sem jamais ter visto os criminosos serem processados ou punidos. “Os homens que tentaram destruí-la nunca foram processados. Recy Taylor morreu dez dias atrás. Ela viveu, como todos vivemos, muitos anos numa cultura quebrada por homens brutalmente poderosos. Por muito tempo, mulheres foram desacreditadas se ousavam falar suas verdades contra o poder desses homens. Mas o tempo deles acabou”, disse a apresentadora, reafirmando seu compromisso com “a verdade de tantas outras mulheres que foram atormentadas naqueles anos, e que são até hoje atormentadas”.

ASSÉDIO, ESTUPRO, ABUSO:

ACABA BOU!

A apresentadora citou ainda a costureira Rosa Parks, símbolo do movimento dos direitos civis dos negros nos Estados Unidos — que, em 1º de dezembro de 1955, se recusou a ceder o seu lugar no ônibus a um branco, atitude que deu força à luta antissegregacionista no país. Para Oprah, a verdade de Recy também estava no coração de Rosa, quando ela tomou a decisão de permanecer sentada, em Montgomery, e estava presente no momento em que falava, “com todas as mulheres que escolhem dizer ‘eu também’, e com cada homem que escolhe ouvir”, disse ela, referindo-se à campanha #MeToo (“eu também”), que reuniu relatos de mulheres sobre casos de assédio, sobretudo em ambiente de trabalho, e que viralizou nas redes sociais desde outubro de 2017.

Além do discurso de Oprah, o evento foi ainda palco do protesto simbólico de muitas atrizes que vestiram preto para chamar a atenção para a nova campanha pública norte-americana contra assédio sexual, lançada em 1º de janeiro de 2018, o *Time’s Up* (em tradução livre: “Basta!”, ou “O tempo acabou”). O movimento foi idealizado pela organização National Women’s Law Center, fundada em 1972, que tem levantado fundos e reunido advogados para levar os casos de assédio sexual aos tribunais, principalmente para mulheres sem recursos para isso. A campanha, disponível em www.timesupnow.com, pretende combinar as pautas históricas da igualdade de oportunidade no mercado de trabalho e da violência sexual.

ASSÉDIO OU CANTADA?

No artigo de opinião “Da queima dos sutiãs ao *Time’s Up*: os desafios da mudança geracional no feminismo”, publicado no jornal *El País* (19/1), as pesquisadoras Débora Alves Maciel, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), e Marta Rodriguez Machado, da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, afirmam que a violência sexual se tornou, desde os anos 2000, a principal pauta de uma nova geração feminista, que vem mudando as formas de fazer reivindicação política no espaço público. São mobilizações sem lideranças, que se disseminam tanto nas redes sociais quanto em grandes marchas nacionais — como Marcha Mundial das Mulheres, Marcha das Margaridas, Marcha das Vadias. Para elas, a enorme carga emocional contida nos temas do estupro e do assédio sexual se expressa em modalidades de performance pública que visam gerar choque moral para retirar da sombra situações de opressão naturalizadas. “No caso brasileiro, por exemplo, processos de estupro que são conduzidos de modo a questionar o comportamento da vítima, casos de feminicídio em que se revigora a legítima defesa da honra, vítimas que na dificuldade de obter provas acabam sendo acusadas de calúnia e, ainda, ataques sexuais a mulheres no transporte público que são classificados como simples importunação ao pudor. Ao invés de seguir o caminho dos tribunais, as acusações de abuso sexual vêm transformando redes sociais, imprensa e eventos culturais em espaço de protesto”, analisaram as pesquisadoras.


Dois dias depois da cerimônia pública onde aconteceu o discurso de Oprah, 100 escritoras, atrizes e acadêmicas francesas assinaram um manifesto publicado no jornal *Le Monde* e no britânico *The Guardian*, em que se posicionam contrárias ao que chamam de “denuncismo”, declarando

temer um “novo puritanismo” e afirmando que “homens devem ser livres para abordar” mulheres. Em um dos trechos da carta, lê-se que “estupro é crime, mas seduzir alguém, ainda que de forma insistente não é”. O texto prega ainda que as mulheres deveriam se unir contra outro oponente, os “inimigos da liberdade sexual”, como extremistas religiosos e reacionários.

Os limites do flerte e da cantada e a distinção entre que é sedução e o que é assédio passaram a ser questões de debate nos dias subsequentes. Quatro em cada dez brasileiras (ou 42% das mulheres) dizem já ter sofrido assédio sexual, segundo pesquisa nacional divulgada no Globo (23/12). No entanto, em depoimento publicado no mesmo jornal (10/1), a colunista Danuza Leão escreveu artigo defendendo que “a mulher deveria ser cantada três vezes na semana”.

A diretora de conteúdo e produtora teatral Sheylli Caleffi não vê confusão possível entre flerte e assédio. “Não existe uma tabela entre assédio, cantada ou flerte. O assédio tem claramente uma questão de poder envolvida. O grau de importunação é a vítima quem diz, o quanto a mulher se sentiu incomodada, coagida, constrangida, e qual vai ser a sua reação”, declarou ela à *Radis*. Sheylli, que produz conteúdo para diferentes empresas de mídia, administra também uma página no Facebook que reúne relatos e dá apoio a mulheres vítimas de abuso sexual. “Onde está o “elogio” quando a pessoa que escuta atravessa para o outro lado da rua, ou tem vontade de sair correndo com medo? Comparar assédio a uma cantada é como comparar estupro com uma relação sexual. O assédio não tem o objetivo de se conectar com a pessoa. O assédio é invasivo”.

Para ela, é muito importante que a hierarquia seja visibilizada, seja no ambiente corporativo, no meio artístico ou no mundo do esporte, de onde vêm surgindo muitas denúncias de assédio e abusos. “É muito importante que se dê credibilidade à pessoa que denuncia, especialmente à mulher vítima de assédio ou abuso. Muitas vezes essa mulher ouve julgamentos de que ela deveria ‘se comportar’, e de que ela seria a responsável por ‘dar limite’. Quando a vítima chega a denunciar, ela já pesou o risco de ser considerada mentirosa, louca ou de perder o emprego. Ela normalmente, num ato de muita coragem, está contando porque vai fazer muito mal para ela não denunciar e até ficar sabendo que aquilo continua acontecendo com outras mulheres e meninas”, argumentou Sheylli.

“Existe muita assimetria de poder nas relações professor/aluna, patrão/empregada, treinador/atleta, diretor/atriz”, exemplifica ela, que lembra o quanto a saúde mental de muitas mulheres é extremamente afetada por casos de estupro, abusos e assédio. “Há relatos na página que administro de pessoas que não conseguem pegar um ônibus. Adolescentes que fogem de casa porque foram abusadas por um parente próximo e temem não ser ouvidas e compreendidas pelo resto da família. Mulheres que não conseguem mais ser tocadas, e quando o companheiro tenta, caem no choro, mas não conseguem relatar nem pedir ajuda”, descreve. Sheylli conta que criou a página por ter sido ela mesma vítima de estupro, na infância e no final de 2017, durante uma viagem pelo país. “Permanece uma sensação de insegurança”, conta ela, que publica vídeos seus discutindo o assunto. “Deveria haver uma política pública estruturante contra a cultura do estupro na qual o assédio está inserido”, defende. 

CORTES

Adriano De Lavor

“Quando se perde o respeito por si mesmo, você está acabado”, desabafa Daniel Blake, em um momento de desânimo, quando busca os benefícios sociais a que tem direito após sofrer um ataque cardíaco. A personagem principal da trama ficcional de Ken Loach, “Eu, Daniel Blake”, laureada com a Palma de Ouro, o prêmio máximo do Festival de Cannes em 2016, mostra o processo de pauperização de um carpinteiro britânico por conta de um agravo de saúde, ao mesmo tempo em que expõe os efeitos dos problemas econômicos na vida de uma parcela da população excluída da sociedade de consumo.

Daniel Blake ilustra um grupo de pessoas reais que podem ser incluídas na categoria “precarizado”, como chamou atenção o sociólogo Túlio Custódio, na crítica que escreveu sobre o filme, em 2017: “Uma população, um grupo oriundo da classe trabalhadora, que se encontra à margem do mundo produtivo, com completa insegurança financeira, dependente da assistência do Estado e buscando, nas formas mais violentas e desesperadas, uma maneira de sobreviver”, resumiu no site Justificando (8/8/17), onde esclareceu que o termo, cunhado pelo economista britânico Guy Standing, surge da junção das palavras “proletariado” e “precarizado”.

O drama da personagem no cinema está cada dia mais próximo da realidade de milhares de trabalhadores no mundo todo que, como ele, já sentem os efeitos diretos das medidas de austeridade que vem sendo adotadas em razão da “crise financeira” que atravessa o mundo. No Brasil, o sistema de proteção social também está ameaçado: além dos cortes já aprovados em programas como o Farmácia Popular (veja matéria na página 21), e as já previstas consequências das reformas trabalhista e previdenciária e da aprovação, em 2016, da Emenda Constitucional que congela gastos públicos por até 20 anos, mais recentemente o “ajuste justo” recomendado pelo Banco Mundial (Bird), em relatório produzido a pedido do Governo Federal, também repercutirá nas condições de saúde do brasileiro e na própria sobrevivência do SUS, avaliam especialistas. (veja matéria na página 18).

Mas qual será o impacto da aplicação de políticas de austeridade na saúde das pessoas? “Políticas de austeridade acentuam os efeitos perversos das crises econômicas sobre a saúde, pois reduzem os orçamentos públicos em períodos de demandas ampliadas devido às repercussões do desemprego e redução de renda sobre o estado de saúde da população”, alertou a pesquisadora Lúgia Giovanella, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), quando

analisou, em dezembro de 2017, o relatório do Banco Mundial sobre os gastos públicos no Brasil.

“As medidas de austeridade propõem cortes, são propostas sempre na linha de restringir os gastos públicos, e a saúde é uma área que acaba enfrentando este processo”, já havia alertado Fabiola Sulpino Vieira, especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em entrevista concedida ao Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), em 2016. Autora da nota técnica “Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?”, publicada em agosto daquele ano, a pesquisadora explicou que, na hora que os cortes no orçamento da saúde chegam, diminui a capacidade de resposta do sistema justamente no momento em que este precisa ter mais recursos para fazer frente às demandas que estão aumentando. “Se as pessoas não têm dinheiro, se elas perderam sua fonte de renda, diminui a capacidade de pagamento direto do bolso — quando se compra o medicamento ou paga por algum serviço de saúde — e aumenta a demanda no serviço público”, previu.

Quem são os mais vulneráveis a estas mudanças? Há evidências suficientes que comprovam que o maior impacto é sobre os mais pobres, já que a austeridade aumenta as desigualdades socioeconômicas, advertiu Gulnar Azevedo e Silva, professora do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), durante o painel que discutiu o assunto na sede do instituto, em dezembro de 2017. A partir de estudos epidemiológicos que avaliaram situações de saúde em momentos históricos de crise econômica, no Brasil e no mundo, a pesquisadora demonstrou a relação direta entre os reflexos da crise, como desemprego, falta de moradia e insegurança alimentar, com efeitos na vida das pessoas, como diminuição na expectativa de vida, aumento na incidência de doenças infecciosas, nos transtornos mentais e até nos casos de suicídio.

As pessoas que já apresentam deficiências ou problemas em sua saúde, e aquelas que já vivem em condições precárias, seja de moradia inadequada, seja de emprego (ou de desemprego) são as maiores vítimas, sinalizou Gulnar. Ela chamou atenção para a crescente preocupação com o aumento dos casos de suicídio na Europa e nos Estados Unidos, após a crise econômica de 2007, fenômeno que foi classificado em alguns trabalhos acadêmicos como “suicídio econômico”.

AUMENTO DE SUICÍDIOS

Ela destacou que há diferença no número de casos nos países em que há programas de suporte para desempregados,

NA VEIA

Mais pobres serão os mais afetados na prestação de serviços e aumento no número de transtornos mentais

Cortes no orçamento da Saúde diminuem a capacidade de resposta do sistema justamente no momento em que este precisa de mais recursos para atender a alta demanda



como a Áustria, e os demais, onde as pessoas que perderam seus trabalhos não contam com assistência social e familiar. Gulnar ressaltou que não se pode atribuir somente às medidas de austeridade o aumento dos casos de suicídio, mas observou que estas podem funcionar como um poderoso gatilho que aumenta a sua probabilidade. Mesmo contando com as questões individuais, é possível estimar que a diminuição na oferta de alguns serviços de saúde mental, por exemplo, possa contribuir para o desequilíbrio de indivíduos frente a situações adversas.

A médica apresentou o estudo *"Who pays the price?"* (em português, *"Quem paga o preço?"*), feito pela Associação Britânica de Medicina em 2016, que mostra o aumento de casos de suicídio no Reino Unido nos anos posteriores a crises econômicas — com maior impacto entre homens de 20 a 59 anos —, identifica a relação entre cortes em pensões e na assistência social e a mortalidade de pessoas idosas, e ainda registra piora nas condições de saúde entre indivíduos que apresentavam esclerose múltipla e dificuldades de aprendizado. O estudo recomendou, naquele momento, que qualquer medida de austeridade fosse precedida por um estudo sobre os impactos na saúde dos cidadãos.

Os números confirmavam a recomendação feita pela pesquisa: em 2015, o Reino Unido computou quase 500 mil mortes — 26 mil a mais do que em 2014, o que levou muitos especialistas a acreditarem que havia uma nova doença em circulação no país. Uma investigação mais aprofundada mostrou, no entanto, que o excessivo número de mortes foi registrado exatamente entre as "vítimas" da crise. A história de Daniel Blake retratada com realismo no cinema, ilustra os efeitos da austeridade no funcionamento do sistema de saúde inglês, o National Health Service (NHS). O assunto também motivou o comentário "O real custo da austeridade", publicado pelo pesquisador James Smith na prestigiada publicação *"The Lancet"*, em 2016.

E no Brasil? Gulnar explicou que ainda não há dados que avaliem os efeitos da austeridade no país, até porque estes estão sendo sentidos mais recentemente. O que é possível estimar, segundo ela, e que, apesar de muitos ganhos computados nos últimos 20 anos — aumento da expectativa de vida, diminuição da mortalidade infantil, entre outros índices — o Brasil ainda registra um número elevado de mortes por doenças crônicas consideradas evitáveis (43%). Isso significa dizer que "já partimos de um patamar ruim", em relação aos outros países, com vulnerabilidade maior em diferentes níveis.

A chance de morrer por Acidente Vascular Cerebral (AVC) é muito maior entre os que têm menor escolaridade, por exemplo, assim como a mortalidade por câncer no colo do útero é maior na região Norte do que nas regiões Sudeste e Sul. "O Brasil é um país de extremos de renda e de desigualdade", resumiu a pesquisadora, destacando que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) estagnou a partir de 2014, e mostrando que tem aumentado o desemprego, assim como o número de transtornos mentais e suicídios. Ela avaliou que os mais afetados pela austeridade no Brasil não serão somente os mais pobres, mas também os trabalhadores da classe média, que já vem sendo atingidos por meio de diminuição de salários e de oportunidades de trabalho.

FALÁCIA DA AUSTERIDADE

Professor do Departamento de Epidemiologia do IMS, Antônio Ponce de Leon também fez um apanhado de pesquisas que tratam da relação entre austeridade econômica e saúde e citou um estudo realizado no Reino Unido entre 2007 e 2013, cujos resultados indicaram que, para cada redução de um ponto percentual nos gastos com pensionistas de baixa renda havia um aumento de 0,68% na mortalidade de idosos. A partir das conclusões encontradas em outros artigos, o professor demonstrou ainda o aumento da insegurança econômica de trabalhadores, em diversos países da Europa; a relação entre cortes nos gastos de saúde e aumentos de casos de HIV, na Grécia; e o aumento do número de pessoas que deixaram de procurar assistência à saúde, em Portugal, por conta da falta de recursos, do excesso de trabalho e do fim da gratuidade de serviços de saúde.

Antônio sugeriu algumas maneiras de se observar os efeitos das medidas de austeridade no país, realizando pesquisas temporais sobre suicídio e homicídio, variações temporais e espaciais sobre o acesso aos serviços de saúde, além dos efeitos do aumento do desemprego. Como fontes de dados, ele indicou os mais variados sistemas de informação em saúde, assim como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), do IBGE, entre outros, ressaltando no entanto, que será preciso esperar pelo menos um ano para ter resultados concretos. Ele defendeu a formação de um grupo de estudo para que os efeitos sejam avaliados cientificamente, de maneira a sensibilizar a população.

Integrante do Departamento de Políticas, Planejamento e Administração do IMS, Kenneth Camargo denunciou a "falácia da austeridade", a partir de um resgate histórico da própria economia, depois da Segunda Guerra Mundial. Em sua avaliação, de lá para cá fortaleceu-se uma corrente hegemônica que defende uma participação cada vez menor do Estado e aumento do setor privado na economia, em paralelo à crescente globalização. Ele citou como marco deste avanço o Consenso de Washington, no fim dos anos 1980, que estabeleceu os princípios da boa governança econômica, que inclui as ideias de disciplina fiscal, redução de gastos públicos, reforma tributária, prática de juros e câmbio de mercado, eliminação de restrições para o investimento estrangeiro direto, privatização das estatais, afrouxamento das leis econômicas e trabalhistas e direito à propriedade intelectual. "Estamos vivendo exatamente o aprofundamento disso", situou o pesquisador.

Segundo Kenneth, alguns economistas apontam que o resultado é o aumento da produção de desigualdades e da concentração de renda — que é fator de instabilidade econômica e política. Parte destas ideias, disse ele, estão aprofundadas no livro *"Austeridade – A história de uma ideia perigosa"*, do economista americano Marc Blyth, recentemente traduzido para o português, onde o autor revela as razões das políticas de austeridade que se seguiram à crise de 2008 e demonstra que, "nos momentos de crise, o liberalismo econômico aponta invariavelmente o dedo acusador para o Estado irracional e gastador" — como está descrito o livro, no site da editora Autonomia Literária. "A austeridade nunca funcionou em lugar nenhum", resumiu Kenneth.



O pesquisador identifica dois problemas atuais, que têm relação com a austeridade. Um deles é a substituição do debate político pelo debate econômico: “Você não discute mais a sociedade que se quer; discute a sociedade que cabe no orçamento”, salientou; o outro é a valorização exclusiva da teoria neoclássica econômica, cuja ideologia é neoliberal, e dos preceitos que advogam a autonomia do mercado e consideram que a interferência do Estado é sempre negativa, “antipolítica e antidemocrática”, salientou.

Kenneth também citou outro contexto que se aplica ao momento atual, que é a doutrina de choque, da Escola de Chicago, segundo a qual as crises (naturais, políticas ou econômicas) são aproveitadas como oportunidades para forçar a adoção de medidas econômicas impopulares. “Se dependessem de voto, por exemplo, as medidas adotadas hoje no Brasil jamais seriam aceitas”, exemplificou, citando outras que foram aplicadas em outros países em momentos de crise, apresentadas como “soluções únicas”, em momentos como a passagem do furacão Katrina, nos Estados Unidos, em 2005, quando alguns serviços educacionais foram privatizados, e o Golpe no Chile, em 1973, quando a previdência foi privatizada.

E quais as consequências para a saúde no Brasil? Em primeiro lugar, o pesquisador identifica a redução do gasto público no cuidado à saúde, “que já era pequeno”; a privatização dos serviços, “com todos os problemas de acesso que se terá em relação a isso”; a dupla vulnerabilização da população (em relação a desemprego, emprego precário e redução da rede de proteção a direitos); e empobrecimento e desmantelamento da infraestrutura de saúde pública. Ele considera, no entanto,

que as repercussões na saúde vão demorar a aparecer. Como no filme sobre Daniel Blake, os riscos só aparecem no futuro, lembrou. Mas, se não serão visíveis em curto prazo (com exceção do aumento dos casos de suicídio), serão previsíveis, dado o que foi aprendido com as experiências anteriores e tudo o que sinaliza a epidemiologia social sobre as desigualdades.

A visão de Kenneth reforça o que havia dito o economista David Stuckler, professor de Economia Política na Universidade de Oxford, no Reino Unido, em conferência realizada no Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em outubro de 2017. Naquele momento, Stuckler advertiu para “mentiras ditas pelos governos” sobre a austeridade como única saída e assinalou a mudança de paradigma do próprio Fundo Monetário Internacional (FMI), que recomenda, diante de qualquer cenário, proteger o orçamento universal de saúde e educação.

Autor do livro “A economia desumana — porque mata a austeridade”, Stuckler criticou a entrada do Brasil “no caminho da austeridade” e recomendou que os epidemiologistas brasileiros começassem a coletar dados que demonstrassem os danos da austeridade na saúde da população. “Sem os dados, os danos ficariam ocultos e o debate público não acontece”, disse o pesquisador, deixando também um aviso: “Quando vocês começarem a documentar todos os danos que a austeridade causa na saúde da população, serão atacados, preparem-se”. Para Stuckler, a ciência deve dar suporte à luta dos menos favorecidos. “Hoje, na voz dos epidemiologistas está a voz dos marginalizados, daqueles que sofrem pelas forças poderosas que vão muito além do seu controle. Estamos vivendo um momento da história em que esta voz da epidemiologia é mais necessária”, disse o pesquisador.

Profissional de saúde protesta contra os cortes na Saúde do Rio de Janeiro, em 2016: impacto maior é sobre os mais vulneráveis



Um ajuste *nada* justo

Ainda não publicado na íntegra, a síntese do documento do Banco Mundial, que recebeu o nome de “Um Ajuste Justo — Análise da Eficiência e Equidade do Gasto Público no Brasil”, foi divulgada em novembro de 2017 pela maioria dos meios de comunicação como um retrato da “ineficiência da gestão pública do Brasil”, como descreveu o portal IG (21/11), e reforçou o discurso de que os governos (federal, estaduais e municipais) gastam mais do que podem com Saúde — e gastam mal, já que não cumprem objetivos e “beneficiam os ricos em detrimento dos mais pobres”, como ressaltou o G1 (21/11). O relatório, que avalia os gastos públicos no Brasil até 2015, também causou polêmica ao sugerir que a Previdência só privilegia os 20% mais ricos, recomendar a cobrança de mensalidades nas universidades públicas e criticar os salários pagos aos servidores públicos que, segundo o texto, estariam em sua maioria entre os 83% “mais ricos” da população.

Não foram poucas as críticas que o documento recebeu. “Este é um documento de cerne político”, sentenciou a pesquisadora Lígia Giovanella, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), na apresentação-debate do relatório, promovida em 6 de dezembro pelo Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj), cujo objetivo era discutir o gasto público em saúde. Para ela, embora o texto seja difundido em um

envoltório técnico e científico, sua essência é política, já que se baseia na defesa de uma visão liberal, de uma modalidade de intervenção governamental no campo social residual, focalizada, centrada na assistência social. “É um relatório que busca transformar ideologias em verdades científicas”, criticou, sentenciando que seu objetivo real é “recomendar cortes de gastos públicos especialmente gastos sociais”.

No início de dezembro de 2017, o economista José Celso Cardoso Jr. já havia criticado o documento, afirmando que ele pretendia “petrificar falácias e convencer os oprimidos a acreditar que são eles próprios os responsáveis pela crise”. No texto que publicou no site Plataforma Política Social, “Nem ajuste, nem justo: réplica rápida às estórias que os economistas contam”, (3/12), ele resumiu o relatório a “simplismos, reducionismos e economicismos da pior espécie” que em sua avaliação demonstram “pouco apreço à ética de responsabilidade que importa: aquela que coloca o bem-estar coletivo antes e acima do bem-estar financeiro”.

“A peça em discussão é de economia, cujo foco é função de produção. Trata o sistema de saúde como empresa”, estranhou o economista Bruno Leonardo Barth Sobral, professor da Faculdade de Ciências Econômicas da Uerj, durante o debate, na universidade. “É muito clara a mensagem do relatório de reduzir gastos, mas ele privilegia alguns setores e ignora outros”, observou Eduardo Levcovitz, também docente da Uerj, no IMS. “Até os defensores mais ferrenhos dos ajustes discordam que eles são justos, como quer dar a entender o título deste relatório”, assinalou.

PRIVATIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO?

Especialistas da educação também apontaram distorções no documento. O professor Marcus Taborda, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), criticou o retorno da interferência do Banco Mundial nas políticas internas brasileiras, “no momento em que há uma reorganização completa da economia, de acordo com interesses muito limitados dos mais ricos”. Em entrevista concedida à rádio da universidade (27/11), ele criticou os argumentos “falaciosos” e “economicistas” do relatório, e disse estar certo que ele atende aos interesses do mercado. “Tenho certeza que grandes grupos econômicos estão esperando o momento certo de privatizar as universidades públicas brasileiras”, sentenciou. Para ele, enquanto não forem modificados os sistemas de tributação e de distribuição de riquezas, as recomendações do Bird terão caráter ideológico.

Professor do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Goiás (UFG),

Objetivo do relatório é político, e visa cortar gastos sociais, critica a pesquisadora Lígia Giovanella





Para o professor da Uerj Eduardo Levcovitz (à esquerda) reprovou o título do relatório: “Até os defensores dos ajustes discordam que sejam justos; especialista em sistemas de saúde, Felix Rigoli, do Isags, criticou a ausência dos movimentos sociais e da academia na produção da análise

Nelson Cardoso Amaral também discorda do teor do relatório, identificando que o documento parte de dados e premissas equivocados. “É um documento que, na minha visão, não tem credibilidade”, declarou o professor, em entrevista concedida ao site da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Para o especialista em financiamento da educação, há claramente interesse em comprimir o setor público e dar mais espaço ao setor privado. Além disso, ele aponta, no relatório, números imprecisos e dados cujas fontes não são identificadas. “Esses documentos são para causar impacto na sociedade, usam a credibilidade do Banco Mundial para dizer que isso é uma verdade absoluta”, criticou.

Na imprensa, apesar do pouco espaço concedido às vozes dissonantes, alguns posicionamentos repercutiram por sua argumentação sólida e/ou pelos compartilhamentos gerados nas redes sociais. Em sua coluna dominical na *Folha de S. Paulo*, o jornalista e escritor Lira Neto foi contundente ao criticar o diagnóstico dado às universidades públicas. “O relatório tenta fazer a opinião pública acreditar que há paquidermes planando no céu. É o caso de lembrarmos que elefantes, obviamente, não voam”, escreveu (10/12). No texto, Lira rebateu argumentos de que parte dos estudantes de universidades públicas devem pagar mensalidades e que custam mais que os colegas que estudam nas instituições particulares; e, ainda, refutou a informação que os salários de professores são superiores aos pagos aos profissionais que ensinam no exterior. “Em bom português”, sustentou o escritor, “o que o relatório pretende é sucatear a universidade e cobrar mensalidades”.

INEFICIÊNCIAS NA SAÚDE?

No capítulo dedicado à saúde, o relatório apresenta “alternativas para oferecer mais e melhores

serviços”, apontando ineficiência nos hospitais e recomendando “reformas estratégicas” para lidar com a expansão da demanda. Entre as orientações do texto estão a redução no número de hospitais pequenos — considerados ineficientes, em termos de custos —, uma melhor integração entre os vários níveis de prestação de serviços e a introdução de incentivos para impulsionar a produtividade dos profissionais de saúde e alinhar os mecanismos de pagamento dos provedores aos custos efetivos.

O texto destaca que o gasto total com saúde no Brasil (9,2% do PIB) é progressivo — aumentou em 1,8% nas duas últimas décadas — embora mais da metade dos recursos totais sejam “financiados privadamente” (individualmente e por meio de planos de saúde); aponta que o país gasta 0,5% do PIB com gastos tributários, principalmente para subsidiar seguros privados de saúde; apresenta “ineficiências significativas” nas despesas — o que em tese significaria que o país “poderia ter prestado o mesmo nível de serviços usando 34% menos recursos”. O relatório identifica ainda uma disparidade regional no atendimento. “Se o Brasil equiparasse a eficiência de todos os municípios aos mais eficientes, o país poderia economizar aproximadamente R\$ 22 bilhões, ou 0,3% do PIB, no seu Sistema Único de Saúde (SUS) sem nenhum prejuízo ao nível dos serviços prestados, nem aos resultados de saúde”, apregoa o relatório.

“A maioria da ineficiência é estrutural, diz respeito a como o sistema foi organizado”, argumentou Edson Araujo, economista do Banco Mundial, quando apresentou parte do relatório ao grupo de pesquisadores e estudantes reunidos no IMS. Responsável pela elaboração do capítulo relacionado à Saúde, ele explicou que o trabalho foi feito em dois anos, e se dispôs a desfazer o que considerou equivocados de interpretação. “É essencial entendermos que todos concordamos em fortalecer o sistema de saúde

“É um relatório que busca transformar ideologias em verdades científicas”

Ligia Giovanella

SAIBA MAIS

O real custo da austeridade, estudo de James Smith, na revista "The Lancet" — <https://goo.gl/9NGLM>

Quem paga o preço?, pesquisa feita pela Associação Britânica de Medicina — <https://goo.gl/7bGupN>

Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?, nota técnica do Ipea — <https://goo.gl/pXUefv>

Austeridade – A história de uma ideia perigosa, livro de Mark Blyth, Editora Autonomia Literária — <https://goo.gl/Nf9Ayh>

A economia desumana — porque mata a austeridade, livro de David Stuckler, Editora Bizâncio — <https://goo.gl/eNpiAr>

Um ajuste justo — análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil, Relatório do Banco Mundial — <https://goo.gl/mqEUJN>



brasileiro e melhorar sua qualidade de atendimento”, ponderou. No entanto, embora tenha destacado “resultados muito bons” no que diz respeito à equidade, o economista reforçou que a revisão de contas indica a necessidade de “diminuir a curva ascendente de gastos”.

UNIVERSALISMO BÁSICO

Lígia Giovanela discordou da posição de Edson, denunciando como falácia a afirmação de que o governo brasileiro gasta mais do que pode e, além disso, gasta mal. Para ela, essa mensagem dá margem à interpretação de que se gasta muito com Saúde no país, pouco abordando, no entanto, o problema dos elevados juros e gastos financeiros, que consomem mais de um terço das receitas da União, e negando o “desfinanciamento crônico do SUS” e a privatização da atenção especializada.

A pesquisadora alertou que o documento recomenda, na verdade, um “universalismo básico”, já que propõe ampliar a atenção básica sem, no entanto, estender o acesso a serviços especializados e hospitalares, considerados ineficientes — o que em sua avaliação abre espaço para a exploração desta fatia pelo mercado. O relatório, disse Lígia, ignora ainda heterogeneidades sociodemográficas nacionais e a determinação social dos processos saúde/doença, atribuindo ao SUS ineficiências que são resultado da elevada participação do setor privado. Para ela, o texto “nega o direito universal à saúde e ao acesso a serviços de saúde de qualidade conforme necessidades”.

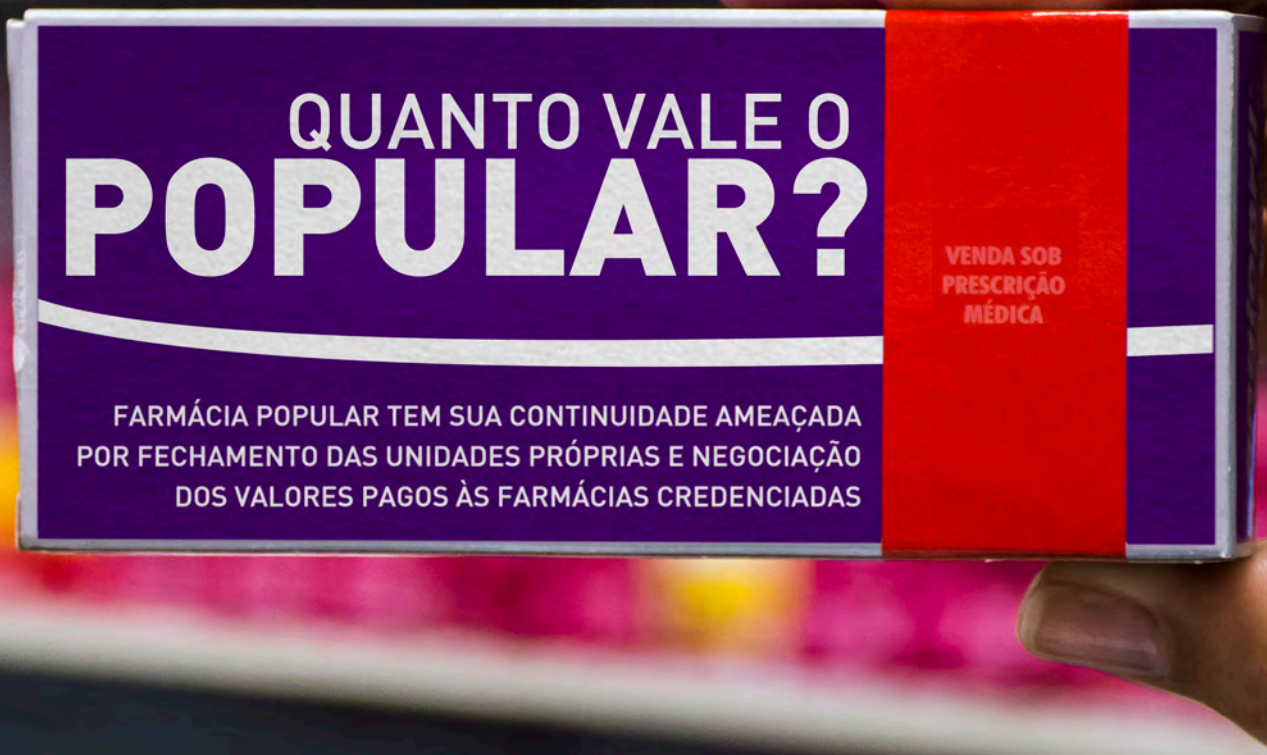
Especialista em sistemas de saúde no Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags), o médico Félix Héctor Rígoli questionou a produção do relatório, já que no grupo de elaboração não havia representação dos movimentos sociais ou das universidades. Para ele, que tem no currículo consultorias prestadas ao próprio Banco Mundial, parece claro que o relatório foi financiado pelo próprio governo, acentuando o que considerou “enfoque perverso” de análise: “Qualquer proposta de saúde tem que olhar primeiro para o acesso e a equidade; o relatório parte do campo contrário, ao partir da eficiência”, frisou o médico, destacando que muitas páginas foram dedicadas a mostrar a ineficiência dos pequenos hospitais em contrapartida com o pouco espaço dado à ineficiência do setor privado e dos gastos tributários. Durante o debate na Uerj, ele deixou ainda duas questões: “Não existem outros gastos que não sejam Educação, Saúde

e Previdência? Onde estão os gastos com outros setores, como a Defesa?”; e outro: “Por que não há uma única menção à corrupção? Seria obrigação técnica do relatório!”, acentuou.

“Não há, no relatório, intenção de defender o SUS. O objetivo é defender o ajuste fiscal do governo”, refutou Bruno Leonardo. Para ele, o documento foi elaborado com este fim e usa o Banco Mundial para torná-lo aceitável. “Aí o relatório encontra o SUS no meio do caminho. Infelizmente a universidade pública não tem a mesma força para resistir”, lamentou. “O que se quer é a privatização do serviço público”, reforçou. Eduardo considerou o documento limitado, já que foca exclusivamente os gastos e a eficiência, sem se deter nos condicionantes e determinantes da Saúde e, ainda, nas consequências que pode gerar. Além disso, criticou a “incompetência linguística e os resultados e conclusões pobres”. “Este estudo não contribui em nada para melhorar a situação da Saúde; o que falta hoje é um estudo macro para compreensão do setor, que inclua as relações de poder e de propriedade”, recomendou.

Também professor do IMS, Paulo Henrique Rodrigues concorda que o objetivo do relatório é justificar a política intervencionista, sob a lógica da redução de despesa, e identificou que a encomenda refletia uma “situação invertida”, que demonstrava a falta de protagonismo do Banco Mundial. Ele lembrou que antes, quando o Brasil tomava empréstimo do Bird, era obrigado a seguir suas recomendações; hoje, o ajuste é encomendado pelo próprio país. Eduardo reforçou: “Neste momento, o relatório não será levado tão a sério. Hoje, quem tem maior repercussão são as agências de risco, e não os organismos internacionais”, acentuou.

Integrante do Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento na Saúde (GPDES), no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), Leonardo Mattos assinalou que o estudo parte do modelo causal equivocado, já que se limita a definir como saúde os serviços de saúde, sem aprofundar o perfil epidemiológico do país. Ele lembrou que o que determina os resultados positivos, em saúde, não é somente o desempenho de serviços, mas também a estrutura social e as desigualdades, como racismo, pouca oferta de trabalho, renda baixa, acesso a saneamento, entre outros fatores. “O relatório fala pouco de saúde; fala muito de economia e quase nada de saúde”, criticou. (ADL).



Luiz Felipe Stevanim

Na folhinha do mês, dia 10 é sagrado para Sérgio Luiz Machado: na volta do trabalho, é quando ele estica a caminhada até a farmácia do bairro para retirar o remédio da hipertensão. A losartana potássica 50 mg, prescrita por seu cardiologista, é um dos medicamentos distribuídos gratuitamente pelo programa “Aqui tem Farmácia Popular” nas drogarias comerciais, assim como outros remédios para hipertensão, asma e diabetes. Sérgio descobriu a doença por acaso, quando ia a uma consulta no posto de saúde do SUS no Engenho de Dentro, bairro da zona norte do Rio de Janeiro. Saiu de casa às 9 da manhã no sol quente e percorreu a pé os quase dois quilômetros até o posto. “Quando cheguei, respirando fundo, o médico meteu logo um aparelho de pressão e o pico estava 18 por 12”, conta o comerciante de 59 anos.

Desde então passou a retirar o remédio por meio da Farmácia Popular. “Eu teria condições de pagar, mas milhões de pessoas no Brasil não têm. E chega uma idade que não é só esse remédio, né?”, reflete. No fim de 2017, ele ouviu sobre o fechamento das unidades do programa mantidas pelo próprio Ministério da Saúde, que recebem o nome de “rede própria” — uma rede formada por 367 farmácias públicas geridas em parceria com prefeituras municipais e governos estaduais, através de um convênio com a Fiocruz. Embora ainda não tenha sido afetado diretamente, pois retira seu remédio nas farmácias comerciais credenciadas, ele teme mudanças que possam afetar o seu tratamento. “Deus me livre isso acabar! Ainda mais porque é uma doença crônica, que precisa de cuidados para toda a vida”, completa.

Como Sérgio, cerca de 9,8 milhões de brasileiros — segundo dados oficiais do próprio Ministério da Saúde — obtêm todos os meses medicamentos nas farmácias comerciais credenciadas no

SAÚDE
NÃO TEM PREÇO

AQUI TEM

FARMÁCIA
POPULAR

Medicamento grátis
Diabetes, Hipertensão e Asma

OFERTA SEMANA
PREÇO BAIXO

PROT.SOLAR
FPS 70 - 200ML
GRATIS Necessário

DE: R\$ 49,90

POR: R\$ 39,90

OFERTA SEMANA
PREÇO BAIXO

PROT.SOLAR
FPS 30 + FACIAL FPS 30

DE: R\$ 48,89

POR: R\$ 20,90

CONDICIONADOR
SH + COND. GRATIS AX

“Aqui tem Farmácia Popular” (ATFP). A partir de janeiro de 2018, essa passou a ser única vertente do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), criado em 2004, ainda no primeiro governo Lula: em meados de 2017, o Ministério da Saúde anunciou o fechamento, até dezembro, dos 367 estabelecimentos próprios, que haviam sido a origem do programa — a rede própria chegou a 517 unidades em 2016. De acordo com a pasta, foi analisado o impacto do encerramento dessas unidades e somente 20% do total dos R\$ 100 milhões gastos com a iniciativa eram utilizados efetivamente na compra e distribuição de medicamentos aos pacientes.

Mas as mudanças também podem afetar as farmácias comerciais da rede credenciada, pois o governo negocia o valor repassado a esses estabelecimentos como compensação pela gratuidade ou descontos. Como informou à *Radis*, o Ministério da Saúde paga cerca de 30% a mais para as farmácias comerciais do que os preços praticados no mercado — a proposta do governo é que o setor aplique os valores comerciais. Implementada a partir de 2006, dois anos após a criação do programa, essa vertente de convênios com as farmácias particulares permite que as pessoas possam retirar medicamentos com descontos de até 90%, dentre os quais anticoncepcionais e remédios para asma, diabetes, dislipidemia, doença de Parkinson, glaucoma, hipertensão, osteoporose e rinite. Desde 2012, sob o slogan “Saúde não tem preço”, as pessoas também passaram a obter gratuitamente medicamentos para três doenças nas farmácias cadastradas no programa: asma, hipertensão e diabetes.

Ainda que possibilite o acesso a medicamentos gratuitos ou com desconto para uma parcela da população, o Programa Farmácia Popular passou a subvencionar o setor privado ao invés de investir em farmácias públicas, como apontam os pesquisadores da área de Assistência Farmacêutica ouvidos por *Radis*. Para a farmacêutica e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), Claudia Osorio de Castro, o programa se desvirtuou com a expansão dos convênios para as farmácias privadas. “A Farmácia Popular não pode ser uma substituição do SUS. Hoje em dia esse programa superfinancia o setor privado, sem qualquer monitoramento ou avaliação”, aponta. Segundo ela, existe um volume de recursos repassados às farmácias comerciais sem que seja medido o impacto sanitário que esta iniciativa possui.

Já para Rondineli Mendes, também farmacêutico, pesquisador da Ensp e autor de uma tese de doutorado sobre o programa “Aqui tem Farmácia Popular” (defendida em 2014 no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro — IMS/Uerj), a associação com o setor privado permitiu uma “explosão” do programa em termos de unidades conveniadas, porque ele passou a utilizar uma rede instalada de farmácias privadas. “Com essa vertente, o programa não precisa criar novas farmácias. As farmácias já existem, elas só se credenciam”, explica. A partir de dados levantados em sua pesquisa, ele aponta que o governo paga mais caro por um medicamento no “Aqui tem Farmácia Popular” do que nas farmácias do SUS. Tanto Rondineli quanto Claudia concordam que o Farmácia Popular aponta para contradições e desafios em relação ao acesso a medicamentos no Brasil.

REDE PRÓPRIA

- Surgiu em 2004
- 367 unidades (em 2017)
- 112 medicamentos
- Extinta no fim de 2017

REDE CREDENCIADA (“AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR”)

- Surgiu em 2006
- 31.048 farmácias comerciais
- 42 medicamentos
- Passa por revisão dos valores

“SAÚDE NÃO TEM PREÇO”

- Medicamentos gratuitos para diabetes, hipertensão e asma

REDE PRÓPRIA X PRIVADA

As diferenças entre a rede própria do Programa Farmácia Popular e a rede comercial credenciada no “Aqui tem Farmácia Popular” estão expressas nos números: enquanto havia 367 farmácias do próprio programa em 2017, os estabelecimentos comerciais cadastrados no ATFP chegavam a 31.048 em dezembro de 2017, de acordo com o Ministério da Saúde. Por outro lado, as farmácias comerciais disponibilizam 42 medicamentos e um insumo (fralda geriátrica) para os consumidores; já a rede própria, antes de ser fechada, contava com 112 produtos, além da distribuição de camisinhas.

De acordo com Claudia Osorio de Castro, o crescimento da vertente privada do programa desviou a prioridade de investimento que deveria se voltar para as farmácias presentes nas unidades do SUS. “A gente começou a ter substituição do SUS pela Farmácia Popular, com municípios que deixam de investir naquilo que eles são obrigados a prover, que são os medicamentos de Atenção Básica”, enfatiza. Na sua avaliação, o programa sofreu uma “subversão” ao

contribuir para a desresponsabilização da gestão municipal e priorizar os recursos para as farmácias privadas. “Os municípios vão abandonando o fornecimento desses medicamentos porque eles têm lá a Farmácia Popular para fazer isso para eles”, completa, ao destacar que, quando se desvirtua uma política, são produzidos vícios no sistema.

Claudia também ressalta que o Ministério da Saúde repassa para as farmácias comerciais, em relação a determinados produtos, um valor acima do que é pago no SUS. “Existem medicamentos comprados pela Farmácia Popular a 1500% acima daquilo que é comprado e executado pelos governos municipais”, aponta. Segundo ela, não há transparência no programa quanto aos impactos reais na melhoria das condições de saúde da população. “Esse dinheiro é repassado para essas farmácias particulares em grande escala, de sorte que o governo federal financia o setor privado no Brasil, para os medicamentos de asma, hipertensão e diabetes”, considera.

“Quando o programa foi criado, em 2004, ele foi anunciado como uma novidade, uma nova experiência de

acesso a medicamentos”, lembra. Para a pesquisadora, a proposta inicial não era substituir as farmácias já existentes no SUS, mas complementar e expandir o acesso a medicamentos com novas estratégias. A novidade era o chamado “copagamento”: a pessoa comprava o remédio, mesmo nas farmácias da rede própria, por um pequeno preço, com subvenção governamental que podia chegar a 90%. “A Farmácia Popular propunha uma contribuição do paciente, com custo baixo. Com isso ela pretendia tratar uma parcela da população que podia pagar, ainda que um preço muito módico”, explica.

Na visão de Claudia, o programa não trazia novidade apenas ao introduzir o copagamento, mas ao propor uma visão ampliada de acesso, que buscava garantir o uso racional e adequado dos medicamentos. “Além de pagar, as pessoas também receberiam cuidado farmacêutico na dispensação: uma orientação que era o diferencial desse programa”, destaca. Segundo a pesquisadora, o acesso a medicamento pressupõe uma série de condições, não só a oferta, mas requisitos como qualidade excelente, dispensação adequada



e orientação para o uso racional. Porém, segundo ela, com o crescimento da vertente privada, o programa “desvirtuou” os seus propósitos. “A rede própria, essa que foi extinta, ‘não fazia mais água’ nesse contexto, já não dava conta de suas funções”, avalia.

O PREÇO DO POPULAR

De acordo com o estudo realizado por Rondineli Mendes para sua tese de doutorado, em 2012, o preço pago pelo SUS, no Rio de Janeiro, foi menor do que o valor repassado pelo governo para as farmácias comerciais credenciadas no “Aqui tem Farmácia Popular” em 20 dos 25 itens analisados. A pesquisa comparou os valores gastos nas compras da Secretaria Municipal de Saúde para suprir as farmácias do SUS com o chamado “valor de referência”, repassado pelo Ministério da Saúde aos estabelecimentos particulares cadastrados no programa. “Em locais onde tem uma boa estrutura de Assistência Farmacêutica, uma boa logística e uma boa compra de medicamentos, o modelo privado do Farmácia Popular é mais caro que o SUS”, ressalta.

Uma parte do estudo foi publicado em artigo na “Revista de Saúde Pública” em 2016, em parceria com a pesquisadora Rosângela Caetano, do IMS/Uerj, e revela que, se a mesma Secretaria Municipal de Saúde pagasse os valores do “Aqui Tem Farmácia Popular”, teria seus gastos com medicamentos aumentados de R\$ 28 milhões para R\$ 124 milhões. “O Ministério da Saúde paga para essas farmácias. É gratuito para o cidadão, mas tem um custo para a sociedade”, afirma o pesquisador à *Radis*. Rondineli ressalta que a comparação é favorável ao SUS principalmente em locais com bom investimento em organização, como nas capitais; mas que em áreas em que a Assistência Farmacêutica é deficitária, o programa pode ter sua importância. Mas ele também defende que esse tipo de estratégia não pode substituir o SUS. “Um elemento fundamental na gestão pública é um compromisso expresso das secretarias de saúde em garantir acesso a medicamentos para a população”, reflete.

Ao comparar a rede própria do programa — extinta em dezembro de 2017 — com as farmácias comerciais credenciadas, ele ressalta que a rede própria tinha um “elenco” muito maior de medicamentos. “A rede própria tinha também uma maior entrada em municípios da região Norte e Nordeste, além de oferecer mais de 100 produtos, cobrindo mais medicamentos e mais classes terapêuticas”, avalia. Segundo Rondineli, enquanto ocorreu a expansão da rede privada do programa, chegando a cerca de 25 mil estabelecimentos em 2012, as unidades próprias sofriam com a estagnação.

Outro aspecto importante da chamada rede própria seria, segundo ele, criar parâmetros para a Assistência Farmacêutica no Brasil. “Ela poderia servir de modelo de farmácia no Brasil, receber usuários, fazer um atendimento comunitário, como em outros países, um perfil mais de orientação sobre os medicamentos”, propõe. De acordo com Rondineli, o programa em sua vertente privada, com o AATF, tem um papel social importante, ao garantir acesso a

medicamentos com desconto ou gratuitos, porém deveria passar por uma reestruturação com base na análise dos preços pagos às farmácias. “Faz sentido o Ministério querer renegociar, porque há sobrepreço, quando comparado com as compras públicas que o SUS faz”, ressalta.

Com o fim da rede própria e a renegociação dos valores pagos às farmácias comerciais, Rondineli considera que pode haver maior sobrecarga nos gastos das famílias com remédios. “A principal via de acesso a medicamentos no Brasil é pela compra com o bolso das famílias, pela via do chamado ‘desembolso direto’. O que pode acontecer é as pessoas ficarem mais sobrecarregadas em comprar seus medicamentos, onerando mais as famílias”, pontua. Ele ainda lembra que o gasto em saúde, sobretudo com itens farmacêuticos, tem maior impacto principalmente entre os mais pobres.

VALORES NEGOCIADOS


Desde meados de 2017, o Ministério da Saúde propôs a representantes do setor farmacêutico a revisão dos valores de referência pagos como reembolso às farmácias particulares do programa. De acordo com o consultor jurídico da Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (Abcfarma), Rafael Oliveira Espinhel, o setor varejista farmacêutico vê com grande preocupação a possibilidade de redução destes valores, frente às consequências para a continuidade do programa. “A simples análise de preços de mercado dos medicamentos, sem considerar os custos com serviços, energia e logística, somados aos índices de inflação, certamente impactará na viabilidade da permanência de muitas farmácias no programa”, aponta.

Segundo Rafael, o segmento de farmácias de pequeno porte representa a maior parcela dos pontos de venda no Brasil, principalmente nos municípios de menor porte — e seriam as mais prejudicadas pela mudança. “Essa situação coloca em contradição o próprio objetivo do programa de ampliar o acesso para um maior número de regiões e municípios, uma vez que os municípios de menor porte não contam com as grandes redes de varejo que têm mais chance de participarem do programa e obterem descontos maiores com os fornecedores”, afirma. Na avaliação da Abcfarma, a redução dos valores de referência pode ter um efeito inverso, aumentando ainda mais os gastos com saúde pública a partir do crescimento das internações decorrentes de pacientes com complicações de saúde. “Haverá, certamente, uma sobrecarga no atendimento feito nas unidades básicas de saúde do SUS”, destaca Rafael. Já de acordo com o Ministério da Saúde, a pasta pretende ampliar o acesso a medicamentos para a população e propõe que o setor aplique os preços praticados pelo mercado.

UNIDADES FECHADAS

No fim de 2017, ainda funcionavam as últimas 10 unidades da rede própria do Programa Farmácia Popular — três





**“A Farmácia Popular não pode ser uma substituição do SUS”,
Claudia Osorio de Castro**

delas no Rio de Janeiro. A equipe de *Radis* foi a esses locais — na Penha, na Central do Brasil e na Praça 15 —, na segunda semana de janeiro, e encontrou as portas fechadas. Em audiência pública sobre o tema ocorrida na Câmara dos Deputados, em 5 de dezembro, o integrante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e representante da Articulação Nacional de Luta contra a Aids (AnaiDs), Moysés Toniolo, denunciou que a população não foi informada com antecedência do fechamento dessas farmácias. “Simplesmente os pacientes chegaram às unidades da rede própria e encontraram as portas fechadas, sem ter qualquer tipo de informação sobre que alternativas poderiam buscar. As pessoas foram pegas de surpresa, numa atitude totalmente verticalizada, ditatorial, que rompeu com o programa”, afirmou.

Em maio (12/5/2017), o CNS já havia publicado uma recomendação que pedia ao Ministério da Saúde que interrompesse qualquer processo de desestruturação do Programa Farmácia Popular, em especial da modalidade rede própria. Segundo a defesa do Conselho, o fechamento das unidades próprias visa restringir os recursos e privilegiar os interesses do setor privado. Para o CNS, a desativação das unidades próprias do programa iria afetar “duramente a população em situação de vulnerabilidade social”. Como lembrou o conselheiro Moysés Toniolo na audiência pública, a mudança ocorreu sem debate social. “O fim da modalidade rede própria não foi debatido com a sociedade e o CNS é a instância máxima de deliberação para toda e qualquer política de saúde”, apontou. Segundo ele, o fechamento das unidades foi decidido apenas em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) — formada por gestores do SUS das esferas federal, municipal e estadual.

“Foi alegado também uma estagnação da modalidade rede própria, mas nós sequer temos uma avaliação do próprio Ministério da Saúde sobre quais os dados que demonstram a estagnação do programa, quando a responsabilidade sobre a continuidade e expansão é dele próprio”, afirmou Toniolo. Segundo Marcos Krieger, vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde da Fiocruz — instituição que era responsável pela gestão da rede própria —, esse era um programa vitorioso, que trouxe uma melhora na atenção à saúde no Brasil. “A população teve acesso aos remédios para as doenças com maior prevalência no país, melhorando a Assistência Farmacêutica”, destacou também na audiência pública da Câmara, ao lembrar que o funcionamento do Farmácia Popular na modalidade rede própria dependia da montagem de uma infraestrutura que garantia a distribuição de medicamentos importantes para doenças prevalentes, como diabetes e hipertensão.

De acordo com Claudia Osorio de Castro, os desafios da Assistência Farmacêutica no Brasil vão além da oferta de medicação: nos municípios mais pobres do país, as pessoas sequer chegam nas farmácias para pegar o medicamento, porque elas não têm acesso aos serviços de saúde — e para retirar o remédio pelo programa, é necessária a apresentação da receita médica. “Se o cidadão não consegue a prescrição, ele não vai chegar na farmácia nunca. Não adianta dar medicamento de graça sem orientação, sem ampliar o acesso à saúde e sem atingir as pessoas que realmente precisam”, pontua.

Segundo Rondineli, garantir “acesso” não é promover “excesso”. “Acesso a um medicamento não é só ele estar na prateleira. Acesso também é informar, é a pessoa saber tomar adequadamente seu remédio, o que envolve o conceito de uso racional”, aponta. De acordo com o pesquisador, o remédio não é um produto qualquer, mas um recurso que gera um benefício social intangível, que tem a capacidade de restaurar saúde e trazer bem-estar. Por isso, garantir acesso a ele tem a ver com a promoção de condições para que as pessoas se beneficiem da melhor maneira possível. “Não é só criar grandes programas e fazer grandes financiamentos. Não é aumentar o consumo de remédios, mas promover o uso adequado de qualquer medicamento”, esclarece.





Cena de bastidores das gravações de "O que nos move" mostra o diretor de fotografia Paulo Lara, na gravação de imagens de Carliivan, uma das personagens

O QUE NOS MOVE

Documentário mostra dinâmica de uma conferência nacional de saúde a partir do engajamento de três delegados

Bruno Dominguez

Eronides saiu do Rio de Janeiro para defender os direitos das pessoas com anemia falciforme; Michely deixou o Paraná a fim de lutar pela população negra; Carliivan viajou do Maranhão com a tarefa de apoiar as demandas das pessoas com deficiência. O ponto de encontro dos três foi Brasília, mais especificamente a 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2015. No mar de gente de todos os sotaques e bandeiras que se cruzam nos corredores de um evento dessa dimensão, o recém-lançado documentário "O que nos move", do Selo Fiocruz Vídeo, destaca o vai-e-vem desses três delegados de modo a abordar a dinâmica por trás

da aprovação de cada uma das recomendações do controle social para a saúde do Brasil.


A direção é da jornalista e documentarista Daniela Muzi, pesquisadora do campo da Comunicação e Saúde, para quem era preciso mudar o foco da cobertura das conferências, geralmente centrada na gravação das plenárias e entrevistas com delegados e autoridades. "Há claro predomínio dos discursos de personalidades do campo da saúde, especialistas, pesquisadores, gestores. Mas quem já participou ou acompanhou um evento como esse sabe que há muito além das plenárias e muitas vozes nem sempre ouvidas. Realizamos um documentário que mostra as expectativas, tensões, conflitos, os olhares, não olhares, as falas e momentos de silêncio para tentar descobrir 'o que nos move' em defesa do SUS", conta.



Acima, a plenária da 15ª CNS, cenário do documentário; Michely e Eronides, dois dos conselheiros que foram personagens da produção

A abordagem, segundo Daniela, surgiu a partir da leitura de uma reportagem da *Radis*, “Muito prazer, delegadas!” (edição 158). A repórter Ana Cláudia Peres acompanhou em outubro de 2015 a participação das delegadas Erika Arent, Ana Cristina Engstron e Norma Maria de Sousa na 7ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Outra referência foi o “cinema direto”, tradição cinematográfica em que o documentarista acompanha a ação sem influenciá-la.

A equipe da VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz, composta ainda pelo diretor de fotografia Paulo Castiglioni Lara e pelo técnico de som Marcos Renkert, acompanhou um delegado a cada dia da 15ª, todos eles representantes dos usuários. Montagem e finalização couberam a Gislaine Lima. “O documentário segue a ordem cronológica dos acontecimentos pelo ponto de vista dos conselheiros de saúde, sem nenhuma entrevista, apenas seguindo o desenrolar da ação”, explica Daniela. Assim, sem roteiro definido, a diretora buscou “ser menos protagonista e mais coadjuvante” na narrativa.

Não escapa ao registro cinematográfico a atenção dada na 15ª ao processo de *impeachment* da presidenta reeleita em 2014, Dilma Rousseff. No terceiro dia do evento, o então presidente da Câmara de Deputados, Eduardo Cunha, hoje preso por recebimento de propina, aceitou o pedido de impedimento protocolado por partidos da oposição a Dilma. “A 15ª entrou para história, pois além de ter sido uma das conferências mais populares depois da 8ª Conferência, não discutiu apenas a saúde da população, mas também a saúde da democracia”, avalia a documentarista. 

"Para atender na recepção, o que precisa mesmo é gostar de gente", diz Maria Luciana Santos da Silva (à direita), recepcionista do CAPS-AD, em Fortaleza



NOS BASTIDORES

Eles exercem trabalhos essenciais para o funcionamento das unidades de saúde, mesmo quando ninguém vê

Ana Cláudia Peres

Jorge André Barbosa da Paixão chega antes das sete ao seu local de trabalho, pega uma das chaves do molho que contém dezenas, abre o portão. Em alguns minutos, o salão principal vai estar cheio de usuários e ele, que responde pela segurança da unidade de saúde, não pode atrasar.

Luciana Maria Santos da Silva vai a pé para o trabalho. No trajeto, que dura cerca de 15 minutos, ela se preocupa com a violência das ruas de Fortaleza. Logo mais estará no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), onde atende como recepcionista. Ganha abraço de um, aperta a mão de outro, quer saber como vai passando o terceiro. Sente-se em casa.

Marco Aurélio Fernandes tem pressa. Na sala dos maquiadores do hospital em que trabalha, no Rio de Janeiro, sabe que a

qualquer momento pode tocar o telefone e convocá-lo ou um de seus colegas para a tarefa que desempenha como plantonista, dia sim dia não, há exatos cinco anos. Quando isso acontece, é hora de ajudar alguém.

Luzia Scovine Barcelos é farmacêutica. Há 22 anos, trabalha no almoxarifado de medicamentos do Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto, na Ilha do Governador, Rio de Janeiro. Para ela, cada paciente é um parente próximo e, se ele depende de um remédio, promete fazer tudo o que está ao seu alcance.

Em comum, Paixão, Luciana, Marco e Luzia têm alguns anos de serviços prestados ao SUS em atividades que eles desempenham longe dos holofotes, nos bastidores, quando quase ninguém vê. Mas que são imprescindíveis para o bom funcionamento dos hospitais e unidades de saúde. *Radis* conversou com esses profissionais e conta um pouco de suas rotinas.

PAIXÃO, UM SEGURANÇA

Na Clínica da Família Víctor Valla, em Manguinhos, no Rio de Janeiro, há quem o chame de “São Pedro”, numa referência jocosa à quantidade de chaves que carrega no bolso. Vigilante no local há sete anos, cabe a André Paixão abrir e fechar o espaço e zelar por todo o patrimônio da instituição. Quando *Radis* encontra o segurança Paixão, ele está por trás do balcão de entrada, atento aos detalhes do movimento que, naquela tarde, era intenso. “A função do vigilante é patrimonial mas a gente faz mais do que o serviço idealizado de segurança. A gente acaba se envolvendo na corporação junto aos médicos, enfermeiros, agentes comunitários, técnicos”, trata de explicar. “No fim das contas, a nossa função é manter a ordem”.

Primeiro a chegar diariamente à clínica, é Paixão quem recebe os usuários e, quando necessário, ajuda com as senhas, tira dúvidas, orienta. Mas o que mais faz um segurança em um serviço de saúde, ele diz, “é administrar conflitos”. Como um bom mediador, Paixão conta que frequentemente precisa ter “jogo de cintura” e usar um tom conciliatório para deixar o ambiente o mais tranquilo possível. “A gente tem que analisar o seguinte: a pessoa que vem a um posto de saúde pode estar com dor e precisando de cuidados. Então, ela não vai olhar pra você e agradecer. Ela vai querer reclamar e ficar chateada quando há algum atraso ou quando as coisas não saem como ela esperava. É preciso respeitar isso”, justifica, acrescentando o item “paciência” à lista de qualidades que ele atribui a um segurança na qual inclui ainda gentileza, equilíbrio e “bom papo”.

A clínica da família em que Paixão trabalha fica situada em uma região onde frequentemente ocorrem confrontos armados, o que obriga a unidade a fechar as portas muitas vezes para não colocar em risco os usuários. Nessas ocasiões, o vigilante costuma ficar de prontidão dando explicações na entrada. Não raramente, ouve impropérios de quem chega e encontra o portão cerrado, mas diz não se abalar. “Esse paciente vai descarregar no primeiro que aparece e o primeiro que aparece normalmente é o segurança”. Também já fez papel de socorrista. Como no dia em que um morador do território foi atingido por uma bala perdida e pediu assistência na clínica da família. “Nessa hora, a gente faz qualquer coisa, corre, pega uma maca, aciona o médico, ajuda o maqueiro para levar para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que fica a 100 metros”, conta Paixão, enquanto executa a ronda pelos corredores da unidade — outra de suas funções. “Eu não sou um vigilante que fica parado igual a um leão de chácara. Se puder ajudar o serviço a andar, eu ajudo”.

Na clínica desde que a unidade abriu, há sete anos, Paixão tem experiência como segurança no setor saúde há, pelo menos, 15. Para exercer a função, precisou fazer um curso de Formação de Vigilantes, de onde se sai com uma licença para atuar. Do alto de seus 1,75m de altura, impressiona pelo porte robusto. Mas enquanto se profissionalizava, aprendeu, entre outras coisas, que desempenha um trabalho mais mental do que físico. “Antigamente, o vigilante era o cara bruto. Hoje em dia, é aquele cara formal que chega, conversa com a pessoa e resolve qualquer coisa com diálogo e educação, além de prestar atenção em tudo”, diz. “Se cair uma agulha no chão, tenho que estar atento”. No crachá, o uso do nome do meio, “Barbosa”, parece incomodar o vigilante que se considera um profissional exigente e “caxias”. Ele diz que já solicitou à empresa a substituição por seu sobrenome correto — pelo qual, todos, médicos e pacientes na unidade, o conhecem. Paixão é casado e pai de três filhos. E só deixa o trabalho às 19 horas, depois que todo mundo vai embora. Para poder fechar o portão.

NA RECEPÇÃO DE UM CAPS-AD

Ela já integrou equipes de Consultórios de Rua e foi pioneira no trabalho de redução de danos, em Fortaleza. Mas, desde o ano passado, é como recepcionista do CAPS-AD Alto da Coruja, situado em



EDUARDO DE OLIVEIRA

O vigilante Paixão, da clínica Víctor Valla, em seu local de trabalho: diálogo e “jogo de cintura” na mediação de conflitos

uma região de alta vulnerabilidade social na capital cearense, que Luciana “ajuda a cuidar das pessoas”, como ela gosta de ressaltar (foto na página 28). Na recepção, realiza cadastros para atendimento e encaminha os pacientes para os setores específicos, mas se lhe perguntam o que mais a satisfaz em sua atividade, Luciana não hesita. “Adoro fazer as abordagens com os usuários. Ao recebê-los ao pé do balcão, sempre fico alerta às suas histórias de vida para saber como melhor proceder”, diz. “Quero que ele seja bem acolhido e saia daqui com uma resposta positiva para fazer o retorno previsto”.

Durante o horário de expediente — de 8 às 17 horas —, a recepcionista ainda consegue tempo para realizar algumas visitas domiciliares. Não que essa seja uma exigência do cargo que ocupa, mas a rotina na unidade costuma ser tranquila e Luciana aproveita o tempo para acompanhar mais de perto a comunidade atendida pelo CAPS. “Acho que nosso trabalho de recepcionista é simples mas pode envolver todas as atividades e um bom relacionamento com a equipe, então, o que dá para fazer, eu faço”, conta, emendando com uma verdadeira lição sobre como fazer a abordagem junto ao usuário de álcool e outras drogas. “Toda profissão tem o seu próprio jogo de cintura. É preciso delicadeza e respeito”,

diz. Para ela, o usuário que atende na recepção é mais do que um número de prontuário.

Foi um acidente — em sentido literal — que levou Luciana ao trabalho de recepcionista que hoje ela desempenha com verdadeira paixão. Em 2015, trabalhava como auxiliar administrativa em um grande hospital quando escorregou no próprio ambiente de trabalho, o que ocasionou fraturas expostas e lhe deixou de licença médica. Depois disso, foi deslocada para o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), mas sua experiência de mais de uma década com população de rua e saúde mental a levaram à recepção do CAPS-AD. Luciana já desenvolveu um trabalho com a Associação das Prostitutas do Ceará (Aproce) voltado para mulheres em situação de vulnerabilidade nas praças e prostíbulos e fez inúmeros cursos e capacitações na área.

“O meu objetivo sempre foi trabalhar com redução de danos, então acho que me tornei uma redutora de danos em qualquer formato, onde quer que eu esteja, em qualquer trabalho que fizer”, diz Luciana, que em suas abordagens discute da dengue ao lixo, passando pela questão alimentar e pelas doenças sexualmente transmissíveis. “É assim que eu me sinto. Começo pela minha casa e meus vizinhos e levo para meu trabalho de recepcionista”. Por conta do acidente que a obrigou a colocar placas e pinos no braço esquerdo, Luciana hoje não consegue digitar. Mas seu trabalho de recepcionista, ela diz, pode até dispensar a tecnologia. “O que não pode faltar é comunicação. Eu escrevo, atendo o telefone, dou informações, participo de reuniões, faço visitas domiciliares. Para atender na recepção, o que precisa mesmo é gostar de gente”, pondera. “A gente não pode ficar mudo, tem que se comunicar com o usuário”.

Natural de Pernambuco, ela vive em Fortaleza desde os 30 anos e hoje é também líder comunitária da Rosalina, bairro onde mora. Divorciada, tem 58 anos, seis filhos e muita disposição “para lutar por uma saúde humanizada e para todos”, ela acrescenta. À *Radis*, por telefone, logo depois da sessão de fotos para a reportagem, Luciana disse ter se sentido “como uma rainha”. Para cada um dos usuários que passa pelo local diariamente, ela é muito mais. “Eu abraço, beijo, sou abraçada, sou cumprimentada, me envolvo mesmo. Gosto de lidar com as pessoas. Assim, vou levando a vida”.

PROFISSÃO, MAQUEIRO

A sala dos maqueiros fica logo na entrada do Hospital Federal do Andaraí, no Rio de Janeiro, à esquerda de quem entra, estrategicamente situada. É lá que cerca de 10 maqueiros, entre diaristas e funcionários, permanecem à espera do próximo chamado. Pode ser a chegada de alguma vítima de acidente ou de queimadura (o hospital é referência em queimados) ou uma criança com catapora. Pode ser a transferência de algum idoso para outro setor. É sempre urgente. “Todos os setores do hospital ligam para a sala e nos dizem se precisam de uma maca, uma cadeira de rodas ou algum tipo de reforço”, explica Marco Aurélio Fernandes, 25 anos, há cinco como maqueiro. “Temos que estar prontos”.

Marco é alto e magro. Mede 1,76m de altura e pesa 58 quilos, o que já lhe rendeu o apelido de “Magrinho” até mesmo entre os pacientes. Ele acha divertido e sabe que, mais do que força física, o trabalho que executa depende de outros atributos. Se o vigilante precisa ser paciente, e a recepcionista, comunicativa, para o maqueiro é importante uma boa dose de “sangue frio”. Ele conta: “É preciso manter a calma porque estamos lidando com a vida das pessoas.



EDUARDO DE OLIVEIRA

O maqueiro Marco Aurélio reconhece que seu trabalho é mais do que “transportar” usuários: “A gente tá aqui para ajudar o próximo”

Muitas vezes, essas vidas estão nas nossas mãos enquanto as conduzimos até o médico”. Marco não esquece o caso de uma senhora idosa que chegou ao hospital desfalecida e dependeu inteiramente dele. “Ela estava muito frágil. Eu não sabia que tipo de dor estava sentindo e não podia contar com a sua ajuda. Mas consegui retirá-la do carro com muito cuidado e levá-la à emergência. Pude ver como ela melhorou até sair do hospital dias depois, andando”.

Marco tem o ensino médio completo e formação técnica em logística, eletrotécnica e eletrônica. Antes de começar no hospital, nem ao menos fazia ideia de que existia a função de maqueiro na Saúde. Maqueiro, para ele, era o profissional que ajudava a tirar do campo de futebol um jogador contundido. Fez curso de primeiros socorros e transporte de pacientes e assistiu a inúmeras aulas e palestras sobre acolhimento ofertadas pelo hospital. Na prática, aprendeu que não se trata apenas de transportar alguém. “Saúde é muito mais do que o oposto da doença. A gente está aqui para ajudar o próximo”, diz. Como no dia em que, enquanto transportava uma paciente para a sala de exames, ao saber que ela estava internada há seis meses sem ver o sol, desviou um pouquinho do protocolo. “Eu não podia parar no pátio, mas diminuí o passo, fiz de conta que havia uma pedrinha no meu sapato e ela aproveitou para pegar um pouco de sol”.

No início como maqueiro, o ex-técnico em informática precisou segurar o choro. Confessa que chegava a passar mal impactado pelo estado de alguns pacientes que chegavam ao hospital. Coisa que, antes, ele só assistia em filmes e séries de TV. “Com o tempo — não sei se isso é bom ou ruim —, a gente vai se acostumando”, conta, revelando que hoje não troca o ambiente de trabalho por nada. Agora, pensa em voltar a estudar. Pretende cursar enfermagem. Solteiro, mora com os pais e a irmã em Jacarepaguá, que fica a mais de 20 quilômetros de distância do hospital onde ele chega de condução. “Me sinto muito realizado. Um sorriso de um paciente me paga o dia. É muito gratificante”, diz.

A GUARDIÃ DOS REMÉDIOS

“Acho que a qualidade principal de um bom profissional de saúde, qualquer que seja ele, é ter o lado humano exacerbado”, diz Luzia, farmacêutica, numa frase que bem poderia resumir a atuação dos profissionais retratados aqui. Quando soube que a reportagem era sobre profissionais que não estão na linha de frente, mas sem os quais a saúde não funciona, exclamou: “Felizmente, a saúde é feita por muita gente!”. Ela sempre preferiu trabalhar atrás dos holofotes, nos bastidores. Com especialização em farmácia e bioquímica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Luzia escolheu o almoxarifado de medicamentos de um grande hospital — o setor onde ficam guardados e mantidos, de forma organizada e eficiente, todos os estoques de remédios que a instituição precisa para funcionar.


Mas aos profissionais do almoxarifado cabe muito mais do que receber o material e organizar os produtos. No local em que trabalha ao lado de mais um farmacêutico e outras três auxiliares, o almoxarifado ferve. Luzia é profissional concursada do Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto, na zona norte do Rio de Janeiro, uma unidade pediátrica especializada no tratamento de crianças com fissuras labiopalatais. Das 8 às 17 horas, no almoxarifado, é um corre-corre, um entra e sai de pedidos. Pela manhã, eles recebem os pacientes do ambulatório e os que tiveram alta, tanto de cirurgia como



Para Luzia Barcelos, farmacêutica que trabalha no almoxarifado de medicamentos de um grande hospital, “humanização” é palavra-chave

da enfermaria pediátrica, para obter a medicação. “Além disso, é quando a farmácia recebe pedidos de diversos setores da unidade, inclusive do centro cirúrgico”, diz. É também o momento em que Luzia se encarrega de procurar as equipes de enfermagem do hospital para se informar sobre as medicações prescritas.

“Se não tivermos, o papel da farmácia é procurar conseguir”, avisa. “Se os recursos não chegam à unidade, a gente vai atrás deles, onde quer que estejam: faz permuta com os colegas de outras redes, corre atrás de doações, vai buscar onde for preciso”. O turno da tarde não é menos tranquilo. Após a visita dos médicos às crianças, surgem as novas prescrições. “O farmacêutico precisa então analisar essas prescrições para fazer o cálculo antimicrobiano de qualquer medicamento especial para criança. Depois, calculamos as doses para 24 horas, separamos e enviamos para o setor de diluição da unidade”, segue explicando num fôlego só, sem esquecer as reuniões da Comissão de Infecção de Controle Hospitalar da qual faz parte.

“O envolvimento é tão grande que você não tem tempo pra pensar em você e em seus problemas”, ela diz. Casada, mãe de duas mulheres, avó de duas netas, essa é a sua rotina há 22 anos. Luzia conta que qualquer coisa compensa, quando lê as cartinhas de agradecimento escritas pelas crianças ou quando, durante a entrega de um medicamento a uma senhora cuja filha estava tendo alta do hospital, escuta baixinho: “Se eu ficar doente de novo, você me traz pra cá, tá mãe?” Acha que cumpriu o seu papel e que a saúde pública, apesar de tudo, vai bem quando escuta coisas assim. 

UMA LEI A FAVOR DOS PLANOS



Luiz Felipe Stevanim

Com a pressão das entidades de saúde coletiva e de defesa do consumidor, a votação da nova lei dos planos de saúde — prevista para ocorrer em 13 de dezembro, na Comissão Especial da Câmara dos Deputados — foi adiada para 2018. Mas a ameaça continua “posta na mesa”, como lembra a médica sanitária e professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Lígia Bahia. “Esperamos que a população não tenha ainda mais restrições de acesso e uso de serviços de saúde do que as atuais”, enfatiza. Em entrevista à *Radis*, ela destaca que o lobby das empresas de planos de saúde no Poder Legislativo é “totalmente escancarado” e busca aprovar leis que favoreçam seus interesses e prejudiquem os consumidores. Segundo ela, com a recessão e a perda de clientes, houve uma nova investida desse setor financeiro para reduzir preços (“na realidade coberturas”) e preservar o mercado.

Uma das principais mudanças, apresentadas pelo relator do projeto de lei 7.419 de 2006, deputado federal Rogério Marinho (PSDB-RN), prevê a permissão para a venda de planos que não garantam coberturas mínimas obrigatórias. O plano poderá ofertar somente procedimentos mais baratos e disponíveis em determinada localidade. Também acaba a obrigatoriedade de atendimento de urgência e emergência para os planos ambulatoriais. De acordo com nota conjunta da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), publicada em setembro de 2017, os planos com rol reduzido “representam risco óbvio à saúde e à vida de pacientes”, pois os problemas de saúde são “imprevisíveis”. Segundo as entidades, esse tipo de cobertura limitada também impõe problemas éticos e de responsabilidade aos médicos, que não terão à disposição os procedimentos necessários para salvar vidas.

Depois das críticas recebidas, o relator voltou atrás em uma das mudanças mais polêmicas: a possibilidade de parcelar, por até 20 anos, o reajuste nos planos que hoje é feito quando o consumidor completa 59 anos. Desde a aprovação do Estatuto do Idoso, em 2003, os planos são proibidos de aumentar seus valores para os clientes com mais de 60 anos — na prática, com o “parcelamento”, o aumento seria “diluído” após essa idade, como afirma a nota das entidades. De acordo com Lígia Bahia, o recuo só aconteceu porque “nós, entidades de saúde pública e defesa do consumidor, identificamos que esse era o ‘calcanhar de Aquiles’ do projeto”.

Mas as mudanças não param por aí: o novo texto do relator, divulgado em 11 de dezembro à Comissão Especial, propõe ainda reduzir o valor que as operadoras, por lei, devem restituir ao SUS quando seus clientes são atendidos na rede pública. “Com a redução do valor a ser ressarcido, o SUS perde ainda mais recursos justamente no momento de ajuste fiscal e de redução do financiamento público da saúde”, afirma a nota conjunta de Abrasco, Cebes e Idec. Outro ponto prevê ainda que os juízes sejam obrigados a ouvir uma “comissão de especialistas” para julgar disputas entre planos e consumidores — o que para Lígia Bahia tira a autonomia da Justiça. Também diminuem o valor das multas para as empresas de planos. Para a professora da UFRJ, essas propostas — que devem ser analisadas pela Câmara em

O que dizem Abrasco, Cebes e Idec:

“Com a crise política, moral e de credibilidade que assola o Congresso Nacional, este não é o momento de votação de uma nova lei, **sem o devido debate democrático**, com impacto negativo no SUS e ameaça à saúde demais de 48 milhões de brasileiros conveniados a planos de saúde”

(nota de setembro de 2017)

2018 — refletem os interesses empresariais presentes no Legislativo e no Ministério da Saúde, por meio da proposta do ministro Ricardo Barros em torno da criação dos chamados “planos populares” (*Radis 175*). E completa: “[Ricardo Barros] é o ministro que toda empresa gostaria de ‘chamar de seu’”.

Como as mudanças propostas para a lei dos planos de saúde vão afetar a população? Quais os principais pontos que estão em debate?

Esperamos que a população não tenha ainda mais restrições de acesso e uso de serviços de saúde do que as atuais. O projeto de lei que está em debate tem como pressuposto a aprovação da comercialização de planos de saúde com coberturas mínimas e pagamento direto sempre que houver qualquer tipo de atendimento. No sentido de evitar demandas, especialmente as que envolvem maiores custos, o projeto prevê implicitamente que procedimentos serão ou não incluídos como garantias contratuais. Além disso, explicita outros pontos: a não incorporação de novas tecnologias; a legitimação do não ressarcimento ao SUS (quase que propõe que o SUS se torne rede auxiliar das empresas) e tentou emplacar o aumento cumulativo dos valores das mensalidades para idosos.

Uma das mudanças prevê que, quando houver disputa na Justiça entre planos de saúde e consumidores, o juiz precisará ouvir uma “comissão de especialistas”. Como essa mudança pode dificultar o acesso a procedimentos e interferir na judicialização?

A tentativa é conter a via judicial, que vem sendo cada vez mais acionada por clientes de planos, para obter acesso. Trata-se da busca de formalização da força de grandes grupos econômicos sobre o Poder Judiciário. Essa proposição, que fere a perspectiva da separação e autonomia dos poderes republicanos, não deveria sequer ser debatida no Legislativo. No entanto, transformou-se em agenda política graças à pressão empresarial.

Que interesses motivam essas mudanças na Lei dos Planos?

Parece que as motivações mudaram no período recente. A primeira investida das empresas de emplacar o plano mais barato ocorreu durante o contexto de crescimento da renda e formalização do emprego. Essa segunda versão tem como mote justamente o argumento inverso: com a recessão e perda de clientes de planos, é preciso reduzir preços (na realidade coberturas) para preservar o mercado.

Uma das mudanças propostas, que dizia respeito à possibilidade de parcelamento por 20 anos do reajuste que hoje é feito quando o consumidor completa 59 anos, foi retirada do projeto. Segundo o relator, Rogério Marinho (PSDB-RN), não valia a pena manter o artigo “já que não está bom para ninguém”. Na sua avaliação, por que houve esse recuo?

Houve o recuo porque nós, entidades de saúde pública e defesa do consumidor, identificamos que esse era o “calcanhar de Aquiles” do projeto e, principalmente, em função da forte mobilização de entidades de aposentados. Além disso, havia divergências entre as empresas, que vieram à tona com a rejeição social à proposta. Grandes empresas foram as formuladoras desse item do projeto e uma parte das menores se manifestou contrária.


Como as empresas de planos de saúde interferem no Poder Legislativo e na definição das políticas de saúde?

A atuação dos lobbies é totalmente escancarada. Vai desde a “marcação homem a deputado”, passa pela nomeação claramente negociada de nomes para agências reguladoras, copia e cola dos textos empresariais nos projetos apresentados e chega até a ameaças e confrontos com sanitaristas. Essa permissividade à atuação das empresas de planos de saúde empobrece o debate e termina no limite por enfraquecer o Poder Legislativo.

Desde que foi aprovada a lei que permitiu a entrada de capital estrangeiro na saúde (lei 13.097), em 2015, o que já mudou em relação ao mercado de planos e ao poder de barganha desses atores nas políticas de saúde?

A atuação do capital estrangeiro está presente em hospitais, farmácias e drogarias e instituições filantrópicas de ensino e assistenciais. O quadro atual do setor privado no sistema de saúde é bem distinto daquele do século 20. Estamos diante de agentes sociais que detêm enorme poder econômico e político e estão impondo uma agenda para a saúde no país que subordina o SUS às suas pretensões de expansão.

Como o atual ministro da Saúde, Ricardo Barros, se relaciona com os interesses das empresas de planos de saúde?

O ministro Ricardo Barros se apresenta como um defensor das empresas. Disse e repetiu que o SUS é grande demais, tem que encolher. É o ministro que toda empresa gostaria de “chamar de seu”. 

ENTENDA AS MUDANÇAS PROPOSTAS NO PROJETO

- Permissão para a segmentação assistencial: planos “acessíveis”, sem coberturas mínimas obrigatórias
- Planos ambulatoriais e segmentados não serão obrigados a atender urgência e emergência
- Diminuição do valor das multas: retira o piso mínimo de multa (de R\$ 5 mil) e deixa a regulamentação para a ANS
- Perda da autonomia judicial: juiz precisa ouvir “parecer profissional” para decidir sobre realização de procedimento
- Alteração no ressarcimento ao SUS

Fonte: nota Abrasco (12/12/2017)

PUBLICAÇÕES

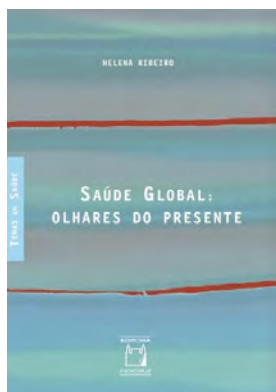
Acesso aberto



Quem não pode participar da 8ª Conferência Luso-Brasileira de Acesso Aberto (ConfOA), que aconteceu na sede da Fiocruz, em 2017, tem a oportunidade de conferir trabalhos apresentados no evento por pesquisadores do Brasil, de Portugal e de Moçambique no suplemento especial da **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (Reciis)**, periódico científico do Ict/Fiocruz, já disponível para consulta. Foram selecionados trabalhos submetidos

nas modalidades 'comunicação' e 'pecha kucha' (mais curtos) elaborados a partir do tema da conferência, "Do Acesso Aberto à Ciência Aberta". Acesse a Reciis em <https://goo.gl/vPFkGh>

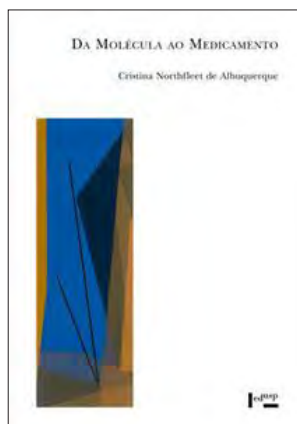
Saúde global



Escrito pela geógrafa Helena Ribeiro, coordenadora do doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), **Saúde global: olhares do presente**, integrante da coleção Temas em saúde, da Editora Fiocruz, apresenta ao leitor "as bases formadoras da saúde global, de modo a despertar interesse e vocações de estudantes e pesquisadores", descrevendo contexto de criação do campo, discutindo problemas de maior

vulto enfrentados pela humanidade e abordando determinantes sociais e vigilância em doenças infecciosas. A publicação defende ações conjuntas e acordos que coloquem a saúde global como campo teórico e prático.

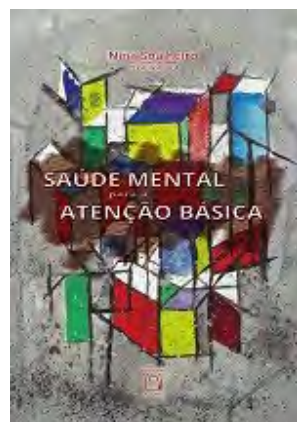
Medicamentos



A proposta de Cristina Northfleet de Albuquerque em **Da molécula ao medicamento** (Edusp) é mostrar de maneira ampla e aplicada a cadeia de produção de remédios, apresentando e discutido os métodos de obtenção de fármacos, mecanismos, processamento industrial, características, farmacologia geral, identificação e preparação de medicamentos a partir de seus respectivos fármacos. A autora apresenta, detalhadamente e com ilustrações, 10 medica-

mentos desenvolvidos pelas indústrias para combater um amplo espectro de patologias, compreendendo anti-inflamatórios, antibióticos, antibacterianos, antiparasitários, analgésicos e antivirais.

Saúde mental



Uma coletânea com temáticas importantes e atuais em saúde mental e atenção psicossocial na rede básica, abordando os conceitos de forma acessível. Organizado por Nina Soalheiro, **Saúde mental para a atenção básica** (Editora Fiocruz), reúne textos sobre cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, que aproximam questões acadêmicas e práticas de cuidado no território. A ideia é estimular as equipes de atenção básica a construir e

renovarem abordagens na perspectiva da desinstitucionalização, vista nesta obra como "uma cultura do cuidado em instituições abertas e com um estilo coletivo de trabalho".

EVENTOS

3º Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde

O Conbracis é promovido por professores da Universidade Estadual da Paraíba em parceria com o Centro Multidisciplinar de Estudos e Pesquisas com o objetivo de avaliar os modelos de saúde adotados em diferentes regiões do país, em diferentes épocas (epidemias, locais de identificação do foco, tipos de tratamento nos diferentes setores da saúde). O prazo de envio de trabalhos se encerra dia 12 de abril.

Data 13 a 15 de junho

Local Campina Grande (PB)

Info www.conbracis.com.br

1º Simpósio Brasileiro de Dor

O evento partiu da experiência de profissionais que trabalham com as melhores práticas em dor e em cuidados paliativos, e está aberto a participação de profissionais e estudantes da área da Saúde interessados em aprimorar o conhecimento sobre dor na esfera biopsicossocial e espiritual, desde a fisiopatologia, manejo farmacológico e não-farmacológico na visão ampla do sintoma. Inscrições de trabalho até o dia 30 de abril.

Data 8 e 9 de junho

Local São Paulo

Info <http://www.spsp.org.br/2017/10/17/i-simpósio-de-dor/>

DESCOLONIZANDO A UNIVERSIDADE

Roberta Laena Costa Jucá

No Brasil de crescente desigualdade, inúmeras são as iniciativas bem intencionadas de luta contra as opressões sociais. Projetos, campanhas, atos públicos, abaixo-assinados e outras manifestações são organizados por movimentos e instituições na tentativa de enfrentar as mais diversas situações de vulnerabilidade. Nas universidades, as atividades de extensão e de pesquisa de campo cumprem esse papel, sendo um canal entre academia e sociedade.

Porém, como de boas intenções o inferno está cheio, precisamos nos perguntar a todo instante: o que realmente queremos com ações em prol das classes oprimidas? Nosso propósito com pesquisa e extensão é de fato emancipatório — no sentido freiriano — ou estamos apenas nos capitalizando para parecermos pessoas boas? Na “sociedade do espetáculo”, em que parecer é um valor cada vez mais cultuado, estas são questões relevantes — e extensivas a ações governamentais e movimentos sociais.

Primeiro, precisamos compreender que a matriz de poder do sistema-mundo moderno é a colonialidade: somos classificados em superiores e inferiores por categorias impostas pelo colonizador europeu, branco, homem, proprietário, cristão, heterossexual e cisgênero, o que nos faz considerar, por exemplo, o branco superior ao negro, o homem superior à mulher e o não-índio superior ao indígena.

Segundo, na esfera do saber, essa matriz é racionalista, universalista, eurocêntrica e androcêntrica: o conhecimento científico vale mais do que os outros, estudamos autores — predominantemente homens — europeus e importamos suas teorias para adaptá-las à nossa realidade, inferiorizando outras formas de conhecimento, como as artes e os saberes tidos por “populares” ou produzidos no que o centro do mundo designou de periferia.


Nas universidades brasileiras, frequentadas em sua maioria pelas classes mais favorecidas, toda a estrutura é colonialista, baseada em currículos e práticas que espelham essa lógica: mestres detentores de conhecimento nos ensinam teorias e fórmulas a partir dessa epistemologia hegemônica, sem muito espaço para crítica e autonomia discente, insistindo no ultrapassado modelo de educação bancária, denunciado por Paulo Freire; as atividades de extensão e pesquisa de campo ainda são pouco valorizadas ou apenas cumprem metas institucionais de inserção social; epistemologias desviantes da ciência tradicional não são valorizadas e, por vezes, desconsideradas.

Como aponta Márcia Tiburi, praticamos uma espécie de ventriloquacidade que nos faz repetir teóricos europeus e abdicar de uma fala própria, contribuindo para o que ela chama de “produção social da ignorância”: o fomento à naturalização do senso comum que separa teoria e prática, fortalece o coronelismo

intelectual e mantém os outros saberes em seu “devido lugar”.

Reproduzimos essa dinâmica em nossas ações, até mesmo nos projetos de pesquisa e extensão, sem percebermos que podemos ser tão colonialistas quanto nossos colonizadores. Incurremos nesse erro quando nos colocamos como donos(as) do conhecimento, tratando pessoas e grupos como objeto de estudo e usando o resultado de ações/investigações exclusivamente para mérito acadêmico: aplicamos questionários e entrevistas, registramos o que nos interessa e desaparecemos sem nenhum retorno aos “pesquisados(as)”. Ou quando anunciamos: “estamos aqui para dar voz a vocês”, sem a compreensão de que “dar voz” a quem sempre foi silenciado pelo poder hegemônico é um paternalismo que lhes retira a agência e reforça a subalternização. E, ainda, quando reforçamos a matriz patriarcal de poder que oprime as pessoas marcadas como mulheres, sem a compreensão da necessária intersecção entre gênero, classe, raça e sexualidade nas reflexões e práticas de luta.

Por isso, crítica e autocrítica são ferramentas prementes a todos nós. No Rio de Janeiro, o encontro “Para que e para quem servem as pesquisas acadêmicas sobre as favelas?”, em sua 6ª edição, em 2017, pautou a impropriedade da academia em pesquisas sobre favelas e defendeu a descolonização do conhecimento. Na mesma linha, em evento realizado no Museu da Maré, no último novembro, a fala de uma moradora foi precisa: “Não precisamos de grupos que falem por nós, sabemos falar e nos organizar. Se querem participar, tem de ser de igual para igual”. Na academia, Boaventura de Sousa Santos defende uma ecologia de saberes representada pela “extensão ao contrário”, que leva às universidades as experiências de movimentos sociais e grupos oprimidos para um diálogo sem hierarquias. Do mesmo modo, várias autoras propõem novas metodologias a partir de uma perspectiva feminista que denuncia a colonialidade em torno das mulheres e de saberes comunitários, afros e indígenas do Sul Global: Maria Lugones, Rita Segato, Sílvia Cusicanqui, Ochy Curiel, Espinosa-Miñoso, Lélia Gonzalez, Djamilia Ribeiro e tantas outras.

Então, precisamos reconhecer nossos privilégios e entender que nossas práticas bem intencionadas também podem alimentar o jogo colonialista. Se queremos fazer pesquisa e extensão, que não seja apenas para cumprir as exigências do MEC ou para ter destaque na cena politicamente correta, devemos firmar relações horizontais e desconstruir a lógica hierárquica que valoriza nossos artigos Qualis A1 e inferioriza saberes tradicionais de mulheres indígenas. Se o intuito é transformar e descolonizar, as atividades devem ser planejadas e realizadas de forma conjunta, horizontal, participativa e dialógica, sem retirar o protagonismo de luta dos integrantes dos movimentos, sem despejar saberes acadêmicos superiores, sem silenciar mulheres e, sobretudo, sem pretender “dar voz” a quem sabe — e muito bem — falar por si. 

Roberta Laena é advogada, feminista, pesquisadora do Laboratório de Direitos Humanos da UFRJ e doutoranda em Direito pelo PPGD-UFRJ.

QUANTO VALE A SUA SAÚDE?


Reduzir investimentos
diminui a expectativa de vida e
aumenta a incidência de doenças.


INVESTIR NO SUS É ASSEGURAR PROTEÇÃO SOCIAL.


Sua Saúde não tem preço!

RADIS35

NOSSO LADO É O SUS

 www.ensp.fiocruz.br/radis

 facebook.com/RadisComunicacaoeSaude

 flickr.com/RadisComunicacaoeSaude