



ENSP



FIOCRUZ

O SUS É UMA REVOLUÇÃO

Em entrevista exclusiva, Drauzio Varella defende o sistema como política de inserção social e reforça sua importância para a sobrevivência dos brasileiros

FINANCIAMENTO

Novas regras não consideram controle social e podem prejudicar atenção primária

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Pesquisa realizada na 16ª CNS revela renovação e diversidade no perfil de delegados



ENTREVISTA DELIVERY

Cumprindo uma agenda apertada e cercado por pedidos de selfie após sua palestra na 16ª edição da Semana Nacional de Ciência e Tecnologia da Fiocruz, o médico Drauzio Varella deu entrevista à repórter Liseane Morosini a caminho do Aeroporto Santos Dumont, no Rio de Janeiro

EDUARDO DE OLIVEIRA

RADIS

edição 207 ■ dezembro 2019

capa: divulgação TV Globo

EDITORIAL

3 Vozes que não se calam!

4 VOZ DO LEITOR

5 SÚMULA

CONTROLE SOCIAL

10 CNS lança relatório da 16ª

CAPA | ENTREVISTA

14 Drauzio Varella: "Precisamos organizar o SUS"

ATENÇÃO PRIMÁRIA

19 Previne Brasil: mudança sem debate

22 Médicos pelo Brasil: cavalo de Troia?

PARTICIPAÇÃO

26 Juventude engajada

28 Leia na minha camisa...

29 "Quem disse que sumiu?"

30 Vida de militante

32 Entrevista Pedro Gorki: "Existe uma geração disposta a lutar"

34 SERVIÇO

PÓS-TUDO

35 Mulheres negras e participação

Vozes que não se calam!

Convidado para a abertura da 16ª edição da semana Nacional de Ciência e Tecnologia da Fiocruz, o médico, professor e escritor Drauzio Varella concedeu entrevista à Radis, quando destacou a importância do SUS para a população brasileira. Em sua opinião, o SUS é o maior programa de distribuição de renda do país, enquanto a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dos dez maiores programas de saúde pública do mundo. Para ele, a ESF não deve ser apenas a porta de entrada dos usuários no sistema, mas sim ser resolutiva na assistência aos problemas mais comuns da população. “A ESF não deve servir apenas para a triagem e encaminhamentos”, complementou.

Para além do reconhecimento da grandiosidade do SUS, com a afirmativa de que “nenhum país com mais de 100 milhões de habitantes ousou dar saúde para todos”, ganham relevância, nas palavras de Drauzio, as doenças crônicas, diretamente relacionadas à qualidade de vida da população, ao seu envelhecimento e ao combate ao tabagismo e às drogas — que, segundo ele, são um problema de saúde pública e não de polícia.

A mensagem de Drauzio corrobora a defesa de uma reorientação de políticas de Estado que se afirme como espaço da saúde e não exclusivamente de atenção à doença, impondo-se um processo de construção social que envolva práticas sanitárias e ambientais, que articulem saúde com condições de vida. A lógica é que só mais serviços de saúde não garantem mais saúde.

A Medida Provisória (MP) nº 890, de 2019, que institui o Programa Médicos pelo Brasil, em substituição ao Mais Médicos, não deixa dúvida quanto à sua essencialidade e a responsabilidade do Ministério da Saúde em levar médicos aos locais de difícil acesso e grande vulnerabilidade, assim como, de alguma forma, tratar da formação médica e “corrigir defeitos do programa anterior”, como por exemplo a regularização do vínculo empregatício dos médicos contratados, salários condizentes com a atividade e constante aprimoramento com supervisão.

O que poderia parecer uma boa alternativa para municípios e estados, oprimidos por uma legislação fiscal, acaba por ameaçar o SUS com a privatização da atenção primária e o afastamento do controle social e a inclusão em seu corpo diretivo da representação do setor privado. A MP exclui as periferias das cidades, mesmo as que apresentam altos índices de precariedade e pobreza, e o mais grave, cria uma agência privada, sob o título de Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), para substituir o papel do próprio Estado. A atenção primária em saúde deve ser exercida pelos aparatos estatais de atuação do SUS.

O SUS é uma política social presente na vida de todos os brasileiros, direta ou indiretamente. Mais de 150 milhões são

atendidos por ele. Sofre golpes permanentemente, sobretudo em seu financiamento, como acontece com a emenda constitucional que estabelece um teto para os gastos públicos por 20 anos e a Desvinculação da Receita da União (DRU), que retira 30% da seguridade social, onde a Saúde está incluída, para fazer superávit primário e pagamento da dívida pública.

No “varejo” do subfinanciamento do SUS, duas novas medidas assinadas neste mês, como a retirada de mais de 2 bilhões com a extinção do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres (DPVAT) e a nova fórmula de repasse para os municípios cuidarem da atenção primária, aparecem como gratas medidas para quem busca lucrar com a saúde do povo brasileiro e quem a vê como simples mercadoria — e ainda pregam a ideia de que o melhor para o Brasil é a redução do papel do Estado nas políticas sociais, esquecendo que não existe Estado mínimo grátis. Menos dinheiro público de um lado, mais gastos de outro, sobretudo num país tão desigual como o Brasil.

Mas o SUS resiste com a força dos movimentos sociais que lutam para impedir seu retrocesso, e na luta constante para sua consolidação e em sua missão de continuar público. Um exemplo dessa resistência foi a 16ª Conferência Nacional de Saúde, que mobilizou mais de 4.600 cidades e atingiu diretamente 1 milhão de pessoas. Resistência que se traduz no grito que uniu todos os participantes: “O SUS é nosso e ninguém tira da gente” (veja relatório da participação na CNS nesta edição).

A pauta da juventude brasileira, que vem se manifestando contra retrocessos e retirada de direitos é extensa. Os muros das escolas, das universidades e dos institutos federais não são suficientes para impedir que a juventude lance um novo olhar sobre suas necessidades. E assim eles se unem e se organizam com a consciência de que “ninguém pode soltar a mão de ninguém”. Em boa hora, essa moçada toma consciência de seus direitos a um bom ensino, bons professores e da necessidade de ter liberdade para dizer que quer uma sociedade justa, sem discriminação, com espaço para mulheres, negros e diferentes orientações sexuais, onde qualquer família possa ser tão diversa e plural quanto quiser, lugar onde as salas de aula possam ser de emancipação e não de medo do outro, com garantias constitucionais que só as verdadeiras democracias são capazes de oferecer.

Para os que insistem em tentar calar essas vozes, uma constatação. Esses jovens não estão reivindicando benesses, luxos e lucros. Querem “saúde, educação e segurança para o jovem brasileiro sem nenhum tipo de servidão”. Querem um Brasil melhor. Será que é pedir muito?

■ JUSTA HELENA FRANCO SUBCOORDENADORA DO PROGRAMA RADIS

SUA OPINIÃO

Para assinar, sugerir pautas e enviar a sua opinião, acesse um dos canais abaixo

E-mail radis@ensp.fiocruz.br Tel. (21) 3882-9118 End. Av. Brasil, 4036, Sala 510 Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP 21040-361

HOMEM DE VERDADE?

Padrões de masculinidade, um tema urgente (*Radis* 206)! As mulheres estão abrindo os olhos para a ideia de depender do homem provedor (financeira e emocionalmente), porque muitas provaram que conseguem seguir adiante criando seus filhos sozinhas, buscando afeto em relações familiares, amizades, trabalhos cooperados, atividades alternativas. As mulheres estão debatendo há tempos (desde que resolveram queimar os sutiãs e jogar os padrões na lata de lixo), enquanto os homens, ao invés de repensarem seu papel, ficaram (e ficam, meu Deus) se vitimizando. Tenho fé (principalmente por ter dois filhos homens) que as novas gerações vão se sentir mais seguras para entrar nesse debate.



Tutti Fukuda, São Paulo, SP

Padrões de masculinidade ditados por regras machistas, tanto por homens quanto por mulheres. Fantástico esse tema!

Janne Cortes, Rio de Janeiro, RJ

NA ESCUTA

Acabo de escutar o podcast “Coringa e Saúde Mental”. Disruptivo no formato e no tema! Parabéns!

Renata Curi, Rio de Janeiro, RJ

Adorei o podcast. Quanto à opinião do entrevistado, eu vou contra alguns pontos sobre tratamento de saúde mental. Sou paciente do Caps há mais de dez anos, e acredito que existe um equilíbrio para medicações, existem psicólogos para melhorar a estabilidade dos remédios. A droga é um mal necessário. Conduzir o tratamento de um bipolar por exemplo, é muito sério.

Cida Vieira, Fortaleza, CE

Gostei do podcast. Instigante, passível de inúmeros debates!

Josi Almeida, Volta Redonda, MG

Ainda não ouviu o podcast? Acesse o site da Radis e escute www.radis.ensp.fiocruz.br

RADIS AGRADECE

Por um maravilhoso acaso, eu estava na recepção de um consultório, aguardando minha consulta, e peguei uma revista *Radis* para ler. Nossa, que surpresa!! Quanta riqueza de conhecimento! Fiquei tão envolvida com a revista, que até me esqueci da consulta! O médico me deixou ficar com a revista, porque viu meu interesse.

Rosane Araújo Fernandes, Timóteo, MG

Sou assinante desta riquíssima publicação e sinto-me muito satisfeito em poder ter acesso

ao conteúdo de altíssima qualidade desta revista. Muito obrigado!

Wal Agostinho, Assaré, CE

Eu amo a *Radis*! Vocês são perfeitos em escolher as discussões. Gratidão por me instrumentalizar tanto!

Mariana Galvão, Juiz de Fora, MG

Revista super-atualizada, leitura fácil, conteúdo excelente de atualidades, super recomendo!

Solange Ramos, Capão Bonito, SP

Adoro a revista, sou leitora! Parabéns pelos trabalhos! Um canal de comunicação e divulgação em saúde.

Elizete Gonçalves, Várzea Grande, MT

A revista é excelente! Sempre aborda temas atuais e caros a todos que acreditam nos Direitos Humanos e na política de saúde universal, gratuita e de qualidade. Parabéns a todos e todas que fazem esse belo trabalho!

Cynthia Alves, Vitória, ES

A revista é muito boa, com uma linha crítica maravilhosa. Tem um olhar mais voltado para a saúde, mas passa por todas as áreas, inclusive educação e universidades também. Vale muito a pena a leitura!

Sueli Thomazine, Natal, RN

Agradeço a *Radis* pelo envio da revista, fico muito grato. A edição de agosto está muito boa!

Moisés Morais, Caroebe, RR

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.

FIOCRUZ
Nísia Trindade
Presidente

ENSP
Hermano Castro
Diretor

PROGRAMA RADIS
Rogério Lannes Rocha
Coordenador e editor-chefe
Justa Helena Franco
Subcoordenadora

REDAÇÃO
Adriano De Lavor
Editor
Bruno Dominguez
Subeditor

Reportagem
Ana Cláudia Peres, Elisa Batalha, Liseane Morosini e Luiz Felipe Stevanim;
Moniqui Frazão e Rodrigo Reis (estágio supervisionado)

Arte
Felipe Plauska;
Mariana Carvalho
(estágio supervisionado)

DOCUMENTAÇÃO
Jorge Ricardo Pereira e Eduardo de Oliveira
(fotografia)

ADMINISTRAÇÃO
Fábio Lucas e Natalia Calzavara; Tainá Menezes
(estágio supervisionado)

ASSINATURAS

Assinatura grátis (sujeita a ampliação) Periodicidade mensal Impressão Rotaplan Tiragem 119.400 exemplares

USO DA INFORMAÇÃO

Textos podem ser reproduzidos, citada a fonte original.



FIM DO DPVAT: MENOS DINHEIRO PARA O SUS

O fim do seguro obrigatório DPVAT, determinado pelo presidente Jair Bolsonaro na Medida Provisória 904, em 11/11, terá impactos sobre o financiamento do SUS. Isso porque 45% do valor arrecadado com a contribuição paga por todos os proprietários de veículos são destinados ao custeio da assistência médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito — em 2018, foram R\$ 2,1 bilhões direcionados ao SUS. Entre 2008 e 2018, foram repassados R\$ 33,4 bilhões ao sistema público, como noticiou O Globo (13/11). O DPVAT (Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres) indeniza vítimas de acidentes de trânsito, não apenas motoristas, mas também passageiros e pedestres. Somente em 2018, 328 mil vítimas foram indenizadas, entre casos de invalidez permanente, morte e reembolsos de despesas médicas.

O dinheiro arrecadado é distribuído da seguinte forma: uma parte (45%) é utilizada para cobrir as despesas que o sistema público de saúde tem ao atender as vítimas de acidentes; outros 5% são destinados ao Departamento Nacional de Trânsito (Denatran) para promover campanhas de educação com foco na prevenção; o restante (50%) é direcionado às indenizações e à administração do seguro: em 2017, 42%

de toda a arrecadação foi revertida em indenizações, como destacou a Folha de S.Paulo (12/11). O DPVAT é gerido pela Seguradora Líder, um consórcio formado por 73 seguradoras. Os valores pagos aos usuários são R\$ 13,5 mil, em caso de morte, ou de até essa quantia, em caso de invalidez permanente. Ao assinar a medida que acaba com o seguro a partir de 1º de janeiro de 2020, Bolsonaro alegou os altos índices de fraudes e custos operacionais para sua manutenção, como a Folha noticiou (11/11) — e, em uma transmissão online (14/11), afirmou que “tudo que é obrigatório não é bom”.

Contudo, a MP será analisada por uma Comissão mista da Câmara e do Senado e precisa ser votada nas duas casas, ou seja, o Congresso ainda pode retornar com o seguro. “É um seguro que cobre 210 milhões de pessoas, todos os brasileiros, seja pedestre ou não”, afirmou ao Globo (13/11) o presidente da Frente Parlamentar em Defesa do Trânsito Seguro, deputado federal Hugo Leal (PSD-RJ). Em fevereiro, a capa de *Radis* (197) abordou o tema da violência no trânsito. Segundo o Observatório Nacional de Segurança Viária (ONSV), cerca de 60% dos leitos hospitalares do SUS são preenchidos por acidentados. O trânsito mata 40 mil pessoas todos os anos no Brasil.

PARA ONDE VAI O DINHEIRO DO DPVAT?

45%

SUS
(atendimento às vítimas de trânsito)

5%

Denatran (campanhas de prevenção)

42%

indenizações (pedestres, motoristas e passageiros)

8%

administração do seguro

Indústria de alimentos quis esconder alerta sobre ultraprocessados

Uma matéria publicada no site de notícias The Intercept Brasil (30/10) trouxe a revelação do ex-ministro da Saúde Arthur Chioro sobre como atuou o lobby da Associação Brasileira da Indústria de Alimentos (Abia) para que “O guia alimentar para a população brasileira” não fosse publicado. “Havia três pontos-chave, três questões das quais a indústria não abria mão. Uma delas era que não se publicasse em hipótese alguma o guia alimentar”, revelou Chioro na reportagem intitulada “Associação bancada por Nestlé e Coca-cola tentou engavetar guia que recomenda comida de verdade”.

O guia acabou sendo publicado em 2014 e foi considerado inovador ao descrever o que é considerado alimentação saudável: saíram as recomendações nutricionais complicadas, entraram diretrizes mais simples, focadas em comida de verdade — aquelas baseadas em ingredientes in natura e minimamente processados — e redução do consumo de alimentos industrializados.

Nos últimos dois anos, foram publicados vários artigos científicos que chancelam as recomendações do guia brasileiro. Eles mostram que o consumo de ultraprocessados está associado a um aumento do risco de morte, de doenças cardiovasculares, de câncer e de obesidade.

Brasileiros entre os cientistas mais influentes

A lista com os 6.216 cientistas mais influentes do mundo — a Highly Cited Researchers, da Clarivate Analytica, empresa de consultoria britânica que calcula quantas vezes o nome foi citado em artigos nos últimos dez anos — incluiu 15 brasileiros na edição 2019. Os nomes, que se caracterizam como os 1% de cientistas e cientistas sociais que têm “desempenho excepcional” em um ou vários dos 21 campos de atuação especificados no banco de dados do Essential Science Indicators (ESI), foram divulgados em 19 de novembro.

Entre eles, está Cesar Victora, professor emérito de Epidemiologia na Universidade Federal de Pelotas, com pesquisas sobre saúde e nutrição materno-infantil, amamentação, coortes de nascimento, desigualdades sociais e avaliação de serviços de saúde. Outro nome do Brasil é Carlos Monteiro, professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), referência internacional na discussão que

relaciona a obesidade ao consumo de alimentos ultraprocessados. Também aparece Renata Levy, pesquisadora científica no Departamento de Medicina Preventiva da USP, com estudos sobre consumo de alimentos, hábitos alimentares, alimentação escolar e complementar.

Os outros brasileiros listados são: Andre Russowsky Brunoni, Houtan Noushmehr e Paulo Eduardo Artaxo Netto, da USP; Henriette M. C. de Azeredo e Renata Valeriano Tonon, da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária; Adriano Gomes Cruz do Instituto Federal do Rio de Janeiro; Alvaro Avezum do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia; Flavio Kapczinski da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; José A. Marengo do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais; Mauro Galetti da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho; Miriam D. Hubinger da Universidade Estadual de Campinas e Roldan Muradian, da Universidade Federal Fluminense.

MPF pede revogação de intervenções médicas sem consentimento das mulheres



O Ministério Público Federal entrou com uma ação civil pública em 7 de novembro para que sejam revogados pontos da Resolução 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina (CFM), publicada em setembro. Nela, gestantes brasileiras são obrigadas a passar por intervenções médicas mesmo sem concordar (Folha de S.Paulo, 7/11). Isso significa, por exemplo, que se no plano de parto a mulher decidir que não quer uma episiotomia (corte no períneo que facilita a saída do bebê) ou ocitocina sintética (hormônio usado para acelerar o parto) e o médico entender que eles sejam necessários, a palavra do profissional vai ser a final e a mulher passará pelos procedimentos, mesmo não autorizando.

O Ministério Público Federal entende que as regras são ilegais, pois “ignoram a exigência prevista na legislação de que haja iminente perigo de morte para que tratamentos recusados sejam impostos aos pacientes”.

Vacina contra o sarampo continua

O Ministério da Saúde vai estender a cobertura da vacinação contra o sarampo em 2020. A nova campanha ainda não tem data definida, e vai contemplar a faixa etária de 5 a 19 anos, de 30 a 49 anos e de 50 a 59 anos, com o objetivo de interromper a circulação do vírus e estender a proteção à rubéola, impedindo o surgimento de casos da doença. A meta é vacinar 2,6 milhões de crianças na faixa prioritária e 13,6 milhões de adultos.

Segundo informou o site Terra (17/11), o surto de sarampo levará pelo menos entre seis a oito meses para ser contornado. Entre setembro e novembro, foram registrados 5.660 casos da doença, com seis mortes, em 18 Estados. A maioria dos casos (90,5%) está concentrada em 176 municípios (27%) do estado de São Paulo, principalmente na região metropolitana.

A estimativa é de que 39,9 milhões de brasileiros — 20% da população, estão suscetíveis ao vírus, como destacou o site Estadão (18/11). O objetivo das campanhas é que a população tome duas doses da vacina tríplice viral (caxumba, rubéola e sarampo) com intervalo mínimo de 30 dias. O site da revista Saúde salientou que tanto a vacina tríplice viral como a tetra-valente (que evita também a catapora) são administradas na rede pública o ano inteiro em brasileiros de até 49 anos que cumprem certos requisitos, dentro ou fora de surtos.

De acordo com a EBC, foi também iniciada (20/11) a segunda fase da campanha Movimento Vacina Brasil nas Fronteiras, que prevê ações de vacinação contra o sarampo e a febre amarela em oito municípios brasileiros que fazem fronteira com Argentina, Paraguai, Uruguai, Bolívia e Colômbia. No total, 16 municípios tiveram suas ações de vacinação intensificadas.

7 PERGUNTAS SOBRE SARAMPO

O QUE É O SARAMPO?

- Sarampo é uma doença infecciosa grave, causada por um vírus, que pode ser fatal. Sua transmissão ocorre quando o doente tosse, fala, espirra ou respira próximo de outras pessoas.

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS SINTOMAS?

- Febre acompanhada de tosse; irritação nos olhos; nariz escorrendo ou entupido; mal-estar intenso.

POR QUE DEVO VACINAR?

- A vacina é a única maneira de evitar o sarampo. O vírus baixa a imunidade do paciente e ele pode morrer por pneumonia ou encefalite, que é um tipo de meningite.

QUAL É O ESQUEMA DE VACINAÇÃO?

- O ministério incluiu uma dose extra para ser dada a partir de seis meses de idade. Depois, a vacina é aplicada aos 12 meses, com reforço aos 15 meses (última dose por toda a vida). Até 29 anos, é preciso tomar duas doses. Entre 30 e 59 anos, apenas uma dose é necessária.



FOTCRUIZ/IMAGENS

TODOS DEVEM SE VACINAR?

- Grávidas, bebês com menos de seis meses, pessoas com baixa imunidade por doença ou uso de medicação e alguns grupos de pessoas que tenham o vírus HIV não devem ser vacinados. Pessoas que têm alergia grave à proteína do leite de vaca (lactoalbumina) devem receber a dose feita sem essa substância.

“NÃO LEMBRO SE FUI VACINADO”. E AGORA?

- Para quem tem de 1 a 29 anos, são necessárias duas doses, com intervalo de 30 dias entre elas. Já quem tem de 30 a 49 anos deve tomar apenas uma dose.

ONDE BUSCO INFORMAÇÕES?

- Procure uma Unidade Básica de Saúde, tire suas dúvidas e aproveite para receber a vacina, se for preciso.

Fonte: Ministério da Saúde



Óleo no Sudeste Após ter se espalhado pelos nove estados nordestinos (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe), fragmentos de óleo de origem ainda desconhecida avançaram pela região Sudeste em direção ao Sul. Em novembro, vestígios do material foram encontrados em praias do Espírito Santo e do Rio de Janeiro. Balanço do Ibama (24/11) indicou que o óleo já atingiu 764 localidades em 124 municípios de 11 estados brasileiros.

IBAMA

30%

foi o crescimento do desmatamento na Amazônia entre 1º de agosto de 2018 e 31 de julho de 2019

9.762 km²

foi a área desmatada no período na região

3º

maior crescimento do índice na história, perdendo apenas para 1995 (95%) e 1998 (31%)

Fonte: Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe), 18/11

Concentração de CO₂ é a mais alta em três milhões de anos

A concentração de dióxido de carbono (CO₂), metano (CH₄) e óxido nitroso (N₂O) bateu um novo recorde em 2018, informou o 15º boletim anual sobre a concentração de gases de efeito estufa na atmosfera divulgado pela Organização Meteorológica Mundial (OMM), agência das Nações Unidas (25/11). Segundo o relatório, a concentração de CO₂ atingiu 407,8 partes por milhão (ppm), o metano atmosférico alcançou 1.869 partes por bilhão (ppb) e o óxido nitroso tem concentração atmosférica de 331,1 ppb. Se compararmos com o período pré-Revolução Industrial (1760), a concentração desses gases aumentou 47%, 159% e 23%, respectivamente. Os números resultam da medição de mais de 100 estações espalhadas pelo planeta, informou o jornal El País (25/11).

A OMM ressalta que o crescimento constante da concentração destes gases na atmosfera resultará em impactos cada vez mais graves na mudança climática para as futuras


gerações, entre eles, aumento das temperaturas, eventos extremos, estresse hídrico, aumento do nível do mar, perda de ecossistemas marinhos e terrestres. Simultaneamente, a adição destes gases faz o planeta acumular recordes de temperatura. O ano de 2018 foi considerado o quarto mais quente registrado desde que as medições começaram, em 1850. Os outros três foram 2015, 2016 e 2017; há previsão de que 2019 também passe a figurar na lista dos mais quentes.

Petteri Taalas, secretário-geral da OMM, afirmou em um comunicado que, apesar de compromissos assumidos com o Acordo de Paris, não há sinais de desaceleração e diminuição da concentração de gases de efeito estufa. O Acordo de Paris estabelece que, se os planos de redução das emissões dos países não forem suficientes, os Estados devem revê-los. Esta revisão deve ser realizada em 2020 na Cúpula do Clima que acontecerá em Madri (Espanha), dentro da COP25.



"À queima roupa"

6ª Mostra VideoSaúde

“À queima roupa”, de Theresa Jessouroun, foi o vencedor na categoria longa-metragem da 6ª Mostra VideoSaúde, que selecionou produções audiovisuais com temas que envolvem o conceito ampliado de saúde. O documentário investiga o histórico de violência e corrupção policial do Rio de Janeiro, partindo da Chacina de Vigário Geral, em 1993, na qual 21 pessoas morreram, e chegando ao ano de 2013. “Simbiose”, de Júlia Morim, que lança um olhar sobre o trabalho das parteiras pela voz e história de Maria dos Prazeres de Souza, venceu na categoria média-metragem. “Perfil: Guido Carlos Levi”, de Diana Zatz Mussi, que traz a história das vacinas em uma entrevista com o infectologista Guido Carlos Levi, ganhou o prêmio de melhor curta-metragem. “Corações paraibanos”, de Ricardo Puppe, que acompanha uma caravana da Rede de Cardiologia Pediátrica prestando atendimento a crianças com cardiopatia congênita, levou o prêmio do júri popular. O prêmio especial do júri foi para “A primeira pedra”, de Vladimir Seixas, que discute a prática do linchamento através de depoimentos de sobreviventes, parentes de vítimas e especialistas. 

DIVULGAÇÃO

Acidente a caminho do trabalho deixa de ser coberto pelo INSS

Conforme ofício publicado pela Secretaria da Previdência no dia 18 de novembro, os acidentes ocorridos nos trajetos de ida e volta entre a casa e o local onde o profissional atua não são mais considerados acidentes de trabalho — e não são mais cobertos pelo INSS, portanto. Com a Medida Provisória 905/2019, situações do tipo passam a ser resolvidas entre empregado e empresa, sem a interferência da Previdência Pública. De acordo com o site de assuntos jurídicos Consultor Jurídico (21/1), o governo “empurrou de volta ao Congresso mudança importante de Direito do Trabalho que já havia sido rejeitada pelos parlamentares”.

A alteração pode reduzir em até 40% o valor da aposentadoria por incapacidade gerada por acidente em deslocamento. Além disso, o trabalhador acidentado também sofrerá consequências como o fim da estabilidade do empregado em caso de falta do auxílio, e do depósito do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) pelo empregador durante o afastamento.

O especialista em Direito do Trabalho Ricardo Calcini, ouvido pelo site, no entanto, afirma que a nova regra não isenta as empresas de responsabilidade civil nos casos de acidente sofridos no caminho para o trabalho. “Afim de contas, já há consenso na jurisprudência que existe independência entre a responsabilidade previdenciária prevista na Lei nº 8.213/1991, e a responsabilidade do empregador prevista no Código Civil”, analisa.

Por se tratar de medida provisória, a nova classificação do acidente de trajeto vai ter validade de 60 dias, com possibilidade de prorrogação por igual período, conforme lembrou o site Notícias Concursos (21/11). Após isso, a medida deixa de valer caso não seja convertida em lei pelo Congresso.



"Simbiose"

CNS, LANÇA RELATÓRIO DA 16ª

Pesquisa traçou perfil dos participantes, indicando que a maior parte foi delegado nacional pela primeira vez

ELISA BATALHA

“**A** conferência é um processo”. Essa foi uma fala que surgiu em diferentes momentos da solenidade de lançamento do relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde, durante a 323ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, que lotou o auditório da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), no Rio de Janeiro, no dia 7 de novembro. Os discursos falaram da determinação em preservar a participação social e divulgar o documento que deve nortear as ações do Ministério da Saúde para o SUS e para o Plano Plurianual (PPA) 2020-2023. São 31 diretrizes e 329 propostas que têm a função de orientar as decisões do governo federal para o SUS (*Radis* 204). Entre elas, as que já foram apresentadas na Câmara dos Deputados e devem ser incluídas ao Projeto de Lei nº 21/2019, que institui o Plano Plurianual (PPA) 2020-2023.

“Este documento expressa a força do SUS. Ele é fruto do diálogo, respeito e de uma pactuação que vamos seguir construindo pela defesa de direitos que acreditamos”, disse o presidente do CNS, Fernando Pigatto. Ele fez questão de ressaltar que mais de 80% dos municípios realizaram conferências, mais de 4.600 cidades, e o processo teve a participação direta de um milhão de pessoas.

Socorro Gros, representante da Organização Panamericana de Saúde (Opas/OMS), lembrou que o SUS é o único sistema universal para população com mais de 100 milhões de pessoas e por isso é considerado “um baluarte” para as Américas. “Não podemos pensar em um sistema universal sem a participação de todos. O Brasil tem a maior população de jovens das Américas e, para que a expressão desses jovens seja pacífica, tem que ser ouvida na democracia”, defendeu.

Nísia Trindade, presidente da Fiocruz, destacou para a *Radis* o simbolismo do evento acontecer na “casa de Sergio Arouca”, como outros integrantes da mesa também lembraram. Durante a solenidade, ela falou do profundo processo de mudanças políticas e sociais que ocorreram no país desde a realização da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, responsável por definir as bases para a Constituição de 1988 e a construção do SUS. Nísia ressaltou também que hoje o SUS vive um grande desafio no contexto de aumento de desigualdade. “Somente uma discussão democrática e um projeto que coloque a saúde e o SUS como patrimônio da sociedade brasileira nos permitirão construir uma agenda para o futuro da nossa democracia”.

REPRESENTATIVIDADE, PARTICIPAÇÃO, RENOVAÇÃO

“**A** participação social não é mais do mesmo”, afirmou Francisca Rêgo, coordenadora da Comissão de Relatoria da 16ª Conferência Nacional de Saúde. A renovação dos participantes é o principal dado que fundamenta sua observação. A pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, organizada pelo CNS, mostrou que 63% dos delegados estiveram pela primeira vez em uma etapa nacional. Enquanto alguns tinham estado presente na clássica 8ª Conferência, em 1986, e pouco mais de mil participantes (36,4%) já estavam pelo menos na sua segunda etapa nacional, para 1.800 entrevistados (63,1%) era a estreia. “Esse

dado é muito significativo, para demonstrar uma renovação importante neste espaço de participação social em saúde”, reiterou Alcindo Ferla, um dos coordenadores da pesquisa.

Alcindo, que é professor na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e participa de pesquisas em diferentes instituições na área de Saúde Coletiva e Educação, fez questão de registrar a representatividade da amostra, considerada “robusta”. Para ele, os resultados traçam um perfil muito preciso daquele mix de pessoas que circulou no Pavilhão de Exposições do Parque da Cidade, em Brasília, entre 4 e 7 de agosto passados. Foram aplicados questionários a 2.853 participantes, dos quais 2.168 eram delegados, 585 eram convidados e 100



PETER ILLICIE/FIOCRUZ

O presidente do CNS e a presidente da Fiocruz: relatório final da 16ª lançado

participavam de outras formas do evento. Aproximadamente 72% de todos os delegados responderam à pesquisa e 57% dos demais convidados. Foi a primeira pesquisa desse tipo protocolada e aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).

O pesquisador relatou à *Radis* que a experiência superou as expectativas, com destaque para o empenho da equipe de 130 pesquisadores que aplicavam o questionário: “Contamos com grande número de voluntários, muitos estudantes, inclusive de mestrado e doutorado”. Os pesquisadores foram selecionados entre candidatos convocados por uma chamada pública. Havia muitos residentes, mestrandos e doutorandos. Alcindo destacou também a participação de alunos de programas de residência da Fiocruz Brasília. “Eles estavam por toda parte. Quem esteve presente na 16ª não pôde deixar de notar os pesquisadores circulando com seus coletes verdes, com muita disposição e interesse no sentido de desenvolver uma metodologia que permitisse formar o retrato mais fidedigno possível dos participantes e que pudesse ser desdobrado em informações para estudos mais amplos”, resumiu Alcindo. Com a forte adesão, a ideia de sistematizar cada vez mais os dados foi tomando corpo. “Houve total preocupação com ética e forte motivação. Foi um grande exercício no maior evento de participação social em saúde”, afirmou.

As vozes que gritavam “O SUS é nosso, ninguém tira da gente” — uma das palavras de ordem mais ouvidas — vinham de todo tipo de pessoas, como apontaram os resultados. A idade dos entrevistados variou de 18 a 80 anos, e a média foi de 44 anos — uma variação intergeracional muito significativa, com alta participação de adultos jovens ao lado de idosos. Em relação ao quesito raça/cor, 38,8% se autodeclararam pardos, 37,7%, brancos, 19,8%, pretos. Declararam-se indígenas 2,5% dos entrevistados, e 1,2%, amarelos. A escolaridade

variou da alfabetização até doutorado. Entre os participantes que responderam o questionário, 47% possuíam curso superior na área da saúde. Apareceu um número expressivo de profissionais de outras áreas, como direito, engenharia, administração e história. A 16ª reuniu participantes de todos os estados do país, com grande representação das regiões Nordeste e Sudeste. As mulheres foram presença majoritária, representando 55,3% dos participantes.

A pesquisa não tratou só de números; algumas perguntas buscaram compreender aspectos subjetivos. As respostas, segundo os organizadores, “contribuirão para a análise dos fenômenos coletivos”. Por exemplo: os entrevistados em sua maioria declararam que se sentiam esperançosos (78%), enquanto 10% se disseram “céticos” e outros 11% declararam outros sentimentos predominantes. “A pesquisa também foi uma intervenção que alterou a paisagem da 16ª, produzindo um espaço aberto para a fala dos sujeitos, construída em movimentos reflexivos”, apontou o relatório. No documento, consta também que o objetivo manifesto pelo Conselho Nacional de Saúde é o de “produzir mais participação e diversificar o perfil dos participantes”.

Entre os participantes que responderam o questionário, houve 1.341 com curso superior na área da saúde, representando 47% dos sujeitos dessa etapa da pesquisa. As profissões da saúde presentes foram: enfermagem, medicina, serviço social, psicologia, odontologia, farmácia, saúde coletiva, biologia, nutrição, educação física, fonoaudiologia, terapia ocupacional, medicina veterinária, fisioterapia, biomedicina. Entre os profissionais que participaram da conferência e possuíam nível superior fora da área da saúde, constavam as seguintes formações: direito, engenharia, administração, história, antropologia, engenharia de alimentos, filosofia, zootecnia, biotecnologia.

QUEM ERAM OS PARTICIPANTES DA 16ª?

COR (AUTODECLARAÇÃO)

- 38,8% pardos
- 37,7% brancos
- 19,8% pretos
- 2,5% indígenas
- 1,2% amarelos

RENDA

- A mediana de renda foi de 3 mil reais
- A renda de 50% dos entrevistados era de até 3 mil reais e os demais 50% possuíam renda superior a 3 mil reais

IDADE DE 18 A 80 ANOS

- Média de idade foi de 44,36 anos
- A média aponta uma característica de intergeracionalidade na participação, considerando a equilibrada distribuição entre as diferentes faixas etárias, e de renovação da participação, representada pelo expressivo volume de adultos jovens e de pessoas idosas

ESCOLARIDADE

- 0,1% participantes em cursos de alfabetização
- 0,6% com alfabetização completa
- 0,6% cursando o ensino fundamental
- 2,6% com ensino fundamental completo
- 0,9% cursando o ensino médio
- 18,5% com ensino médio completo
- 12,6% cursando o ensino superior
- 22,5% com ensino superior completo
- 2,9% cursando alguma especialização
- 20% com algum curso de especialização concluído
- 2,5% cursando residências uni ou multiprofissionais
- 1,1% com residência concluída
- 2,4% cursando mestrado
- 7% com mestrado concluído
- 1,5% cursando doutorado
- 4,2% com doutorado concluído

ESTADOS DE ORIGEM

- Todas as 27 unidades federativas do país
- Sudeste 28,9%
- Nordeste 28,73%
- Centro-Oeste 16,86%
- Norte 12,89%
- Sul 12,61%

ORIENTAÇÃO SEXUAL

- 2% lésbicas
- 5,6% gays
- 4,3% bissexuais
- 87,3% heterossexuais
- 0,4% pansexuais
- 0,1% assexuados
- 0,3% se denominavam outras classificações

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- 87 entrevistados se declararam pessoa com deficiência (6,6%)
- 56 desses afirmaram que a deficiência dificultava a participação na Conferência Nacional de Saúde (aproximadamente 30%)

SEXO

- 55,3% eram mulheres
- 44,7% eram homens

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

- 95,6% consideraram que se trata de tema muito relevante para a saúde
- 4,2% consideraram que o tema é relevante
- 0,2% consideraram pouco relevante

VÍNCULO DE TRABALHO

- O vínculo de trabalho mais frequente foi com o serviço público
- 55,2% servidores públicos
- 10,4% aposentados
- 10% autônomos
- 6,2% trabalhadores da iniciativa privada
- 6% bolsistas
- 5,2% estudantes
- 4,6% desempregados
- 1,3% realizavam trabalhos voluntários
- 0,8% empresários
- 0,3% trabalhadores domésticos

IDENTIDADE DE GÊNERO

- 1.112 eram homens cis (40,3%)
- 33 eram homens trans (1,2%)
- 1.351 eram mulheres cis (40,3%)
- 30 eram mulheres trans (1,1%)
- 2 eram travestis (0,1%)
- 8 se declararam não binários (0,3%)
- 224 responderam não saber responder sobre sua identidade de gênero

SENTIMENTO

- 78,2% se sentiam esperançosos
- 10,3% se sentiam céticos
- 11,4% relataram outros sentimentos
- Nesta última categoria de resposta, o sentimento mais frequente foi o de preocupação com o SUS

FONTE: CNS

Comunicação colaborativa

Um aspecto da 16ª que chamou a atenção foi a forte presença de “comunicadores ativistas”. A jornalista Laura Fernandes coordenou um grupo “que passou de cem pessoas” para compor a Assessoria de Comunicação da conferência. “Foi um exercício de comunicação colaborativa”, avaliou ela à *Radis*. Os comunicadores, que não necessariamente eram jornalistas, produziram matérias antes e durante o evento, para o portal SUS Conecta, além de centenas de fotos, vídeos e posts para plataformas do Facebook, Flickr, YouTube e Instagram.

Para chegar a essa sintonia, Laura contou que começou pedindo ajuda. “Nós fizemos um chamamento geral, mandamos email para todos os parceiros — órgãos do governo e sociedade civil, conselhos e sindicatos — para que eles indicassem representantes da comunicação”. O CNS, disse, não tem a estrutura necessária para cobertura tão grande. “Fomos a várias entidades e perguntamos ‘Como vocês podem nos ajudar?’”. Alguns tinham determinada ferramenta tecnológica, outros tinham pessoas que podiam contribuir com suas experiências com redes sociais. Assim também foi montada a sala de imprensa.

Todos foram adicionados a um grupo no whatsapp, constituindo uma rede. “Mantivemos sempre alimentadas



Laura Fernandes (de branco) em ação na sala de imprensa da 16ª CNS

as plataformas, contando com a parcela da imprensa que costuma estar atenta ao tema da saúde pública e os profissionais setoristas de saúde também. Foi muito gratificante ver o interesse dos comunicadores, militantes e ativistas”, observou Laura.

“PRECISAMENTE ORGANIZAÇÃO”



DRAUZIO VARELLA

SAMOS ORGANIZAR O SUS

LISEANE MOROSINI

“O que aconteceu com a saúde do Brasil?”, perguntou Drauzio Varella à plateia que lotava o auditório do Museu da Vida, no Rio de Janeiro, naquela manhã de 21 de outubro. O médico havia chegado de São Paulo para abrir a 16ª edição da Semana Nacional de Ciência e Tecnologia (SNCT) da Fiocruz. Iria falar de saúde, ciência, mostrar dados do país. Mas, como ele disse logo no início, deixou seu pen drive com a apresentação em casa. Falaria de improviso. Sem perder o bom humor, Drauzio teve espaço de sobra para se voltar a temas que defende de forma incondicional, em especial o SUS, que considera uma “ousadia” e “a maior revolução na história da medicina brasileira”. “Imagina um país como era o Brasil, em 1988, em que um bando de visionários resolve dizer ‘nós temos que dar saúde gratuita para todos’. Até hoje, nenhum país com mais de 100 milhões de habitantes ousou tanto”, avaliou.

Dono de uma personalidade carismática, Drauzio voltou no tempo e costurou histórias de sua vida pessoal para mostrar o quanto o Brasil avançou depois da criação do sistema. Para ele, há um antes e um depois claro, um marco a partir de 1988. O menino nascido no Brás, um bairro operário na Zona Leste de São Paulo, só aos sete anos foi ao médico — e virou o centro da curiosidade dos amigos. “Naquela época ninguém tinha pediatra, ninguém ia ao médico tão cedo. Alguém consegue imaginar que isso é possível hoje em dia?”, comparou, lembrando que o país, à época, era majoritariamente rural. “Se não havia pediatra para crianças que moravam na periferia da cidade que mais crescia, imagina que tipo de assistência médica era dada pelo país. Não havia assistência médica. Ponto. Não havia nenhum planejamento ou intenção de dar saúde pública para todos. O SUS mudou esse quadro”.

Formado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde entrou em 1962, Drauzio Varella é oncologista, professor, escritor — autor de 10 livros sobre saúde e temas sociais — e palestrante. Há mais de 30 anos, é voluntário em penitenciárias paulistas, masculinas e femininas, trabalho que foi iniciado com prevenção à aids na Casa de Detenção de São Paulo. Dessa experiência surgiu a trilogia “Estação Carandiru” (1999), “Carcereiros” (2012) e “Prisioneiras” (2017), que mostram a crueza do sistema carcerário brasileiro, a invisibilidade de pessoas encarceradas e como funciona a vida para quem

está atrás das grades. O primeiro deles, um best-seller, recebeu o Prêmio Jabuti na categoria “não-ficção”, em 2000. Quatro anos depois, virou filme dirigido pelo cineasta Hector Babenco.

Muito antes do filme, em 1985, Drauzio tratou os primeiros casos de aids em São Paulo. O médico foi um dos pioneiros no tratamento da doença, especialmente do sarcoma de Kaposi, no Brasil. Em 1986, gravou campanhas de prevenção à aids em rádios paulistas. Ao publicar um artigo em um jornal sobre o assunto, ele deu seus primeiros passos no campo da comunicação e saúde. “Quando comecei, médico não falava nos meios de comunicação pois era interpretado como autopropaganda. Hoje mudou completamente e há muita gente da melhor qualidade transmitindo informações importantes”, assegurou.

Mas foi a televisão que deu ao médico visibilidade nacional. Desde 2003, ele apresenta um quadro aos domingos no Fantástico, da Rede Globo. Hoje, Drauzio participa de todas as mídias e faz sucesso nas redes sociais. Seu canal no YouTube, lançado em 2015, é identificado como “o maior canal de saúde do Brasil: de resfriado a questões sociais”, definindo os contornos de sua abordagem sobre saúde. Só nesta rede ele possui 1,75 milhão de seguidores que, junto com a audiência da página no Facebook e perfis no Instagram e Twitter, somam quase 6 milhões de pessoas.

Por meio de seu trabalho, o médico fala de saúde, de vida e do SUS, sem se furtar a tocar em temas tabus, como o uso de drogas e o sistema de encarceramento no país. Um dos vídeos mais acessados do Canal do Drauzio, no YouTube, é justamente o bate-papo sobre maconha, assunto que também abordou na palestra. Sua fala na Fiocruz manteve o mesmo tom leve e direto de quem fala sobre drogas “sem pagar de moralista”. Durante 50 minutos, o médico provocou reflexões e risadas. O status de celebridade ficou patente ao final quando, atrasado para pegar um voo, foi retido pelos inúmeros pedidos de selfies e autógrafos.

A saída pela porta lateral foi, assim, estratégica: com uma agenda apertada, Drauzio tinha que voltar rapidamente para São Paulo a fim de cumprir sua rotina semanal de atendimento na Penitenciária Feminina de São Paulo. A caminho do Aeroporto Santos Dumont, ele conversou com a reportagem da Radis e voltou a reforçar a potência e importância do SUS para a sobrevivência dos brasileiros. Seu pensamento pode ser resumido em uma frase: “Sem o SUS é a barbárie”.

Como o senhor vê o Brasil de hoje?

O Brasil está atravessando uma fase muito dura do ponto de vista econômico. Eu nunca vi uma crise com um desemprego absurdo como esse. São 13 milhões de pessoas sem emprego. Lógico que esse quadro repercute na saúde. Hoje, há mais pessoas dependentes do SUS e quem está desempregado vive em situação de vulnerabilidade, como acontece com grandes massas populacionais no Brasil. Além disso, eu vejo o desinteresse até ostensivo com programas sociais, não só em relação à saúde. O SUS já vinha lutando com dificuldades enormes. Aí cortaram [a verba] e entrou a ideologia no meio de fatores que são puramente de ordem técnica. Ficou ainda mais difícil.

Qual é o nó crítico da política de saúde brasileira?

O país não tem uma política de Estado na saúde. Nos últimos dez anos, tivemos 13 ministros da Saúde. De que forma vamos organizar o sistema sem continuidade? Se o ministro cai, muda todo mundo. Nos níveis federal, estadual e municipal, muitos são escolhidos por orientação política. Acho que a saúde tem que ser blindada dessa política partidária no mau sentido. Falta dinheiro, claro, mas dinheiro não vai resolver nosso problema. Os Estados Unidos investem 17% do PIB deles em saúde. Só que o PIB deles é de 19 trilhões de dólares, então vão uns 3 trilhões de dólares para a saúde. É mais do que o PIB brasileiro; tudo que nós produzimos no país eles investem em saúde. E o americano médio vive 78 anos; o brasileiro vive 76 anos. Eles jogam dinheiro e a expectativa de vida deles está caindo. Lá tem um conjunto de fatores que levam a à obesidade e a um pacote de doenças difíceis de tratar. E uma medicina tecnológica da qual nunca vamos dispor.

É uma questão de gestão?

Nenhum sistema funciona bem com várias portas de entrada, nem a casa da gente. Temos que ter uma única porta de entrada. Até pouco tempo, quando alguém precisava de atendimento, pedia que um político ou uma pessoa influente telefonasse para um médico amigo no hospital, este falava do caso e furava a fila. Esse era um sistema cheio de privilégios e começou a ser organizado. Hoje, se um milionário precisa de um transplante de fígado, tem de entrar na fila junto com os outros na disputa pelo órgão. Não vai passar na frente de ninguém porque essa informação está disponível na internet. A Estratégia Saúde da Família está montada e é um dos dez melhores programas de saúde pública do mundo, mas ela é tratada com descaso. Se funciona bem e cobre 66% da população do país (no Nordeste cobre 82% da população), deve ser a porta de entrada. A pessoa está com dor de cabeça e vai procurar um neurocirurgião: isso encarece demais, não é sustentável. Se olharmos a fila com um pouco de critério, veremos que 80% a 90% das pessoas não tinham que estar naquele lugar. Por isso é que eu acho que a estrutura toda está aí, falta organização. Nós temos tudo. Claro que precisamos de mais recursos, mas nunca os recursos serão suficientes. O que é doído é que temos toda a estrutura armada no SUS, só que ela funciona mal.

O senhor tem afirmado que é o SUS é a maior política de inserção social.

“ Até hoje, nenhum país com mais de 100 milhões de habitantes ousou tanto. O SUS tem uma abrangência maior que o NHS ”

O SUS já atende diretamente 75% da população ou 150 milhões de brasileiros. Se você retirar o SUS, é a barbárie. O que vai acontecer com essa legião de pessoas? Onde serão atendidas? Não tem alternativa: precisamos organizar o SUS para atender essas pessoas com mais eficiência, interferir com a medicina preventiva, dar o atendimento com a atenção básica à saúde. O SUS tem tudo, não precisaria nem de recursos imensos para fazer a cadeia funcionar regularmente. Repito: a estrutura está toda montada e o que precisamos é de uma diretriz política. Sim, nós precisamos de mais dinheiro, mas a organização é que vai mudar as características do SUS completamente. Porque o SUS é o maior programa de distribuição de renda: ele gasta R\$ 240 bilhões e o Bolsa Família gasta 10% disso. É uma ajudinha pequena diante do SUS. O SUS faz um trabalho maravilhoso no Brasil e, infelizmente, o que fica são só os exemplos das situações em que ele não funciona ou funciona mal.

Quais são os principais desafios a serem enfrentados pelo sistema público de saúde no futuro?

Vejo dois desafios: nós temos todos os problemas do envelhecimento e ainda não nos livramos de muitas doenças infecciosas. Acho que o maior desafio é o do envelhecimento, porque envelhecemos mal: 90% dos brasileiros chegam aos 60 anos com pelo menos uma doença crônica. São 15 milhões de pessoas com diabetes. Aos 70 anos, praticamente 70% dos brasileiros têm pressão alta. Aqui, temos 825 mil pessoas HIV positivo. As doenças crônicas demandam um esforço enorme de todo o sistema de saúde. Tudo tem que ser feito rapidamente porque a população envelhece muito depressa.

Isso inclui ações de prevenção.

O Ministério da Saúde tem sido até agora o ministério da doença. A saúde suplementar também. A questão é que nós não soubemos organizar a atenção primária à saúde. Não há sentido, no mundo moderno, esperarmos que as pessoas fiquem doentes para tratar. A preocupação tem que começar lá atrás. Claro que com mais recursos nós poderíamos fazer mais e muito melhor.

Qual a sua avaliação do Mais Médicos, em especial da participação dos médicos cubanos no programa?

Os médicos cubanos tiveram uma importância muito grande para o sistema em regiões que estão abandonadas. No início, houve uma reação corporativista de uma parcela de médicos.



Mas os cubanos não queriam fazer Medicina como a gente, eles foram contratados para fazer Medicina onde a gente não fazia, onde nós não chegávamos. Eles ajudaram muito. Eu andei por muitas cidades e eles eram médicos adorados pela população. O problema é que a gente não contava que, de uma hora para outra, isso acabaria com a mudança de um governo que tinha posições antagônicas e destruiu o programa. Nós não imaginamos que esses médicos poderiam ir embora quando não tínhamos ainda um plano B. E estamos nessa situação complicada.

Há saídas para repor esses profissionais?

Um país como o Brasil vai ter sempre dificuldade para distribuir médicos. A gente teria que substituir esses médicos gradativamente, pois é muito difícil conseguir tanta gente capacitada para atender em lugares tão pobres. Há 450 mil médicos concentrados no Sudeste; no Norte e Nordeste eles estão nas capitais e cidades grandes. Temos 300 faculdades de Medicina — sem professores para tanto. Fazem faculdades esperando que os médicos se espalhem. Quem garante isso? As faculdades privadas custam R\$ 10 mil, R\$ 12 mil reais por mês. Você acha que quem paga esse valor e se forma depois vai para a periferia de Quixadá, no Ceará, atender gente pobre? Vai se especializar e ficar por um grande centro. Precisamos de médicos de família, que resolvem 90% dos problemas. Temos que ter essa formação. Os Estados Unidos têm esse mesmo problema nas pequenas cidades do interior. Temos que criar alternativas para poder fazer o trabalho que os médicos não são capazes de fazer. A ESF cobre dois terços da população. O esforço para acabar de cobrir o resto não é grande. Então, faz a entrada toda por ela, usa a Enfermagem de uma forma decente — porque nós desperdiçamos os enfermeiros no Brasil. Eles se formam, se especializam, fazem pós, e depois enfrentam resistência porque a classe médica corporativa acha que só ela pode fazer o atendimento. Ótimo, só que não faz. Esse corporativismo exagerado não ajuda em nada.

Como anda a saúde nas prisões?

Quando cheguei ao sistema penitenciário, eram 90 mil presos; hoje são 820 mil. Temos a terceira população carcerária do mundo em números absolutos. Prendemos muito e temos que saber que cadeia não diminui a violência urbana. Nós construímos facções criminosas. Eu vi o crime organizado nascer nas

prisões de São Paulo e como ele tomou conta delas. Poder é um espaço abstrato. Se o Estado não consegue dar proteção ao homem que está na cadeia, o crime organizado vai dar.

E como encarar o tabu das drogas?

Droga não tem solução. Usamos desde a antiguidade. O que não podemos ter é essa estupidez de querer resolver um problema de saúde pública com polícia. Polícia não é para isso. Não é função da polícia resolver problema de saúde pública.

De que forma a prática de atividade física pode diminuir a epidemia de obesidade?

A população tem acesso a uma comida de qualidade, a um preço tão acessível, e não temos esse breque [freio] para parar. Começamos a comer muito e falta atividade física. Hoje é possível ganhar a vida sentado, ficar o dia inteiro sem se movimentar. Mas na época das cavernas não existia isso. Nosso corpo foi desenhado para o movimento. Como resultado, vivemos uma epidemia grave de obesidade no Brasil. A Organização Mundial da Saúde recomenda que é preciso fazer 30 minutos de caminhada cinco vezes por semana. E ninguém mais anda. Eu vejo que temos que atacar o problema do sedentarismo. No século 21, o sedentarismo vai matar tanto quanto o cigarro, e o cigarro vai matar 800 milhões de pessoas. A vida sedentária faz muito mal.

O senhor combate fortemente o cigarro. O que acha dos novos dispositivos eletrônicos para fumar?

Eu acho que a indústria tabaqueira é a mais criminosa do sistema capitalista internacional. Ela vende uma droga que é a mais aditiva de todas que a Medicina conhece. Eu tenho uma longa experiência com o crack e sei que é mais difícil largar o cigarro do que o crack. A Penitenciária Feminina de São Paulo é o maior centro de recuperação de usuários de crack no mundo porque o PCC [organização criminosa Primeiro Comando da Capital] não deixa entrar crack na cadeia. As mulheres largam o crack, mas não o cigarro. Então a indústria sentiu que as vendas de cigarro estavam caindo nos países e inventou novas formas de a nicotina ser fumada diretamente. Esses dispositivos viciam ainda mais, porque a concentração é mais alta do que a existente no cigarro. Eles dizem que é seguro, justificando que esse dispositivo vai ajudar a parar de fumar. Isso é redução de danos. Só que vicia uma legião

de meninos e meninas que não iriam mais fumar cigarros e apresentam um produto em forma de pen drive, que pode receber carga em USB de computadores.

Foi então uma estratégia da indústria apresentar a nicotina em uma nova e moderna embalagem?

Nos Estados Unidos, 27% dos estudantes de nível médio fumam essa desgraça. Ou seja, criou uma epidemia de viciados quando ela estava diminuindo gradualmente ano a ano. A Altria, a maior fabricante de cigarros, comprou 30% das ações da fábrica que faz o cigarro eletrônico mais comum [Juul Labs]. Explica o raciocínio para mim: eu fabrico um produto e compro uma parte de uma fábrica que fabrica um produto que é para as pessoas pararem de usar o meu produto. Que lógica é essa? A lógica dessa indústria é vender nicotina, eles são traficantes. Eu vejo mais beleza na vida que leva o traficante que está no Morro do Alemão [no Rio de Janeiro] do que na vida dessas pessoas. Elas andam de terno e gravata, são respeitadas socialmente e o traficante do morro vende droga e foge da polícia. Esse pelo menos tem uma vida mais de acordo com a atividade que pratica.

O senhor considera que o brasileiro reconhece a importância do SUS?

Bom, nós olhamos o SUS pelo prisma das grandes cidades e dos problemas que aparecem na televisão. Só que o SUS realmente funciona em muitas localidades do Brasil, especialmente municípios menores, e isso ninguém noticia. As pessoas se surpreendem quando eu digo que nós temos o maior programa de vacinação e de transplante, que mudamos o destino da epidemia de aids no mundo. Ninguém sabe que é o SUS que garante a segurança dos hemocentros. Perdemos na comunicação. As pessoas não entendem o que é o SUS e acham que ele é o pronto-socorro lotado, com fila e cheio de gente deitada no chão e nos corredores. E não é. Não haverá outra revolução com tanta profundidade. Imagina um país como era o Brasil, em 1988, em que um bando de visionários resolve dizer ‘nós temos que dar saúde gratuita para todos’. Até hoje, nenhum país com mais de 100 milhões de habitantes ousou tanto. O SUS tem uma abrangência maior que o NHS [sistema de saúde pública inglês]. Tem problemas, muitos, mas a filosofia de dar saúde gratuita não é uma coisa simples de ser feita.

As informações de saúde ocupam um espaço adequado na mídia?

Nós, médicos, conseguimos popularizar a Medicina de um jeito que outros profissionais de outras áreas não conseguiram. Ninguém tem ideia de quais são os maiores problemas de urbanismo do Rio de Janeiro ou quais são os principais desafios para você organizar o tráfego urbano. As pessoas querem saber mais da própria saúde do que de problemas de urbanismo. Os médicos foram capazes de transmitir esses conceitos no decorrer de décadas. Hoje, todo mundo sabe o que é diabetes, pressão alta, colesterol, que cigarro faz mal. Antes, a gente não tinha esse sistema de comunicação de massa que envolve a televisão e a internet. Embora a internet veicule informação sem nenhum critério, ela dá acesso muito amplo. E questões de saúde sempre interessam.


Como é ser um médico que atua também em comunicação?

Entrei na TV por causa de uma série da BBC sobre o corpo humano que era apresentada por um médico inglês. Queriam um médico brasileiro e me convidaram para fazer. Me interessei porque as imagens eram maravilhosas. Disseram “faça o que você quiser fazer”, com todo o apoio técnico para isso. Eu me sinto tomado por uma responsabilidade pública. Tenho que usar esse tempo da melhor forma possível para poder mandar mensagens de saúde pública que interfiram na vida das pessoas, das famílias. Em um país com tão baixa escolaridade como o nosso, esse é um desafio muito grande. Em todo lugar que eu vou escuto pessoas dizerem que pararam de fumar por causa da série “Brasil sem Cigarro”, apresentada na TV em 2014. Mas eu não tenho ideia alguma do impacto desses programas na saúde. Infelizmente, não temos essa medição aqui no Brasil.

O que o senhor diria para um jovem médico ou um estudante de Medicina?

Tem que gostar de estudar bastante. Aliás, quem não gosta de estudar não deve fazer Medicina. E quem não tem muita paciência, não deve fazer Medicina. Se a pessoa tiver vontade de estudar, pode trabalhar em qualquer ramo ou trabalhar em áreas como a Comunicação, um campo que fica mais forte. Quando comecei a falar de saúde no rádio, médico sério não falava nos meios de comunicação porque isso era interpretado como autopropaganda. Hoje essa visão mudou e temos profissionais da melhor qualidade transmitindo informações importantes. Mas, o principal de tudo é gostar, senão não vai conseguir exercer bem a Medicina.

Qual é a importância da Ciência e Tecnologia para o desenvolvimento do SUS e do Brasil?

Com muita dificuldade, a ciência brasileira conseguiu estabelecer uma rede, os pesquisadores passaram a se comunicar uns com os outros, estabeleceram protocolos cooperativos. De repente, a barbárie cai em cima [dessa rede] para desestruturar todo o sistema. O Brasil depende disso. Nós dependemos da ciência porque se não vamos ficar eternamente dependentes dos outros países. Nós vamos ter que comprar a tecnologia que os outros desenvolveram, pagar royalties. Eu cito um exemplo lá de São Paulo que foi o tratamento com células CAR-T (Radis 206). Só a transfusão das células nos Estados Unidos custa 450 mil dólares. Se contar todos os custos hospitalares, que lá são estratosféricos, chega a mais de um milhão de dólares. E aqui eles desenvolveram em Ribeirão Preto com tecnologia 100% brasileira. O cálculo dessa equipe é que gastaram menos de 100 mil reais, que são 25 mil dólares. A diferença é absurda porque não pagamos royalties para ninguém. Se o Brasil quiser dominar essa técnica e torná-la mais popular, vai conseguir, porque é um preço mais razoável. O mesmo aconteceu com a medicação da aids, que era importada e caríssima, e o Brasil resolveu produzir genéricos. A ciência é absolutamente fundamental para o desenvolvimento. Desorganizar a ciência é renunciar à soberania nacional. 



Fim do PAB variável relacionado à ESF e aos Nasf pode comprometer efeito indutor de implementação da atenção primária no modelo preconizado pelo SUS

EDUARDO OLIVEIRA

PREVINE BRASIL: MUDANÇA **SEM DEBATE**

Novas regras de financiamento da atenção primária não levam em conta o controle social e podem fragilizar Saúde da Família, aponta movimento sanitário

LUIZ FELIPE STEVANIM

Sem o aval do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Ministério da Saúde anunciou as novas regras para o repasse de recursos à atenção primária, com o lançamento do programa Previne Brasil (12/11). O dinheiro que os municípios recebem para prover a atenção básica passa a ser calculado com base na quantidade de pacientes cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nas unidades básicas e não mais de acordo com o número de habitantes. O novo modelo de financiamento foi apresentado pelo ministro da Saúde, Luiz Henrique

Mandetta, e aprovado por representantes de gestores municipais e estaduais, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 31/10, com a participação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). As alterações foram reunidas na portaria 2.979 (12/11), que lançou o Previne Brasil. Contudo, para organizações do movimento sanitário, as mudanças não consideraram o controle social e podem descaracterizar os princípios da Saúde da Família.

“ A perda atingirá principalmente municípios urbanos, em que a ESF teve mais dificuldades de se implantar de forma mais efetiva ”

Luciana de Lima

Até então, o Piso da Atenção Básica possuía um valor fixo (chamado PAB Fixo) — calculado de acordo com a população do município — e outro variável (PAB variável), que leva em conta a implementação de estratégias como Saúde da Família e Saúde Bucal. As novas regras consideram a quantidade de pessoas cadastradas pelos serviços de atenção básica, além de indicadores de desempenho. No discurso de apresentação da proposta, na reunião da CIT (31/10), Mandetta afirmou que o foco é gerar uma “competição saudável” entre os municípios e “medir, financiar, cobrar, trazer os resultados”. De acordo com o Ministério da Saúde, o governo federal vai distribuir R\$ 2 bilhões a mais de recursos a partir do próximo ano para os municípios que “melhorarem a saúde dos brasileiros”. No entanto, ao incentivar a competição por dinheiro, as mudanças podem romper, “de forma silenciosa”, com o pacto de solidariedade da Constituição de 1988 que fundamenta a proteção social à saúde, de acordo com uma carta aberta publicada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e assinada por Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Associação Brasileira de Enfermagem (Aben) e outras instituições (8/11).

Também na visão do CNS, a publicação dessa portaria pelo Ministério da Saúde “fere o preceito constitucional do controle social” e as leis que regulamentam o SUS, pois não respeitou a participação social. “As políticas de saúde não podem ser construídas de forma vertical, sem escuta ao controle social, que é composto pela diversidade crítica do povo brasileiro para que tenhamos um SUS, de fato, participativo e com qualidade”, destaca nota do conselho (13/11). Segundo o órgão, não foram levadas em conta as contribuições da Câmara Técnica da Atenção Básica, criada pelo CNS em 2017, e as discussões realizadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 2019.

Em outra nota (21/11), a Abrasco, junto com outras instituições, manifestou indignação com o modo pelo qual o novo financiamento foi pactuado na CIT. Além de ignorar a posição do CNS, a mudança na forma de repasse foi lançada “sem estudos robustos que evidenciem, objetivamente, seus impactos sobre a condição de saúde da população, a desigualdade de acesso nas regiões metropolitanas e a sustentabilidade econômica dos municípios”, diz o texto. Por isso, a associação pede a revogação da portaria.

ATAQUE AO CORAÇÃO DO SUS

Considerada o “coração” e a porta de entrada do SUS, a atenção primária depende de recursos repassados pelo governo federal aos municípios, como explica Luciana Dias de Lima, médica sanitária e professora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). O repasse federal tem o papel não apenas de complementar o dinheiro disponível nas cidades para ofertar saúde à população, como também induzir o desenvolvimento dos serviços, explica. “O fim do PAB fixo é de enorme gravidade nesse contexto atual, porque interrompe o aporte regular de recursos para o SUS na totalidade dos municípios brasileiros com todas as incertezas em relação à implantação desse novo modelo”, destacou Luciana, no seminário “Financiamento do SUS sob ataque”, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), em 1º de novembro. Uma das questões que preocupam Luciana é: se as novas regras vão beneficiar os municípios que mais ampliarem o cadastro de usuários, como impedir que somente as localidades que vão bem recebam recursos, aumentando o “fosso das desigualdades” em relação aos locais mais carentes?

O contexto atual é desfavorável a mudanças radicais no financiamento, alerta a pesquisadora. “É imperativo um debate amplo e responsável, inclusive com estudos e estimativas de impacto. A perda atingirá principalmente municípios urbanos, em que a Estratégia Saúde da Família teve mais dificuldades de se implantar de forma mais efetiva”, constatou. Para ela, o impacto deve sobrecarregar o SUS ainda mais no cenário de precarização e instabilidade das relações de trabalho. Ela nega que haja previsão de mais dinheiro para a saúde pública. “Essas mudanças não envolvem aporte adicional de recursos. É bom que isso fique muito claro. Vai envolver remanejamento de recursos no interior do próprio orçamento da saúde, que já é escasso”, avaliou. Outro aspecto preocupante é que o fim do PAB variável relacionado à ESF e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) compromete o efeito indutor de implementação da atenção primária no modelo preconizado pelo SUS.

SOMENTE PARA POBRES?

De saúde pública universal ao “SUS somente para os pobres”: de acordo com a carta publicada pelo Cebes (8/11), essa é a mudança pretendida com o novo modelo de financiamento da atenção primária, que passa a se basear no cadastro de atendimento e não mais no total da população. “A definição do rateio de recursos federais a partir da ‘pessoa cadastrada’ rompe com o princípio da saúde como direito de todas as pessoas e inviabiliza a aplicação de recursos públicos segundo as necessidades de saúde da população nos territórios”, apontam as instituições que assinam o documento. Segundo elas, a proposta de focalização (em oposição à universalidade existente no SUS) responde às exigências do Banco Mundial e não às necessidades reais da população brasileira. “Essa proposta descaracteriza completamente a Estratégia Saúde da Família”, afirmam.


De acordo com esta avaliação, o Ministério da Saúde prioriza o Programa Saúde na Hora, lançado em maio de

2019, que reduz a equipe multidisciplinar da ESF e valoriza o modelo biomédico de cuidado fragmentado, correndo o risco de organizar as unidades básicas de saúde a partir da lógica das unidades de pronto atendimento. Outro aspecto criticado é a sobrecarga de trabalho dos profissionais para efetivar o cadastro, “sem que os problemas reais da gestão sejam de fato considerados e equacionados”. Condicionar o repasse de recursos à realização de cadastro dos usuários também preocupa Luciana. “Ninguém é contra o cadastramento em si, mas para qual finalidade? Essas metas de cobertura são extremamente elevadas e inatingíveis e vão sobrecarregar as equipes, além de não estar claro como serão aferidas”, ponderou.

A mudança tem o apoio do Conasems, órgão que representa as secretarias municipais de saúde do país. Segundo documento assinado por Wilames Bezerra (20/11), presidente da entidade, a proposta elaborada pelo Ministério da Saúde representa uma “necessária mudança no processo de financiamento da atenção básica em saúde, o que possibilitará a real inclusão no SUS de milhões de brasileiros”. Ainda assim, a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados aprovou a realização de uma audiência pública e de seminários estaduais para debater a portaria 2.979, a partir de requerimento do deputado federal Alexandre Padilha (PT-SP). Três projetos de decreto legislativo — dois na Câmara

e um no Senado — pedem a revogação da portaria, que começa a valer em 1º de janeiro de 2020.

De acordo com a carta publicada pelo Cebes, essa proposta está alinhada com a política atual de austeridade fiscal, que introduziu um teto para as despesas primárias, a partir de 2016, com a Emenda Constitucional (EC) 95. “Esse arrocho se torna mais grave com as recentes propostas apresentadas pelo Poder Executivo, que visam, a um só tempo, reduzir o teto dos gastos, eliminar o mínimo da saúde na União, estados e municípios e colocar a saúde e a educação numa disputa fratricida”, destaca o documento.

Para Carlos Ocké-Reis, economista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), especialista em economia da saúde, a mudança no financiamento da atenção primária faz parte de um cenário de redução do gasto público, com aumento dos preços dos bens e serviços privados de saúde ao mesmo tempo em que ocorre a piora das condições epidemiológicas da população. O economista afirmou, também durante o seminário no IMS, que os modelos de financiamento da saúde sofreram regressão ao longo do tempo, com perda de recursos em termos reais. “O ataque não é só à atenção primária, mas a todo o SUS. Pois ela é a pedra fundamental da arquitetura do sistema universal. Quando se ataca o coração, é um ataque mortal”, alertou. 

Para o Cebes, há risco de as unidades básicas se organizarem a partir da lógica das unidades de pronto atendimento



MÉDICOS PELO BRASIL: CAVALO DE TROIA?

Novo programa substitui Mais Médicos, cria agência para atuar na atenção básica e altera modelo de formação

Três dias antes da abertura da 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1º de agosto, o presidente Jair Bolsonaro assinou a Medida Provisória (MP) 890, que criou o programa Médicos pelo Brasil, em substituição ao Mais Médicos, lançado pela presidenta Dilma Rousseff em 2013. Assim como a versão anterior, a iniciativa pretende levar a assistência de médicos para locais de difícil acesso, principalmente em municípios do interior, localidades rurais e de alta vulnerabilidade. A medida cria a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), responsável tanto pela execução do novo programa quanto por outras ações na área de atenção primária. O Médicos pelo Brasil também oferece uma nova modalidade de especialização diferente do modelo de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Está prevista a oferta de 18 mil vagas para médicos com diploma brasileiro e registro no Conselho Federal de Medicina (CFM) ou formados no exterior, mas aprovados por exame de revalidação (Revalida). De acordo com o Ministério da Saúde, os profissionais que vão atuar no novo programa serão contratados pelas regras da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por meio da Adaps, depois de passarem por um curso de especialização, em que devem receber bolsa-formação de R\$ 12 mil, com gratificação de R\$ 3 mil para locais remotos e R\$ 6 mil para Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

A MP foi aprovada na Câmara a dois dias de perder validade, depois de dificuldades de negociação — de acordo com as regras, o prazo de vigência desse tipo de medida é de sessenta dias, prorrogáveis uma vez por igual período. Um dos pontos polêmicos foi uma regra excepcional, acrescentada pelo relator, deputado federal Confúcio Moura (MDB-RO), que permite a incorporação dos médicos cubanos que permaneceram no país após o rompimento do convênio com a Organização Pan-americana da Saúde (Opas), em novembro de 2018. A alteração, que não constava no texto original apresentado pelo Planalto, foi rechaçada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que lançaram plataforma na internet para estimular seus associados a entrarem em contato com parlamentares para derrubar as emendas ao projeto.

Tanto o Mais Médicos quanto o novo programa são voltados para o provimento de profissionais para atuar na atenção primária em municípios mais afastados e com índices de desenvolvimento piores, analisa Maria Inez Padula, médica de família e comunidade e professora do Departamento de

Medicina Integral, Familiar e Comunitária da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Segundo ela, ambas iniciativas também têm proposta de formação de recursos humanos, mas com diferenças importantes. “O Programa Mais Médicos faz parte de um contexto mais amplo: a Lei do Mais Médicos [lei 12.871, de 2013] é mais abrangente, pois, além da formação e do provimento propriamente dito, avança na política de vagas dos programas de residência no Brasil”, constata à *Radis*. Contudo, de acordo com Inez, a principal alteração é o surgimento da Adaps. “Aos moldes de um cavalo de Troia, ela traz a perspectiva da privatização do SUS”, ressalta.

Outra pesquisadora, Lígia Giovannella, médica e professora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), concorda com essa avaliação. “A MP [890] cria essa agência na forma de pessoa jurídica de direito privado como serviço social autônomo, sem fins lucrativos, com objetivos que transcendem o programa Médicos pelo Brasil. A participação do setor privado na prestação dos serviços de atenção primária é claramente explicitada”, afirmou, durante o “Seminário Internacional sobre Atenção Primária à Saúde: do global ao local”, entre 23 e 25 de outubro, na Fiocruz.

ANTES E DEPOIS

Instituído em 2013, pela Lei 12.871, o programa Mais Médicos se voltava para o provimento de médicos na atenção básica, com ênfase nas áreas mais desassistidas. “Nesses lugares, antes do Mais Médicos, pode-se dizer que não tinha médicos. Quando os cubanos foram embora, em novembro, alguns deles ficaram sem médico durante quatro ou cinco meses e alguns estão até hoje”, avalia Lígia.

A iniciativa se baseava em três eixos, como lembra a autora de “Políticas e Sistema de Saúde no Brasil” (Editora Fiocruz): o provimento emergencial de profissionais; a formação de novos residentes em Saúde da Família e Comunidade; e a melhoria da infraestrutura, por meio do programa Requalifica UBS. No entanto, segundo ela, essas preocupações não aparecem no Médicos pelo Brasil. O mesmo aponta Vinícius Ximenes, membro da Rede de Médicos e Médicas Populares. “O Médicos pelo Brasil praticamente se resumiu a um programa de provimento. Os aspectos de formação mais estruturante, a longo prazo, ficaram secundarizados na agenda política”, constata.



Para Vinícius, que além de médico de família e comunidade no Distrito Federal e integrante da rede, é membro do núcleo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em Brasília, a proposta anterior do Mais Médicos respondia a uma constatação do movimento pela Reforma Sanitária, desde os anos 1970, de que o problema da disponibilidade de médicos no Brasil era tanto quantitativo quanto qualitativo. “O Brasil tem uma quantidade de médicos por população menor que outros países do mundo e conta com um aparelho formador aquém das necessidades de saúde da população”, avalia à *Radis*. Além desse dado relacionado à quantidade, existe um problema na qualidade da distribuição dos profissionais, agravado pela extensão do território e desigualdades regionais. “A distribuição desses médicos no Brasil é extremamente errática e irregular e segue basicamente o mapa da riqueza do nosso país”, pontua o médico e também professor universitário.

De acordo com ele, o Mais Médicos apostava em medidas de longo prazo, como a reforma do modelo de educação médica brasileira. “Mudanças curriculares e no perfil de formação foram importantes, porque não adianta a gente querer formar mais médicos dentro de uma proposta baseada no ordenamento do modelo biomédico”, considera. Em contrapartida, o programa também focava em atender à necessidade concreta e urgente da população por médicos, por meio da estratégia de provimento provisório com os médicos cubanos. “Mais vagas no curso de medicina e nas residências é algo que se planta agora e se colhe daqui a 10 anos. Nesse intervalo, uma das saídas foi a importação de profissionais como estratégia organizadora da atenção primária até que nosso aparelho formador conseguisse dar respostas mais efetivas”, pondera.

Já o Médicos pelo Brasil, segundo Vinícius, segue o referencial histórico das entidades médicas, principalmente a AMB e o CFM. “Para as entidades médicas, há médicos suficientes no Brasil e temos um problema somente de distribuição e de garantir condições de trabalho melhores para que esses profissionais possam se fixar nas diversas regiões do país, especialmente nos locais mais longínquos”, comenta.

Em relação à contratação, ele avalia que o regime da CLT pode ser mais vantajoso que uma bolsa, como era no Mais Médicos; porém, esconde algumas armadilhas. “Temos que alertar os médicos brasileiros que estamos em pleno processo de contrarreformas em curso e uma das questões no centro do debate são as mudanças na CLT. Daqui a dois anos, quando

esses profissionais terminarem a especialização em MFC, possivelmente a CLT não será a de hoje: será mais precária, talvez muito mais aberta a processos de ‘pejotização’ [contratação de pessoa jurídica, sem garantias trabalhistas]”, explica.

PAPEL DA AGÊNCIA

Criada como “serviço social autônomo”, na forma de pessoa jurídica de direito privado, a Adaps não apenas vai contratar médicos para atuar no novo programa: segundo a MP 890, ela poderá prestar diretamente serviços de atenção primária à saúde no SUS, firmar contratos e desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão, entre outras atribuições. Para Maria Inez Padula, ela cumpre funções de um Ministério da Saúde junto com o Ministério da Educação. “Ela deve prestar serviços, desenvolve atividades de ensino, promove a educação continuada, pode contratar serviços privados, comprar tecnologia, firmar convênios e contratos, ou seja, pode praticamente tudo. E, ao fazer este tudo, desloca as atribuições do Estado e ameaça o cumprimento constitucional”, avalia. A professora da Uerj também lembra que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) não está incluído em seu Conselho Deliberativo. “Em outras palavras, a Adaps pode corresponder a uma célula cancerosa, sem controle da representação popular”, pontua.

De acordo com nota da Rede de Médicos e Médicas Populares (3/8), o modelo adotado pela agência abre caminho para a contratação direta de planos e operadoras privadas para prestação de serviços de atenção básica no SUS — com transferência direta de recursos públicos para o setor privado. “Se antes uma grande parte dos municípios brasileiros resistiram à ampliação das Organizações Sociais (OSs), agora será o próprio Ministério que poderá contratar as Operadoras de saúde para realizar atividades-fim que deveriam ser prestadas pelo poder público”, afirma. Já Lígia Giovanella destacou que a Adaps muda a relação entre os entes federados no SUS. “O governo federal vai passar a prestador de serviço de saúde em âmbito local, desconsiderando o processo de descentralização”, disse. Na votação da MP na Câmara, um destaque apresentado pelo PSOL excluía a Adaps do Médicos pelo Brasil e colocava a gestão no próprio Ministério da Saúde; mas a mudança foi rejeitada por 303 votos a 103.

Lígia lembra ainda que empresas privadas, como a Unimed, celebraram a criação da Adaps, pois seria a oportunidade de fazer “ótimas parcerias” com o SUS para a prestação de atenção primária. “Existe um grande risco de permitir a contratação de empresas privadas para a provisão e a formação em atenção primária, criando um espaço mercantilizado nesse setor que é o menos mercantil do SUS”, afirmou durante o seminário. Outro ponto que ela reforça é a composição do conselho deliberativo da agência, que conta com representações do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do setor privado. “Não aparece nenhum representante do controle social”, enfatizou.

Vinícius alerta que a contratação dos médicos pela Adaps não significou a criação de uma carreira de Estado — reivindicação histórica das entidades médicas. “Dentro da proposta apresentada, não existe carreira de Estado, nem carreira nacional, nem pública. Foi apresentada para os médicos uma espécie de ‘carreira fake’, em que você vai ser contratado por uma OS, em que por mais que possa ter bons salários, não garante condições básicas para que isso possa ser chamado de uma carreira pública”, critica. De acordo com ele, a Adaps funciona como um serviço social autônomo, “paretatal e privado”. “É como se uma entidade do Terceiro Setor fosse responsável pelas ações de provimento e contratação de profissionais para todo o Brasil”, avalia. O integrante da Rede de Médicos e Médicas Populares chama atenção para o fato de a maior parte do texto da MP 890 tratar não sobre o Médicos pelo Brasil, mas sobre o funcionamento da agência. “A Adaps é o grande cavalo de Troia do Médicos pelo Brasil. Ela pode ser um importante elo em uma nova lógica de mercantilização por dentro do setor saúde brasileiro, onde seguradoras e planos podem ter a oportunidade de prestar serviços médicos nos médios e grandes centros urbanos”, conclui.

RESIDÊNCIA X ESPECIALIZAÇÃO

Para os profissionais que ingressarem no programa, será obrigatório cursar uma especialização em Medicina de Família e Comunidade com duração de 2 anos. O curso será à distância, com supervisão de um tutor (que pode ser médico de família e comunidade ou clínico), em um total de 20 horas teóricas e 40 assistenciais por semana. Na visão de Inez, esse modelo vai no sentido de desvalorizar e mesmo desmontar os programas de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade. “O Médicos pelo Brasil em nenhum momento faz menção ou propõe alguma ação para as residências em MFC, padrão-ouro na formação de especialistas no Brasil. Ao contrário, aponta para uma especialização que pode ter outros profissionais na centralidade da tutoria, diferente do Mais Médicos que previa residência para todos os recém-formados, formando médicos de família e comunidade, como ocorre nos países com os melhores sistemas de saúde do mundo”, explica a professora.

Segundo Inez, que coordena a Residência em MFC da Uerj, o mais indicado seria manter as políticas de apoio para o preenchimento das vagas em aberto e também a criação de novos programas. “Hoje temos cerca de 5,5 mil vagas. A



EDUARDO DE OLIVEIRA

cada ano podemos ter 5,5 mil novos médicos de família e comunidade. Isso associado a outras medidas de formação e educação permanente, bem como titulação por prova de especialista, faria com que, a curto e médio prazos (cinco anos por exemplo), tivéssemos cerca de 30 mil formados pelos programas de residência e outros 10 mil por especialização”, esclarece. Segundo ela, ao atingir esse patamar, como ocorreu em outros países, a residência médica deveria ser definida como a única via de formação — tendência oposta ao que é adotado agora.

De acordo com Daniel Knupp, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), a entidade defende que a residência médica seja universal e também obrigatória para o exercício da prática — bem como todas as vagas sejam de acesso direto e pelo menos 40% delas em MFC, com as demais especialidades definidas de acordo com as necessidades do SUS e não seguindo as demandas de mercado. “A residência médica deveria ser a única via de formação de especialistas. Mas para alcançar isso, a gente precisa dar um salto no sentido de ter todos os médicos na atenção primária titulados”, apontou durante o “Seminário Internacional sobre Atenção Primária à Saúde: do global ao local”. De acordo com Daniel, diversos fatores impediram tornar realidade esse objetivo, proposto com a Lei do Mais Médicos, em 2013 — como as pressões de parte do mercado de médicos e as dificuldades para ofertar vagas suficientes a ponto de universalizar a residência.

Ele ressalta que o principal ponto do Médicos pelo Brasil é reconhecer a necessidade de políticas de provimento, para melhorar a distribuição desses profissionais pelo Brasil. “Países que têm dimensões continentais precisam de programas de provimento para desenvolver seu sistema de saúde adequadamente e prover acesso às populações em determinadas regiões e territórios”, reforça. Daniel também avalia que o novo programa estabelece critérios claros sobre a inclusão de municípios, outro ponto positivo.

Embora considere a residência médica como o ideal (“padrão-ouro”), o presidente da SBMFC afirma que o curso de especialização proposto pelo Médicos pelo Brasil é “suficiente



Carreira de Estado, uma reivindicação histórica das entidades médicas, está fora do Médicos pelo Brasil

em ampliar esses programas desde 2011, notadamente entre 2013 e 2015, depois do Mais Médicos. “Há todo um esforço de crescimento dessa especialidade no Brasil, a partir de um padrão-ouro, que são os programas de residência em MFC”, ressalta. A rede defende, segundo Vinícius, que o governo deveria manter na proposta uma medida de contrapeso que pudesse equiparar as bolsas de residência.

LEGADO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A criação do Médicos pelo Brasil faz parte de um conjunto de mudanças na atenção primária à saúde, que inclui a nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), vigente desde 2017, a proposta de um novo modelo de financiamento e a discussão sobre a carteira de serviços — documento que indica os serviços disponíveis nas unidades. Para Lígia Giovanella, essas alterações devem ser analisadas em um contexto mais amplo de restrições de direitos e de congelamento dos gastos públicos, após a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95, em 2016. “Essas medidas na atenção básica precisam ser pensadas em seus efeitos de médio e longo prazo em relação ao modelo assistencial e em termos de que SUS queremos construir”, ressalta.

Para Maria Inez Padula, as mudanças propostas na atenção primária apontam para uma abertura ainda maior em direção à privatização da saúde. “Entra em vigor a lei do mercado, onde o lucro financeiro passa a ser o foco do negócio”, afirma. Para a médica e professora da Uerj, nesse contexto, os mais pobres são e serão os mais explorados e os que terão menos facilidades de acesso ao que necessitam em saúde. Tanto Lígia quanto Inez consideram que esse conjunto de alterações pode colocar em xeque o legado brasileiro da Saúde da Família. “O modelo assistencial da atenção primária, com enfoque territorial e comunitário, demonstrou ser mais efetivo que outros modelos. A importante expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) resultou em um aumento da oferta de serviços, com efeitos positivos para a saúde da população”, pondera Lígia.

“A ESF é um caso de sucesso, uma política exitosa, genuinamente brasileira e reconhecida internacionalmente. As mudanças positivas nos indicadores de saúde não deixam mentir”, salienta Inez. De acordo com a professora, a ESF traz em sua estrutura tudo o que uma atenção primária em saúde de qualidade deve desenvolver: a essência dos cuidados voltados à saúde da pessoa, com foco na família e na comunidade; o trabalho em equipe; a intersetorialidade; a abrangência das ações desde a promoção e a educação até a assistência e a reabilitação, dentre outras características. “Se tem problemas? Naturalmente que sim. É uma política nova, com praticamente 20 anos, que reverte a lógica de um modelo centenário, de caráter hospitalocêntrico”, sublinha. Segundo Inez, esse modelo lida com todos os tipos de problemas, desde a incompreensão de seu sentido até o preconceito e a incompetência gerencial. “Mas essas dificuldades eram esperadas e estamos (ou estávamos?) no caminho da superação, estabelecendo políticas consistentes e multidimensionais. O Brasil é um dos maiores países do mundo. Uma mudança desta ordem requer ação contínua”, conclui. (LFS)

MUDANÇAS NO REVALIDA

Em um acordo para a tramitação da MP do Médicos pelo Brasil, a Câmara dos Deputados também aprovou (26/11) o Projeto de Lei 4.067/15, do Senado, que regulamenta o exame nacional para revalidação de diplomas de médicos obtidos no exterior (Revalida). A novidade é a participação de faculdades privadas de Medicina, com avaliação 4 e 5 no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). Até então, o exame era aplicado apenas por universidades públicas. O texto aprovado foi um substitutivo do relator, deputado Ricardo Barros (PP-PR), e deve voltar ao Senado. Como explica a Agência Câmara (26/11), o Revalida não é obrigatório para a revalidação de diplomas, mas facilita o processo, que pode demorar muito tempo. Se o projeto virar lei, o exame será aplicado a cada seis meses.



JUVENTUDE ENGAJADA

Quem são e o que pensam os jovens que lutam por democracia e defendem a garantia de saúde e educação

TEXTO ANA CLÁUDIA PERES | FOTOGRAFIA E ARTE EDUARDO DE OLIVEIRA



Juventude presente à 16ª Conferência Nacional de Saúde: em defesa do SUS e de pautas progressistas

De camisa jeans amarrada na cintura, mochila vermelha e adesivos da campanha de prevenção ao suicídio sobre a blusa listrada, Júlia Vilhena circula pelo campus Fundão da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), minutos antes de uma assembleia geral de estudantes. Ela tem 21 anos, está no sexto período do curso de Letras e traz um lema tatuado no ombro esquerdo: “Não existem, senhores, vergalhões capazes de trancar o ideal de um homem”. Júlia não conheceu o autor da frase, um poeta revolucionário que escreveu os versos quando esteve preso na Casa de Detenção de Niterói, durante o Estado Novo. Ele era o pai de seu pai. “Eu me inspiro muito no que me contaram sobre o meu avô a vida toda”, diz a atual diretora de comunicação do Diretório Central dos Estudantes (DCE) Mário Prata. Júlia é uma legítima representante dos jovens que nos últimos meses vêm lutando pela manutenção da educação e da saúde como direitos garantidos pela Constituição brasileira. Faz parte do “Movimento Correnteza” — neste momento, no país, há muitos outros como o “Juntos Coletivo Nacional de Juventude” e o “Rua: juventude anticapitalista”. Se não é uma militante 24 horas por dia, está bem perto disso. “Umás 23, provavelmente”, conta à *Radis*. Naquela tarde de outubro, foi a primeira a pegar o microfone para convocar os estudantes a aderirem à greve nacional pela educação pública que aconteceria dois dias depois. “Se a gente vem sofrendo ataques à democracia, é preciso responder coletivamente”, bradou. “A universidade representa um polo de resistência e é preciso lutar contra a asfixia que estamos sofrendo”.

Nas horinhas em que não está participando de reuniões e discutindo política, Júlia estuda, vai ao cinema, ouve música, lê poesia. “Foi a partir das leituras de Drummond que acabei vindo parar no movimento estudantil”. O autor de “A Rosa do Povo” provavelmente gostaria de saber. O movimento estudantil, também chamado carinhosamente de M.E. — uma das muitas siglas que fazem parte do universo daqueles que, desde cedo, despertam para a participação social e a mobilização em torno de causas coletivas — não está morto, como previam alguns. Se em 2016, os estudantes do ensino médio ocuparam as escolas por todo o país, nos últimos meses, a juventude das escolas, universidades e institutos federais foi às ruas em atos que acabaram conhecidos como “Tsunamis da Educação”. Os protestos eram contra os cortes no orçamento e em defesa de uma educação de qualidade (veja entrevista na pág. 32).

Para Júlia, a pauta fundamental dos jovens hoje é a defesa da educação. “Mas na prática a gente sabe que os ataques que vêm sendo feitos à educação estão atrelados a uma série de outras investidas contra a população”, diz. “Principalmente contra os mais pobres que têm mais dificuldade de acesso ao ensino superior, a um emprego digno ou a um certo nível de estabilidade”. Foi em nome dessas causas que a estudante de Letras integrou a onda de manifestações, nos dias 15 e 30 de maio e depois em 13 de agosto, e também aderiu à paralisação em 2 e 3 de outubro. “Ocupamos as ruas para defender a construção de uma sociedade mais digna”, ela acrescenta. “O fato de minha universidade hoje estar sobrevivendo com menos de 40% de sua verba de custeio dialoga diretamente com a política genocida de segurança do governo do Rio, por exemplo, e com todos esses desmontes que estão sendo feitos em diversos setores sociais”.

Júlia Vilhena, estudante de Letras, durante assembleia geral de estudantes na UFRJ: política e poesia



LEIA NA MINHA CAMISA...

Não existe um motivo único. No início deste ano, cerca de cinco mil estudantes reunidos durante a 11ª Bial da União Nacional dos Estudantes (UNE) aprovaram uma carta unificada com as diretrizes de lutas para os novos tempos. “A tarefa da nossa geração é ampliar o diálogo, amparar as divergências e fortalecer a organização em torno da defesa de nossa soberania, os direitos sociais e a democracia”, diz o texto, assinado de forma conjunta pela UNE, União Brasileira de Estudantes Secundaristas (Ubes) e Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG). Em 11 pontos, o documento consagra a unidade dos movimentos progressistas, defende a educação pública, a liberdade de pensamento e a autonomia universitária, mas também convoca os estudantes a se manifestar contra as reformas da Previdência e trabalhista, além do restabelecimento das garantias constitucionais e democráticas, a defesa dos direitos sociais e da soberania nacional e a luta contra prisões políticas.

Durante a assembleia geral de estudantes que *Radis* acompanhou nas escadarias do Centro de Ciências da Saúde

(CCS) da UFRJ, no início de outubro, os discursos lembravam o corte de 2.700 bolsas anunciado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (Capes) e a falta de recursos para manter os laboratórios funcionando — desde o início do ano universidades e institutos federais perderam R\$ 5,84 bilhões em verbas. Mas iam além convergindo para a defesa de uma sociedade mais justa. “Não nos colocamos do lado mais fácil da história. Mas do lado mais correto. Somos a favor de um projeto que preze pela equidade e por nossa condição de existência plena”, disse, por fim, Glenda Amorim, estudante de Medicina. Nos adesivos e camisetas, era possível ler frases em defesa das cotas raciais, contra a violência de gênero, a favor do meio ambiente. A camiseta com o slogan “Educação não é mercadoria” refletia de modo direto o panfleto distribuído e passado de mão em mão que criticava o Future-se — projeto apresentado em julho pelo Ministério da Educação (MEC), que prevê a ampliação do financiamento privado no ensino superior.





Nathalie Pontes considera que ameaças ao processo democrático também são uma questão de saúde pública

“QUEM DISSE QUE SUMIU?”

Um bom termômetro para conferir a quantas anda a veia militante da juventude brasileira foi a 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que aconteceu entre 4 e 7 de agosto, em Brasília. Entre as cinco mil pessoas que reafirmaram o seu compromisso com o Sistema Único de Saúde, vale destacar um bom número de jovens participantes que esteve envolvido nas atividades do evento como delegados, convidados ou observadores. Pelos corredores do Pavilhão de Exposições do Parque da Cidade, era possível encontrar estudantes organizando atos políticos, confeccionando cartazes, articulando-se em pequenos grupos, planejando a próxima palavra de ordem.

“Quem disse / quem disse / quem disse que sumiu? / Aqui está presente o Movimento Estudantil”. O coro que ecoava pelos corredores levava a um grupo de pelo menos 20 jovens que acabavam de discutir estratégias de enfrentamento a temas controversos. A carioca Nathalie Pontes, de 26 anos, convocava os participantes da conferência para uma defesa de pautas importantes relacionadas à saúde, educação e segurança do jovem brasileiro, que seriam levadas à votação ao final do evento. “Historicamente, em nosso país, a juventude traz consigo uma potência muito grande no que diz respeito à resistência e a importância de estar na rua e levantar demandas que o governo infelizmente não tem valorizado”, disse à *Radis* a jovem, que participou da CNS como convidada, representando a graduação em saúde coletiva.

Graduada por uma universidade pública, a UFRJ, ela tem apreço pelo que o movimento estudantil conquistou ao longo das décadas. Nathalie conta que estudou a vida inteira em colégio público e que sua família sempre foi beneficiária de programas sociais. “Eu mesma fiz parte de um programa de erradicação do trabalho infantil, entrei na universidade por cotas e recebi uma bolsa de auxílio moradia para poder estudar no Rio”. É por isso que, quando fala em demandas, a jovem sanitarista faz questão de listar outras lutas sociais que preocupam os coletivos de juventude hoje. Para Nathalie, as ameaças ao processo democrático também são uma questão de saúde pública. “Atualmente, a gente tem que estar atenta a um contexto de ameaças que vem amedrontando a população”, destaca. “Nós combatemos em diversas frentes: contra a privatização, a precarização das universidades públicas e do nosso Sistema Único de Saúde, contra o genocídio das populações negra e indígena do país e contra a opressão e o fascismo que estão à espreita hoje”.

A Conferência Nacional de Saúde não foi o primeiro grande evento de participação social com que Nathalie se envolveu. Entre outras atividades, a jovem integrou a comissão organizadora da 1ª Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde (CNLJS), que aconteceu na Universidade de Brasília (UnB) ainda em novembro de 2018. Planejada por várias executivas de jovens representantes de diversos movimentos sociais, a CNLJS contou com a participação de aproximadamente

Huryel, Vitória, Amanda e Júlia, estudantes de Terapia Ocupacional: "pontos de esperança"



500 pessoas e funcionou como evento preparatório para 16ª. Entre uma roda de conversa e uma reunião de executiva, um grupo de trabalho e uma plenária — termos com os quais esses jovens estão inteiramente familiarizados —, acabaram por construir um conjunto de propostas apresentadas durante a CNS com a intenção de nortear as ações do Ministério da Saúde para a juventude pelos próximos anos.

Entre as propostas, temas de gente grande como: criar uma estrutura formal dentro do CNS que represente a juventude brasileira para dar continuidade ao debate de

pautas específicas e ao acompanhamento das propostas que emergiram da 1ª CNLJS; articular a união de setores da saúde, educação e segurança em resistência à modalidade de ensino Educação à Distância (EaD), tendo a juventude como protagonista do processo; aumentar o número de cadeiras dentro do Conselho Nacional de Saúde para representações da juventude; sempre pautar a importância de se reconhecer enquanto parte da juventude e agente transformador da sociedade, buscando novas estratégias de comunicação para mobilização e inserção nos diversos espaços.

VIDA DE MILITANTE

Carlos Túlio Lima chegou a Brasília para a Conferência Nacional de Saúde bem antes do evento. É que ele também participou de um encontro de enfermagem que aconteceu no Distrito Federal, duas semanas antes. Durante todo o período, ficou alojado na sede da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben). O estudante já está acostumado com a vida de militante. Aos 20 anos, é o coordenador geral do Centro Acadêmico de Enfermagem Maria Romana Fredlander na Universidade Federal do Tocantins (UFT) e membro da Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem. Da 16ª, ele participou como delegado representante dos usuários.

“Estar aqui e ter direito a voz e voto, lançar e defender propostas, traz uma responsabilidade imensa”. Grande entusiasta da Reforma Sanitária, Carlos Túlio sabia na ponta da língua tudo sobre a icônica 8ª — a Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 1986 e levou à criação do SUS, no

contexto da redemocratização do país. Quando conversou com a *Radis*, ele fez questão de lembrar as palavras-chaves do sanitarista Sergio Arouca: “Democracia é saúde”. “Se naquela época o debate era sobre abertura política e criação do SUS, agora a gente vive um contexto de diminuição de direitos em que o próprio SUS está sob ameaça”, diz. “Quando eu penso que a décima sexta conferência é um resgate histórico da 8ª, tudo fica ainda mais impactante”.

Para o estudante, resta o alento de poder contribuir com o diálogo. Filho mais velho e o único homem de uma família de três irmãs, ele acredita que tem introduzido na família o gosto pela participação social. Sua mãe é professora da rede básica de ensino e o pai, servidor estadual, vigilante, em Barra do Ouro, pequena cidade de apenas 4 mil habitantes no interior do Tocantins. “Consegui fazer com que eles entendessem a importância de lutar pelo SUS, por exemplo, e a necessidade



Carlos Túlio: inspiração em Sergio Arouca para defender a democracia

de preservar as nossas estruturas democráticas”. Carlos Túlio garante que sai da conferência um pouquinho mais confiante. “Nesses eventos, dá um desespero coletivo, todo mundo fica angustiado. Mas também é onde a gente consegue ver ‘mais de nós’, ‘mais’ de pessoas que defendem a mesma luta. Isso dá um pouco de esperança”.

Vitória Barbosa, 19, Amanda Beatriz, 20, Huryel Tércio, 20, e Júlia Morais, 20, pensam parecido com Carlos Túlio. O grupo — que também esteve presente à 16ª e integra a Executiva Nacional de Estudantes de Terapia Ocupacional (Exneto) — equilibra a esperança. “Eu me sinto assustado com tudo o que vem acontecendo. Mas diria que tenho um ponto de esperança”, arrisca Huryel, orgulhoso por ter ido às ruas durante a onda de protestos este ano. “Participar de uma conferência, ir a um encontro de estudantes, tomar as ruas, tudo isso é gratificante. A gente pode ver que não está só. E se você parar para pensar, não teria manifestação se as pessoas não tivessem esperança”.

Os quatro amigos se conheceram na militância. Júlia viajou 524 quilômetros de Uberaba até Brasília. Foi sozinha e não em comitiva. Ficou hospedada na casa do amigo Huryel, com quem compartilha toda uma visão de mundo. “Acho que o movimento estudantil mudou a minha vida, totalmente”, diz. “Poder conhecer pessoas do Oiapoque ao Chuí, ver realidades tão diferentes, trocar ideias com nossos pares, apesar das diferenças, é algo extraordinário”. Para Júlia, a bandeira do SUS é inegociável. Mas a jovem não arde a pé de nenhuma luta. Em junho, tentou garantir que o

primeiro colocado nas eleições para reitor da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT), onde estuda, fosse respeitado. Antes disso, ocupou a universidade por outra boa causa: “A minha faculdade parecia um manicômio. Era branca, cheia de grades. Durante uma ocupação, pintamos tudo com frases extraídas da literatura e cada porta do lugar ganhou o nome de referências importantes para nós”.

Enrolada na bandeira branca da Exneto, Amanda diz que a necessidade de defender as políticas públicas de saúde surgiu quando entrou na universidade. “Como estudante, profissional ou usuário, todos seremos afetados pelos destinos do SUS”, afirma. Já Vitória acha que herdou da mãe, uma professora, o gosto pela militância. “Cresci vendo minha mãe discutir democracia junto aos educadores e brigar pelos direitos dos trabalhadores”, diz. “Ela me ensinou desde cedo que temos direitos e que é importante sentir que eles nos pertencem”.

Naquele dia, estava vestida com uma camiseta vermelha, estampada com uma frase de Che Guevara, que pegou emprestada da mãe. “Como juventude, é essencial entender que os cortes na educação interferem totalmente na saúde pública”, insiste a estudante de Terapia Ocupacional, acrescentando que a mãe-militante é também superprotetora. “Então, ela tá meio surtando preocupada com minha militância política nesse momento tão delicado da história do Brasil. Mas no fundo tenho certeza de que está orgulhosa. Foi ela quem plantou essa semente que agora está florescendo”.

ENTREVISTA | PEDRO GORKI

“Existe uma geração disposta a lutar”

Ele tinha 12 anos quando iniciou uma campanha para criação do grêmio no colégio. Em 2015, já estava coordenando as ocupações nas escolas de Natal, no Rio Grande do Norte, onde morava com os pais. Ficou onze dias na sede da Secretaria Estadual de Educação e só deixou o local depois de uma reunião com o governador e sua equipe de secretários, de onde saiu com uma carta das ocupações, a reforma das escolas garantida e a anistia para os estudantes que haviam sido criminalizados. Pedro Gorki começava a se tornar um quadro do movimento estudantil. Dois anos depois, em dezembro de 2017, aos 16 anos, seria eleito presidente da União Brasileira dos Estudantes Secundaristas (Ubes).

Para seguir na luta cotidiana em defesa da educação em todo o Brasil, precisou se mudar para São Paulo, onde fica a sede da Ubes. É na maior cidade da América do Sul que Pedro vive agora, em uma casa compartilhada com outros diretores de entidades estudantis. A militância lhe consome “25 horas por dia, oito dias por semana”, palavras dele. O jovem, cujo sobrenome é uma homenagem ao poeta revolucionário russo Máximo Gorki, só sente falta da praia. Vez em quando também escreve poemas e consegue tempo para torcer pelo América de Natal, seu time do coração. Também organizou a agenda para conversar com *Radis*.

Por telefone, em um final de tarde de outubro, afirmou que luta pelo futuro e que o movimento estudantil no Brasil nunca esteve desacordado. Ao contrário. Talvez o mais correto seja dizer como no verso da canção “Latinoamérica”, um hino de resistência da banda porto-riquenha Calle 13, que o presidente da Ubes escolheu para seu perfil nas redes sociais: “Aqui se respira lucha”.

Pelo que luta a juventude brasileira? Quais as grandes bandeiras dos estudantes hoje?

Se fosse definir em uma palavra, diria que a juventude brasileira hoje luta essencialmente por futuro. Por um futuro democrático, com educação de qualidade, com direito ao trabalho digno. Por um futuro com aposentadoria, por direitos sociais estabelecidos na Constituição. Por um futuro com vida, sem genocídio da nossa juventude. Por um futuro de esperança. E a nossa luta é justamente a expressão da nossa revolta e da nossa indignação com o descaso — não somente do governo mas de todos os setores mais conservadores da sociedade brasileira. Então, nossa indignação é a expressão da nossa revolta contra a política genocida de segurança pública, implementada no Rio de Janeiro, mas também em todo o Brasil, que levou à morte da jovem Ágatha Félix, de apenas 8 anos [estudante baleada, no Complexo do Alemão, quando voltava para casa depois de um passeio com a mãe, em setembro deste ano], que matou o Marcos Vinicius, de 14 anos [estudante morto durante operação policial no Complexo da Maré em junho de 2018]. A nossa luta é a expressão da revolta da juventude contra a reforma trabalhista e a reforma da Previdência, que precariza as relações de trabalho, ataca a CLT e acaba com a nossa perspectiva de se aposentar e de envelhecer com dignidade. A nossa luta é a expressão da nossa revolta contra os cortes da educação. A nossa luta é a expressão da revolta da juventude contra o desmonte do Brasil e dos nossos sonhos. Eu acho que é isso que nos motiva.

O que significa fazer movimento estudantil no atual cenário político brasileiro? O que há de novo?

Eu acho que os ataques mais fortes do atual governo ao povo brasileiro foram dois: o ataque à educação — isto é, ao estudo — e o ataque à esperança do povo brasileiro. Ser do movimento estudantil é se armar com aquilo que o governo não quer que a gente tenha, que é justamente se armar com o estudo, com a educação e com a esperança na luta da juventude. Ser do movimento estudantil hoje é ser justamente o pesadelo cotidiano deste governo, que já recuou em várias pautas educacionais, mas que elenca a educação e o movimento estudantil como seus inimigos. Ser militante desse movimento nos dias de hoje significa ser quase um missionário da esperança do povo brasileiro. O que me deixou muito alegre nas grandes manifestações protagonizadas pelos estudantes este ano é que elas mostraram que o movimento estudantil nunca morreu ou esteve desacordado, mas sempre esteve muito ativo, especialmente no momento que mais precisamos, como foi agora na luta contra os cortes na educação. Lá estava o movimento estudantil. O que me deixou mais alegre naquelas marchas foi ver vários militantes de outras épocas, ou até gente que nunca fez parte do movimento estudantil, senhores e senhoras de idade, nossos pais e mães e avós, olharem para aquele movimento e ver que ali existe a esperança. E que pode até estar difícil, mas existe uma geração disposta a lutar e seguir com o sonho da construção de um país com uma educação pública, gratuita, universal, de qualidade, libertadora.

Certa vez você declarou em entrevista: “Se a juventude não ocupar a política, as oligarquias ocupam”. Acha que houve avanços ou recuos nesse sentido?


Olha, a gente avançou bastante na questão da inclusão dos jovens, dos negros e negras e das mulheres na política, embora ainda seja muito insuficiente para o que deve ser o espelho do nosso povo. O Congresso Nacional e os poderes Executivo e Legislativo devem ser um reflexo do que se tem na base da sociedade. Mas quando a gente vê que as mulheres são mais de 50% da população brasileira e menos de 20% do Congresso Nacional, e que os empresários são 1% da população brasileira e 50% do Congresso, a gente percebe que a desigualdade ainda é muito grande. Então, eu diria que a gente caminhou um pouco com muitas candidaturas jovens e de mulheres que foram eleitas. Mas ainda é muito insuficiente.

O que esse espelho reflete?

Isso é reflexo obviamente de uma política destruidora até da perspectiva da juventude. Então, se a juventude hoje não tem perspectiva nem de terminar seu curso na faculdade, nem mesmo de entrar na universidade, imagine de se candidatar e ser eleita. A gente tem que dar passos muito mais largos. Mas eu acho que isso só vai ser mudado com a participação política em nosso país. E com a participação política desses jovens que são mais afetados pela crise que a gente passa hoje. Essa é a única forma de a gente derrotar uma lógica cruel de muitos políticos que têm muita boca mas pouco ouvido para o que anseia a juventude. Claro que não se trata apenas de a juventude ter boa vontade. Trata-se também de uma luta por um processo de radicalização da democracia no Brasil, de condições mais iguais para as candidaturas e,

especialmente, de ouvir mais o que diz a juventude brasileira. A gente não é apenas o futuro do nosso país, é também o presente, e no presente a gente quer ser escutado, quer ter voz, que ter representação e quer ocupar o poder e a política.

Você participou ativamente do movimento de ocupação das escolas ocorrido entre 2015 e 2016. O que ficou daquele momento em sua vida particular e que consequências trouxe para o movimento estudantil?

Comecei no movimento estudantil na verdade em 2012, quando eu estudava em um colégio católico e a nossa luta era para que nossa escola tivesse grêmio estudantil. Depois das manifestações de 2013, nós continuamos na luta pelo passe livre e contra o aumento das passagens. Mas, sem dúvida nenhuma, meu momento de maior maturação política foi aquele das ocupações. Ali eu já atuava como um dirigente da Ubes. E o recado que ficou, tanto para minha vida em particular como para a sociedade, foi que a gente mostrou na prática que temos condições de construir uma escola do jeito que a gente quer. As ocupações não invadiram as escolas, elas tomaram as escolas para o debate público, para oficinas, para a construção de uma educação mais democrática. Tomaram as escolas para utilizar aquele espaço não somente para “mais do mesmo” ou para aprender o bê-a-bá. Tomaram as escolas para que aquela escola tomasse partido em defesa do Brasil. Acho que aquele é, sem dúvida nenhuma, um dos momentos mais marcantes da história do movimento estudantil secundarista brasileiro e tem que ser sempre, cada vez mais, reverenciado. As ocupações mostraram que a gente tem como ser vitorioso. Mas sobretudo que a nossa vitória não será por acaso. Ela virá da nossa organização, garra, resiliência, perseverança. Ela virá da nossa esperança. 



#PrecisamosFalarSobreIsso

Em cartaz nos cinemas desde o fim de setembro, o documentário “Carta para além dos muros”, do diretor André Canto, apresenta a trajetória histórica do vírus HIV e da aids no imaginário brasileiro, por meio de entrevistas com médicos, pessoas que vivem com o vírus, ministros, personalidades e representantes de movimentos sociais, como Drauzio Varella, José Serra, Marina Person e Lucinha Araújo, mãe de Cazuzu. Os depoimentos propõem uma reflexão sobre a evolução dos tratamentos e os desafios e estigmas ainda enfrentados por pessoas que vivem com HIV no país.



O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Obra em que professora e pesquisadora Ligia Maria Vieira-da-Silva examina a trajetória histórica da área de Saúde Coletiva no Brasil, “O campo da saúde coletiva” recebe sua primeira reimpressão revista, em coedição da Editora Fiocruz e da EDUFBA. O livro amplia debates acerca das interfaces entre produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde, ativismo e construção de políticas públicas ao longo da segunda metade do século 20 no país. Ainda há artigos dos professores Jairnilson Silva Paim, Sandra Garrido de Barros, Jamacy Costa Souza e Gerluce Alves Pontes da Silva.

SAÚDE NA ESCOLA

Em um momento desafiador e crucial da história da educação no Brasil, “Saúde na Escola: intersectorialidade e promoção da saúde” (Editora Fiocruz), do médico pediatra Carlos dos Santos Silva, pesquisador da Fiocruz que esteve à frente do Programa Saúde na Escola (PSE) no Rio de Janeiro, verifica as propostas mais inovadoras de reaproximação dos setores Educação e Saúde em processos participativos compartilhados de saberes. Com base em estudos de revisão de literatura e documentos sobre saúde na escola em diversos tempos, o autor aborda os principais conceitos, referenciais teóricos e as práticas da Saúde e da Educação, suas estruturas organizativas de gestão e instâncias participativas. Também descreve o desenvolvimento do programa no município do Rio de Janeiro.

CUIDADO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOENÇAS RARAS

Nas últimas décadas, o Brasil viveu experiências e esforços na inserção e na adaptação de pessoas com deficiência e doenças raras aos sistemas de saúde e de gestão. Em “Pessoas com deficiência e doenças raras o cuidado na atenção primária” (Editora Fiocruz), organizado pela médica pediatra Daniela Koeller Rodrigues Vieira, pesquisadora do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), são discutidas a ampliação do acesso e outras ferramentas de abordagem do cuidado, além de experiências existentes a pessoas com deficiência e doenças raras na atenção primária.

14º CONGRESSO DA REDE UNIDA

O evento organizado pela Associação Brasileira Rede Unida reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com parceria entre universidades, serviços e organizações comunitárias. O tema desta edição é “Saúde é vida em resistência: traçando caminhos com o SUS”.

Data 22 a 25 de julho de 2020

Local Campus da Universidade Federal Fluminense, em Niterói (RJ)

Info <http://congresso.redeunida.org.br/>

MULHERES NEGRAS E PARTICIPAÇÃO

MÔNICA OLIVEIRA*

No que tange ao debate sobre a democracia, é necessário reconhecer que há inúmeras lacunas no modelo brasileiro, e que estas afetam diferentemente homens e mulheres, brancos(as) e negros(as); isso sem citar outras dinâmicas de discriminação que se impõem a diversos segmentos que compõem a sociedade (juventudes, LGBTI+, pobres, etc).

O Brasil viveu menos de ¼ de sua história fora da escravidão. A herança das relações estabelecidas no modelo escravocrata está no imaginário da sociedade brasileira. O Estado brasileiro se constituiu sobre bases racistas e patriarcais. O lugar das mulheres, e das negras, em especial, nunca foi a vida pública. Se a população negra e as mulheres, assim como as trans, sequer têm seus direitos mais básicos garantidos, como podemos falar em democracia? Queremos uma democracia que não se resume ao voto a cada dois anos. Queremos uma democracia que não seja apenas o direito de falar, mas também o direito de ser escutado e de construir conjuntamente os rumos do país.

Uma pesquisa feita pelo Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc), sobre as eleições de 2016, mostra que apenas 14,2% das candidaturas em todo Brasil eram de mulheres e que, dessa parcela, se elegeram apenas 0,3%, o que representa 638 prefeitas. Foram eleitas, ainda, 4,66% do total como vereadoras, chegando a 7.818. Das mulheres prefeitas no Brasil, nenhuma é negra (parda ou preta), e das 7.818 vereadoras, apenas 32 são negras nas capitais do país. Entre elas algumas com ampla votação, como foi o caso de Aurea Carolina (atualmente deputada federal), em Belo Horizonte, mas elas ainda representam exceções à regra perversa do racismo. Ao todo, nove capitais não elegeram nenhuma mulher preta ou parda como vereadora.

Nas eleições de 2018, o número de mulheres eleitas aumentou 52,5% em relação a 2014 (eleições estaduais e nacionais). Foram eleitas 290 mulheres. Para a Câmara Federal, foram 77, sendo 13 delas negras e uma indígena. É a primeira vez que o Congresso Nacional tem uma parlamentar indígena. No sentido geral, foi um aumento de 51% em relação a 2014. No Senado Federal, temos sete mulheres, senadoras, o que significa 13% do total de parlamentares. Nenhuma delas é negra. Temos no Brasil apenas uma governadora, que é Fátima Bezerra, do Rio Grande do Norte.

Nós, mulheres negras, temos enfrentado sistematicamente o desafio de confrontar e desconstruir os lugares e papéis de subalternidade a nós destinados pelo racismo e pelo sexismo. Ainda que façamos parte do conjunto de grupos historicamente discriminados na sociedade, não nos interessa permanecer nesses lugares, assim como não nos interessa ocupar

“determinados lugares” que nos são oferecidos por diferentes credos políticos.

Desde Antonieta de Barros, que foi a primeira mulher negra a ser eleita para uma Assembleia Legislativa no Brasil (em 1934, em Santa Catarina), até hoje, as mulheres negras têm empreendido uma luta sem tréguas por seus direitos. Ainda que seja forçoso reconhecer que estes direitos estão sendo ameaçados e sofrendo reais retrocessos, e que, entre as mulheres, as negras são as mais prejudicadas, é inegável que a agenda de luta contra o racismo, assim como a luta das mulheres, não serão facilmente retiradas “da pauta”. Entretanto, temos avançado pouco ou quase nada no que diz respeito à representação política no âmbito do Legislativo e do Executivo.

As mulheres negras têm menor acesso a recursos partidários e enfrentam maiores dificuldades do que as brancas para se elegerem. Somam-se a isto os efeitos da divisão sexual do trabalho, que em muito explicam a sua baixa participação política. O acúmulo das tarefas domésticas, somadas ao trabalho remunerado, ao investimento nos estudos e às tarefas da militância, tornam praticamente impossível para as mulheres se dedicarem à política partidária, que é hoje o único canal para se chegar ao legislativo.

No caso das mulheres negras, a esse conjunto de fatores é acrescido o arcabouço racista das relações dentro dos partidos. Infelizmente, a prática racista e sexista não é um privilégio do campo conservador — o que inviabiliza sua afirmação como candidatas “viáveis” para os processos eleitorais. O movimento de mulheres negras não é considerado uma força política com representatividade suficiente nas disputas que são estabelecidas.

Para superar essa realidade, é preciso que os partidos abram espaço para fazer esse debate de maneira programática e também invistam em formar mulheres e mulheres negras, em particular, para disputarem os espaços de poder e decisão no legislativo e no executivo. Frequentemente somos citadas nos discursos de políticos como grupo a ser agradado e controlado a fim de se garantir uma base eleitoral para as próximas eleições. Em outras ocasiões, somos vistas como indefesas que precisam ser cuidadas pelo “político-salvador” — e raramente como pessoas que encontram formas de resistência em meio à marginalização, sujeitas de nossas próprias histórias.

Justamente por isso precisamos dar visibilidade aos nossos avanços. As mulheres em geral e as mulheres negras tiveram um bom desempenho nas últimas eleições. Quem pensou que podia calar as Marielles do Brasil, está muito enganado. Estamos juntas para ocupar nosso lugar na arena da política. Queremos viver, não apenas sobreviver!



■ Comunicadora e educadora, assessora parlamentar das Juntas Codeputadas e ativista da Rede de Mulheres Negras de Pernambuco

NOSSO
RADIS **LADO**
É O SUS

RADIS

www.radis.ensp.fiocruz.br

facebook.com/RadisComunicacaoSaude flickr.com/RadisComunicacaoSaude
instagram.com/radisfiocruz