



ENSP



FIOCRUZ

EMERGÊNCIA INTERNACIONAL

Como o SUS se prepara para enfrentar epidemias como a do novo coronavírus



#EU NÃO SOU DESPESA

VANESSA CAMPOS

Secretária Nacional de Informação e Comunicação da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL)
Vive com HIV/AIDS há 30 anos



#EU NÃO SOU DESPESA

KAKO ARANCIBIA

Ator, Performer e Designer Gráfico
Artivista em prol do HIV/AIDS
Membro da RNP+MG
Vive com HIV/AIDS há 12 anos



#EU NÃO SOU DESPESA

MARCELO SEILER

Aider do Ivoir - Positivo, Maxwell
Membro da RNP+SP
Vive com HIV/AIDS há 6 anos



#EU NÃO SOU DESPESA

ALINE ALENCAR

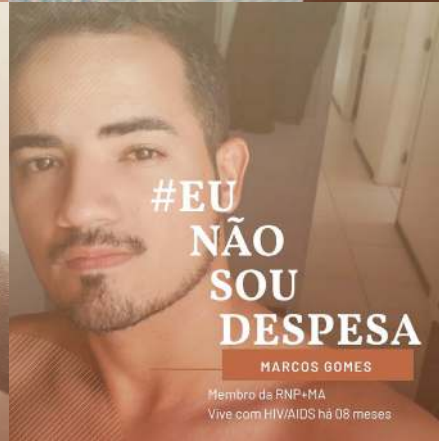
Médica da FMT
Pesquisas clínicas IRCCOB
Médica do Imrep e Prep SUS
Apiladora da RNP+BRASIL



#EU NÃO SOU DESPESA

LOURDES COTIENSCHI

Funcionária Pública
Membro da RNP+PR e do MNCP
Membro/fundadora do Grupo de Apoio Vida e Atitude
Vive com HIV/AIDS há 20 anos



#EU NÃO SOU DESPESA

MARCOS GOMES

Membro da RNP+MA
Vive com HIV/AIDS há 08 meses

#EUNÃO SOU DESPESA — A campanha #EuNãoSouDespesa, do Conselho Nacional de Saúde, reúne depoimentos de cidadãos que se posicionaram nas redes sociais contra falas que criticaram o custo do tratamento oferecido pelo SUS às pessoas que vivem com HIV. Integrante da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e aids, Vanessa Campos foi uma das que usou a hashtag: “A saúde das pessoas que vivem com HIV/Aids é um direito garantido pela Constituição”.

RADIS

edição 210 ■ março 2020

CAPA: JCOMP/FREEPIK.COM

EDITORIAL

3 Todos precisam fazer sua parte

4 VOZ DO LEITOR

5 SÚMULA

PUBLICAÇÃO

10 Câncer: 625 mil novos casos por ano

MARATONA TECNOLÓGICA

12 Tecnologia a serviço da Saúde

CAPA | EPIDEMIA

14 Alerta global

18 Os termos de uma emergência

19 Que vírus é esse?

21 Diagnóstico em rede

CONGREPICS

22 Saúde em várias dimensões

27 Entrevista | Nelson Filice de Barros “Temos que aprender com outros modelos de cuidado”

SANITARISTAS

30 Memória preservada

34 SERVIÇO

PÓS-TUDO

35 Por uma pedagogia das reticências...

Todos precisam fazer sua parte

As últimas duas décadas registraram grandes transformações que têm impactado a saúde pública no mundo, com reflexos no cotidiano das pessoas e na economia mundial. A poliomielite foi erradicada e doenças imunopreveníveis tiveram redução na sua ocorrência em muitos países. Entretanto, agravos tidos como erradicados, como o sarampo, e antigas epidemias, como cólera e febre amarela, voltaram a aparecer; ao mesmo tempo, novas ameaças como vírus do ebola, a hantavirose, a síndrome respiratória aguda grave (Sars) e a influenza afetam grandes contingentes populacionais. Essas epidemias estão relacionadas ao modelo de desenvolvimento econômico hegemônico no mundo, que se intensifica com o vigoroso processo de urbanização, a degradação ambiental, o incremento do fluxo de pessoas e mercadorias e o comércio entre os países.

Já neste século, o mundo acompanhou seis emergências em saúde pública de importância internacional, decretadas pela OMS. Em todas aconteceram muitas mortes. Neste contexto, é importante mobilizar esforços internacionais capazes de articular redes assistenciais, que deem proteção aos países menos desenvolvidos e mais vulneráveis — não só pela pobreza como pela degradação ambiental —, e permitam que os sistemas de saúde se estruturam para prevenir, controlar e conter os agravos e os danos à saúde pública. Tal medida evita desassistência às populações e permite o contínuo acompanhamento de agentes e doenças, avaliação, transparência e compartilhamento de resultados e organização dos sistemas de saúde em todos os níveis.

O SUS e os demais sistemas de saúde do mundo necessitam estar preparados para atuar não só com práticas já estabelecidas, como buscar novos conhecimentos. Nos casos de surtos e epidemias, é preciso constante interlocução com a população, informando não só sobre a importância da prevenção, mas também orientando sobre como prevenir — a exemplo da vacinação e da prática de cuidados simples, como a lavagem constante das mãos.

As emergências em saúde pública exigem, de todas as instituições, a capacidade de preparação e de resposta. A vulnerabilidade social, econômica e ambiental amplia o risco de impacto à saúde humana, enquanto a prevenção reduz os seus impactos. A coordenação entre as esferas de gestão e serviços do SUS é essencial para uma resposta eficaz. Em tempos de desqualificação dos serviços públicos, a reportagem de capa da *Radis* mostra que são eles, a exemplo da Fiocruz, que estão à frente da resposta a mais uma possível epidemia, assim como ocorreu com ebola, Sars, H1N1 e agora com o novo coronavírus.

Também neste número, *Radis* resgata o perfil de David Capistrano Filho. Reconhecido como ativista, revolucionário, controverso e militante político comprometido com as grandes causas do povo, o médico e sanitarista foi o grande homenageado do 2º Fórum Fiocruz de Memória, 20 anos após sua morte. Um pedaço da intensa vida de David, como pai, marido, amigo e defensor ferrenho das políticas públicas, da democracia e da vida em comunidade, foi lembrado pelo discurso emocionado de sua filha e de companheiros que partilharam a sua convivência. *Radis* divide com seus leitores um pouco da história de um homem especial, com práticas sanitárias humanistas, voltadas para o outro, como apresentado pelo mediador da mesa, Rogerio Lannes.

O 2º CongrePICS, que aconteceu na cidade de Lagarto (SE), discutiu a importância e o crescimento de práticas e saberes milenares incorporadas ao SUS, e que são essenciais no momento de crise comunitária em que vivemos, nas palavras da filósofa Madel Luz. Vinte e nove terapias e atividades já são reconhecidas, relacionadas ao cuidado de indivíduos e reforçam o entendimento de que todas as dimensões da saúde devem envolver o bio-sócio-psico-espiritual.

Assusta a estimativa do aparecimento do câncer para os próximos três anos, publicada pelo Inca. A boa notícia é que se pode diminuir alguns riscos, alterando o estilo de vida. Excluir a fast-food, farta em gorduras e açúcares e pobre em nutrientes, eliminar o fumo, diminuir o consumo de bebidas alcóolicas e evitar o sedentarismo são medidas eficazes recomendadas por pesquisadores. Saltar dois pontos antes, dispensar o elevador para subir dois lances de escada ou deixar o carro na garagem para caminhar são medidas úteis para combater o sedentarismo e diminuir os riscos de desenvolver os tipos de câncer que têm na obesidade seu principal fator.

Observar alterações no próprio corpo, com procura imediata de atendimento médico, também são medidas recomendadas pela médica Liz Almeida para detecção precoce de novos casos. Também é fundamental que o sistema de saúde tenha na atenção básica uma porta de entrada eficiente, com profissionais capacitados para identificar, intervir e orientar corretamente nos possíveis casos de câncer, além de oferecer a assistência necessária para o rápido início e completo tratamento. No processo de prevenção dos índices de incidência e morte por câncer, é de fundamental importância a junção do poder público, dos profissionais da saúde e cada um, individualmente. E todos fazendo sua parte.

■ 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



RACISMO E LUTA

Feliz ao ler a entrevista Thula de Oliveira Pires (foto acima) “A saída para o negro é a luta” (*Radis* 179), porque concordo com o seu pensamento e análise em relação ao racismo, quando ela fomenta a necessidade de luta. Parabéns, professora, pela pessoa humilde e humana que é, pelo exemplo que dá, e pelo testemunho para que nós negros continuemos firmes, esperançosos e principalmente ativos na caminhada.

Robélia Silva, Andaraí, BA

É sempre muito abrangente afirmar “a saída para o negro é a luta”. Sim, precisamos de terras, mas as terras permitiram a sobreposição do homem ao homem e tivemos um processo de humilhação, crueldade e passividade.

Rodolfo Abreu, Rio de Janeiro, RJ

Que entrevista encorajadora!

Ruberval Silva, Rio de Janeiro, RJ

Belo depoimento! Com muita clareza, objetividade consciente desta PHD negra. Agir para mudar!

Iracu de Souza Ferreira, Porto Alegre, RS

As provocações trazidas são um chamado à reação coletiva contra o racismo!

Vera Lúcia Santana Araújo, Brasília, DF

O povo negro tem que se unir, se respeitar, se amar e lutar.

Josefina Jesus Agostinho, Nova Granada, SP

Maravilha! É preciso atitude e assumir a negritude pra ser muito mais Brasil!! (Poeta Luiz Carlos da Vila).

Vando Diniz, Rio de Janeiro, RJ

RADIS AGRADECE

Nunca tive tantas informações sobre a saúde como a *Radis* nos traz. Excelente!

Mag Costa, Itaboraí, RJ

Parabéns a todos pela magnífica *Radis* de dezembro. Há muito tempo recebo esta revista e sempre leio os artigos. A edição está um show de reportagem!

Vanda Maria, Ji-Paraná, RO

Tenho o grande privilégio de ler a revista, muito me informa, anos a leio, parabéns a equipe *Radis*!

Marly Dala Paula, Muriaé, MG

Já faz um ano que sou assinante da *Radis*, que é da Fiocruz. Ela traz vários temas com uma discussão bem importante. Cada mês vem uma revista totalmente de graça. Eu usei ano passado para me atualizar em notícias para o Enem e o tema mais top foi sobre a mulher na ciência. Eu me apaixonei. Se quiserem assinar é só buscar no site da *Radis* e clicar em assinatura. Simples e prático. Chega na sua casa sem pagar nada.

Lucilene Aleixo, via Instagram

RUGA NA TESTA

Eu me identifiquei muito com o texto “Ruga na testa”, de Maira Valério (*Radis* 206). De uns tempos pra cá tenho me acomodado bastante com essa marca, que acredito ter herdado do meu pai. Ando bastante de “cara fechada” como ele, apesar de gostar bastante de rir também.

Wesley Vitiritti, São Paulo, SP

Gostei do texto! “Percebo, então, que minha ruga na testa não é necessariamente a questão... O envelhecer é intrínseco ao nascer e nossas marcas são as memórias de nossas experiências”.

Mírian Dos Santos Pereira, Rio de Janeiro, RJ

PACIENTE FAVORITO

Lendo o texto “Meu paciente favorito”, de Fernando Tenório (*Radis* 204) fiquei pensando que enquanto muitos adoecem porque necessitam de pouco para pagar as contas e viver com dignidade, poucos adoecem porque têm sobrando e querem mais. Mas nesse meio que não é o côncavo e o convexo, tem singularidades, subjetividades, complexidade que vão além da nossa vã filosofia.

Noélia Barboza Lira de Almeida, no site da *Radis*

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, Liseane Morosini e Luiz Felipe Stevanim; Moniqui Frazão e Rodrigo Reis (estágio supervisionado)

Arte
Felipe Plauska

DOCUMENTAÇÃO
Jorge Ricardo Pereira e Eduardo de Oliveira (fotografia)

ADMINISTRAÇÃO
Fábio Lucas e Natalia Calzavara

ASSINATURAS

Assinatura grátis (sujeita a ampliação) Periodicidade mensal Impressão Rotaplan Tiragem 119.700 exemplares

SUO DA INFORMAÇÃO

Textos podem ser reproduzidos, citada a fonte original.





EDUARDO DE OLIVEIRA

O fim do NASF ameaça uma série de atividades na Saúde da Família, como as sessões de terapia ocupacional no Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto, no Rio de Janeiro, mostradas na *Radis* 186

Saúde da Família perde modelo do NASF

O Ministério da Saúde publicou uma nota técnica (28/1) que acaba com a obrigatoriedade de as equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao modelo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Na prática, significa que os gestores municipais ficam livres para compor essas equipes da forma como quiserem, e não mais seguindo os parâmetros dessa iniciativa criada para ampliar o trabalho conjunto e integrado de profissionais de diferentes áreas do conhecimento na Saúde da Família. A mudança foi publicada na Nota Técnica nº 3 do Departamento de Saúde da Família, vinculado à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. O texto diz ainda que, a partir de 2020, o Ministério não realizará mais o credenciamento de NASF-AB.

O NASF foi criado em 2008 e é responsável pela presença de fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e outras profissões na atenção primária. Os usuários do SUS não procuram diretamente esses profissionais, mas são encaminhados até eles pelas equipes de Saúde da Família (eSF). Segundo a nota técnica, esse modelo deixa de ser referência para a atenção básica. Essa mudança acompanha uma série de alterações presentes no Programa Previde Brasil, que instituiu um novo modelo de financiamento para o SUS (*Radis* 207). As normativas que definem os parâmetros e custeio do NASF-AB também foram revogadas.

Em dezembro de 2019, *Radis* publicou que as alterações no modelo de financiamento da atenção primária, com o fim do Piso de Atenção Básica Variável (PAB-Variável) e do custeio do NASF, comprometem o efeito indutor que essa política tem de reforçar a Saúde da Família como referência no SUS. A avaliação é de Luciana Dias de Lima, médica sanitária e professora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). A atenção primária depende de recursos repassados pelo governo federal aos municípios.

Se não há mais referência, na prática, com recursos cada vez mais escassos, os gestores municipais estarão livres para compor equipes como quiserem. Lígia Giovanella, pesquisadora da Ensp/Fiocruz e coordenadora da Rede de Pesquisa em Atenção Primária em Saúde (Rede APS), avaliou, para

o Portal da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), em 4/2, que não haverá mais incentivos para os municípios comporem equipes multiprofissionais para além dos profissionais básicos. O risco, segundo ela, é de demissão daqueles que já atuam e de extinção dessas equipes.

NASF

O QUE É?

Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

QUANDO SURTIU?

Criado em 2008, pelo Ministério da Saúde.

O QUE FAZ?

Tem o papel de apoiar a Estratégia de Saúde da Família, ampliar sua abrangência e escopo de ações.

QUAIS PROFISSIONAIS ATUAM?

Médico acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista e obstetra, nutricionista, psicólogo, médico pediatra e geriatra, terapeuta ocupacional e outros.



Não me sinto acima de nenhum dos outros indicados ou de qualquer outra pessoa nesta sala. Todos nós compartilhamos o mesmo amor pelo cinema. Esse meio me deu tantas coisas extraordinárias que nem sei o que eu seria sem ele. Mas acho que o maior presente que me deu, e a muitos nessa sala, é a oportunidade de usar nossa voz pelos que não têm, seja falando sobre desigualdade entre gêneros, racismo, direitos LGBTQ+ ou indígenas, direitos dos animais, estamos falando sobre lutar contra a ideia de que uma nação, uma raça, um gênero ou uma espécie tem o direito de dominar, controlar, usar e explorar outros impunemente. Acredito que nos desconectamos demais do mundo natural, e nos sentimos culpados por ter uma visão egocêntrica, a crença de que estamos no centro do universo. ”

Do ator Joaquim Phoenix ao ganhar o Oscar na categoria Melhor Ator

Água suja nas torneiras do Rio

A água barrenta e com cheiro de terra que saiu das torneiras das casas de nove milhões de cariocas e fluminenses no início de janeiro é resultado da falta de saneamento que atinge a grande maioria das comunidades da Baixada Fluminense, concluíram pesquisadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Em nota técnica divulgada em 16/1, eles alertaram a Companhia de Águas e Esgotos (Cedae) para uma ameaça real à segurança hídrica no estado e recomendaram que investir na solução do problema é urgente e estratégico.

A Cedae, por outro lado, a princípio creditou a presença de geosmina, substância orgânica produzida por algas, como responsável pela alteração na qualidade da água. Os pesquisadores da UFRJ discordaram: “Lançam toda essa sujeira no rio Guandu antes da captação da água para tratamento. Essa água precisa ser extremamente tratada para se tornar potável”, explicou a professora Sandra Azevedo ao jornal Extra (17/1).

O professor de biologia Francisco Esteves destacou a ligação entre a crise hídrica no Rio com o desrespeito ao direito humano à água e ao saneamento — “Os mananciais recebem poluição doméstica e industrial”, afirmou à Record News — enquanto o engenheiro químico Gandhi Giordano alertou para a falta de saneamento: “Sem resolver a emissão de esgoto, o problema não terá solução”, declarou ao site UOL (16/1).

A Cedae insistiu na afirmação de que a geosmina não oferecia riscos à saúde e apostou na melhoria da qualidade

da água com a introdução de carvão ativado nos reservatórios. A solução, classificada de “quebra-galho” pelo biólogo Mário Moscatelli, não funcionou. “A geosmina é a ponta do iceberg da falta de saneamento”, declarou ao G1 (16/1).

As críticas continuaram: “O descalabro do fornecimento de água suja e contaminada é resultado da negligência dos poderes públicos”, acusou Iene Figueiredo, da Escola Politécnica da UFRJ, ao site IHU On-Line. Para ela, faltaram fiscalização e cumprimento da lei, além de investimentos na gestão dos recursos hídricos. A professora lembrou que apenas 46,3% dos esgotos gerados no Brasil em 2018 foram conduzidos ao tratamento e pediu a aplicação das leis e das políticas públicas já existentes.

O site The Intercept chegou a classificar a desigualdade no acesso à água no Rio de Janeiro como um caso de racismo ambiental, já que o Estado é quem determina quais regiões vão receber tratamento de esgoto e água encanada e quais vão estar expostas a rejeitos tóxicos ou aos efeitos diretos de indústrias poluidoras. A UFRJ também listou a insuficiência da rede de saneamento básico, o crescimento populacional e a ocupação urbana desordenada como principais motivadores da crise. “Essa degradação compromete a qualidade da água, dificulta seu tratamento e pode colocar em risco a saúde pública”, advertiu a universidade na nota divulgada, que prevê crises semelhantes em um futuro próximo. Não precisaram esperar muito. Um mês após o início da crise (3/2), a Cedae identificou detergente na água captada no rio Guandu.



Representatividade na cabeça

A garotinha entra em desespero porque não consegue arrumar o cabelo crespo da maneira como sua mãe costumava fazê-lo. É a vez do pai aprender a lidar com potes de cremes, elásticos, fitas coloridas, pentes e escovas para ajudar a filha com o penteado. Esse é o mote de “Hair Love”, ganhador do Oscar de melhor curta-metragem de animação na cerimônia de 2020. Com pouco mais de 6 minutos de duração, o filme tem uma força arrebatadora e foi uma das premiações mais comentadas da noite de entrega do prêmio em Los Angeles (9/2) por tratar de representatividade e autoestima de forma delicada, potente e bem-humorada ao mesmo tempo.

“Queremos ter mais representatividade na animação. Precisamos normalizar o cabelo negro”, disse a produtora Karen Rupert Toliver, que subiu ao palco com o diretor do curta Matthew A. Cherry. Ele aproveitou o espaço para fazer campanha por uma lei que pune a discriminação contra o cabelo afro e que já entrou em vigor em alguns lugares dos Estados Unidos. A estatueta concedida a “Hair Love” também fez lembrar a ausência de negros no Oscar deste ano. Como apontou o site Alma Preta (10/2), apenas uma pessoa negra foi indicada aos prêmios de atuação — Cynthia Erivo, protagonista de “Harriet”, história de uma ex-escravizada abolicionista.

O site recordou ainda que a cerimônia de 2019 havia feito história no combate à desigualdade racial com o maior número de prêmios já entregues a profissionais negros. No total, sete estatuetas: Regina King (atriz coadjuvante por “Se a rua Beale falasse”), Mahershala Ali (ator coadjuvante por “Green Book: O Guia”), Peter Ramsey (animação por “Homem-Aranha no Aranhaverso”) e Kevin Willmott (roteiro adaptado por “Infiltrado na Klan”, filme do diretor negro Spike Lee, que também estava concorrendo a melhor diretor no ano passado). Segundo levantamento do portal Adoro Cinema, ao longo de toda a história do Oscar, profissionais negros levaram apenas 44 estatuetas, ou seja, menos de 2% dos troféus entregues. Assista ao belíssimo curta-metragem “Hair Love” premiado este ano aqui: <https://bit.ly/37mbgxu>

Enchentes: descaso ambiental

As enchentes nos primeiros meses do ano, com cidades alagadas, mortes e pessoas desabrigadas, retornaram ao noticiário. Para especialistas em planejamento urbano, a culpa não é da natureza, mas da ação humana e da necessidade de rever o modelo urbanístico e ambiental, como afirmou Nabil Bonduki, professor da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (USP) e relator do Plano Diretor da capital paulista, em artigo na Folha de S. Paulo (10/2). “Os eventos extremos gerados pelas mudanças climáticas vieram para ficar e serão cada vez mais contundentes. O governo não pode mais continuar negligenciando essa questão”, ressaltou.

Uma combinação de descaso do poder público com a política ambiental, em que se mostra a ausência de medidas capazes de mitigar os efeitos do aquecimento global, e crescimento das cidades sem respeitar o meio físico, com solo impermeabilizado e cada vez menos áreas verdes, leva ao cenário visto em São Paulo no início de fevereiro, de acordo com o urbanista. Para Sílvia Passarelli, professora de Engenharia Ambiental e Urbana da Universidade Federal do ABC (UFABC), a justificativa dos governos de atribuir o cenário de caos à chuva excessiva não é válida, como afirmou ao Nexo (10/2). “Não há nenhuma ação de redução de danos. O que está sendo feito para melhorar as condições dos rios?”, questiona.

Em Belo Horizonte, janeiro foi o mês mais chuvoso em 100 anos: as enchentes destruíram parte da cidade e provocaram a morte de 55 pessoas em 6 dias. O Ministério Público de Minas Gerais (MPMG) manifestou preocupação com os municípios mineiros e capixabas por onde passam os rios Doce e Paraopeba, que foram atingidos respectivamente pelos rompimentos das barragens da Samarco, em 2015, e da Vale, em 2019. O depósito dos rejeitos de mineração no leito e nas margens dos rios potencializou a tragédia provocada pelas enchentes: imóveis ficaram alagados em cidades em Minas e no Espírito Santo banhadas pelo rio Doce. O MP cobra medidas para que não ocorram novos impactos produzidos pelos rejeitos dispersos no ambiente, como noticiou a Agência Brasil (4/2).

Sociedade se mobiliza em apoio às pessoas com HIV

Recentes episódios de desinformação e ataque aos direitos de pessoas vivendo com HIV no Brasil mobilizaram ativistas, pesquisadores e sociedades científicas no mês de fevereiro. Em 8 de fevereiro, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), Rede Unida e Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) manifestaram, por meio de nota, “repúdio às inadmissíveis declarações do Presidente da República em entrevista divulgada em 5 de fevereiro de 2020, quando afirmou que ‘uma pessoa com HIV ... é despesa para todos aqui no Brasil’”.

O documento foi elaborado dois dias após a imprensa noticiar que a Confederação Nacional da Indústria (CNI) havia entrado com uma ação no Supremo Tribunal Federal (STF) contra uma regra trabalhista que protege pessoas que vivem com HIV e outras doenças estigmatizantes, como noticiou a Folha de S. Paulo (6/2). A ação, protocolada no último dia de janeiro, contesta súmula do Tribunal Superior do Trabalho (TST) de 2012 que presume como discriminatória a demissão de empregado que vive com HIV ou com outra doença que suscita estigma ou preconceito.

Na nota, as entidades científicas consideraram que as afirmações, publicadas e repercutidas em diversos meios de comunicação, “refletem intolerância, preconceito, desconhecimento e falta de respeito com as pessoas que vivem com HIV” e convocaram demais setores da sociedade a

contribuírem com a “necessária luta diuturna para proteger os direitos humanos, contra todo e qualquer preconceito e discriminação e a defesa intransigente do Sistema Único de Saúde”.

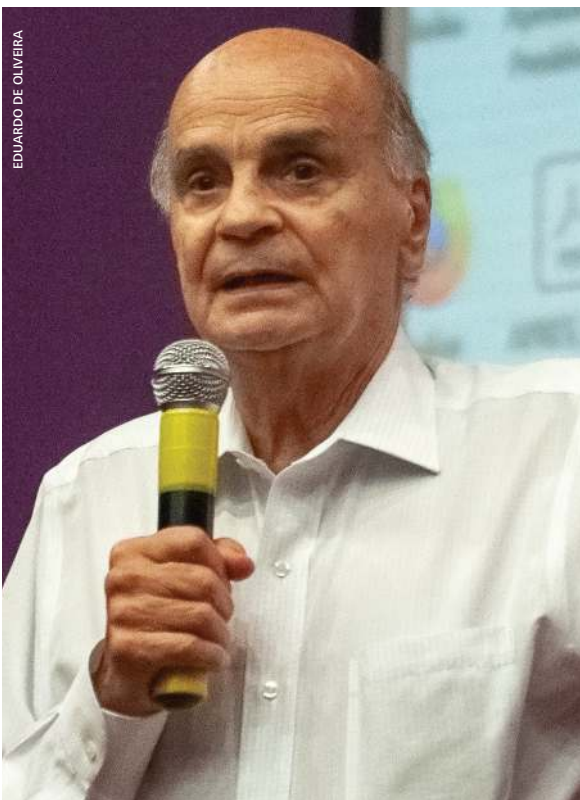
O texto também avalia a campanha que prega a abstinência sexual como meio para combater a gravidez precoce e a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis. “Esta política, além de ineficaz, certamente prejudicará ou até impedirá a discussão da sexualidade, tolerância e respeito à diversidade nesta faixa etária, com prejuízos incommensuráveis”, diz o texto.

A Folha registrou críticas da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) — que avaliou que a declaração do presidente autorizaria “tacitamente o estigma, a discriminação e a violação dos seus direitos humanos” — e do professor Mario Scheffer, do departamento de saúde preventiva da Universidade de São Paulo (USP), para quem “os dois ataques são de extrema gravidade pois o direito ao tratamento e o direito ao trabalho de quem vive com HIV deveriam ser hoje conquistas inquestionáveis”.

Ao jornal, Scheffer declarou ainda que taxar cidadãos com HIV como item de despesa, gastadores ou privilegiados é reabrir caminho para o estigma e a discriminação de 30 anos atrás. “Se essas ideias prosperarem vamos passar de exemplo a vexame mundial no combate à Aids”, reforçou, lembrando que o tratamento hoje é também investimento em prevenção. “Pessoas em tratamento adequado com antiretrovirais não transmitem HIV”, salientou.

Entrevistado no programa Roda Viva, da TV Cultura (10/2), o médico Drauzio Varella (foto) lamentou o fato e manifestou preocupação com retrocessos na política de aids do país. “É preconceito e desumanidade atirar no doente a culpa da doença que ele tem. A sociedade sempre fez isso. Na Idade Média se fazia isso com a hanseníase, eram os impuros. Tuberculosos eram os devassos. E na aids, é coisa de promíscuos. Cansei de ver senhoras que casaram uma vez na vida e pegaram aids do marido”, comentou. Para ele, é importante que o país não repita erros do passado e mantenha o programa de aids, considerado sucesso mundial.

O diagnóstico e o tratamento de pessoas vivendo com HIV são uma economia para a nação, defendeu a médica sanitária Adele Benzaken, ex-diretora do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, em entrevista publicada no site da Carta Capital (8/2). Segundo ela, oferecer o tratamento é mais econômico do que deixar que pessoas adoecem, transmitem o vírus e tenham de ser socorridas por internação no SUS. “O custo de internação para o SUS é muito maior do que o valor que, hoje, o Ministério da Saúde gasta com o tratamento, com a distribuição de preservativos masculinos e femininos, com o PrEP e com outros insumos para que as pessoas se previnam do vírus e não o transmitam”, argumentou.





Nova diretoria do Cebes assume gestão 2020-21

A nova diretoria do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) reafirmou compromisso com o SUS e os princípios da Reforma Sanitária, em cerimônia pública no auditório do Clube de Engenharia, no Rio de Janeiro, dia 28 de janeiro. “Nada melhor do que a gente fazer a memória de tantas conquistas, de tantas lutas e realizações que não são teoria ou abstração, mas práticas concretas do dia a dia das brasileiras e brasileiros. A construção do Sistema Único de Saúde não é uma utopia, é uma experiência concreta e prática que nós brasileiros consumimos e optamos por fazer”, afirmou a sanitarista Lúcia Souto, reeleita presidente da entidade histórica, fundada em 1976.

O ato, marcado pelos discursos em defesa da democracia e de resistência ao desmonte do SUS e às ameaças aos direitos sociais, contou com a presença de entidades e sanitaristas parceiros do Cebes, que relembrou o contexto de criação do movimento sanitário, ainda sob a ditadura militar, e as conquistas resultantes da mobilização, concretizadas na “melhor formulação institucional de saúde do mundo”, como definiu Pedro Celestino, presidente do Clube de Engenharia. “O Cebes representa uma luta que não cessa nunca em defesa da saúde para todas e todos e do SUS, neste momento de atentados

à democracia. Precisamos resistir”, conclamou Fernando Pigatto, presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Presidente da Fiocruz, Nísia Trindade Lima destacou a atuação política da entidade, consonante com os valores da Reforma Sanitária, e lembrou que a luta histórica do movimento deve ser atualizada. “Queria colocar o desafio comum de estarmos fazendo o reforço e atualização da nossa agenda em um país que mudou a sociedade, novas gerações entraram na universidade, movimentos sociais adquiriram formas distintas daquelas que concebemos”, ponderou. Para ela, o ideal sanitário não é uma utopia, mas sim “uma realização inconclusa que depende da manutenção da democracia e autonomia do país para se concretizar”.

“A voz do Cebes é fundamental para que os nossos ideais não se apaguem”, reforçou Gulnar Azevedo, presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), ressaltando que este é o momento de as entidades de saúde se unirem em defesa da democracia. “A gente tem resistido e nossa resistência avança porque a gente consegue colocar uma pauta atual que amplia e traz jovens. E é isso que a gente precisa hoje”, destacou. Para conferir os integrantes da nova gestão, acesse o site do Cebes (<http://cebes.org.br/>).

OMS premia pesquisador brasileiro

A Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou (9/2) o resultado do Prêmio Dr. Lee Jong-wook de Saúde Pública, criado para homenagear cientistas e instituições de todo o mundo que alcançaram progressos no campo da saúde das populações. Na edição de 2020, o pesquisador escolhido foi o brasileiro João Aprígio de Almeida, do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) e coordenador da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Desde 1998, a rBLH trabalha na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil e no mundo. O modelo brasileiro foi implantado em mais de 20 países e é uma referência em todo o mundo por aliar baixo custo e alta tecnologia. “O Brasil tem um trabalho inovador e estamos empenhados em ampliar essa rede dentro e fora do país. É uma satisfação contribuir para a redução da mortalidade infantil”, afirmou João Aprígio, em matéria divulgada no site do Ministério da Saúde (9/2). O prêmio será entregue em cerimônia da Assembleia Mundial da Saúde, a ser realizada entre os dias 20 e 28 de maio, em Genebra, na Suíça.



PEXELS

CÂNCER: 625 MIL NOVOS CASOS POR ANO

Números destacam perigo da obesidade e importância do diagnóstico precoce na atenção básica

ADRIANO DE LAVOR

O Instituto Nacional do Câncer (Inca) divulgou estimativa que prevê 625 mil novos casos da doença a cada ano no país, no período entre 2020 e 2022. A publicação “Estimativa 2020 – Incidência do Câncer no Brasil”, lançada dia 4 de fevereiro, registra a obesidade como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de 11 dos 19 tipos mais frequentes na população brasileira. Os números, que auxiliarão gestores e profissionais de saúde a planejarem ações de prevenção e assistência na área do câncer, também servem de alerta para a necessidade de qualificação dos profissionais da atenção básica para suspeição de novos casos.

O estudo, desenhado a partir de informações de Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), Registros

Hospitalares de Câncer (RHC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), revelaram que, para cada ano do triênio 2020-2022, ocorrerão 625 mil casos novos da doença no país. Destes, 177 mil serão cânceres de pele não melanoma — o tipo mais incidente — seguidos pelos casos de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil), registra o relatório, que alerta ainda que o número total pode subir para 685 mil, caso sejam computados os sub-registros.

Se avaliados por sexo, os tipos de câncer mais frequentes entre homens, excluindo-se pele não melanoma, serão próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%); entre as mulheres, também sem

NÚMEROS DO CÂNCER ATÉ 2022

- 625 mil casos novos de câncer são estimados para cada ano no Brasil, até 2022.
- O câncer de pele não melanoma será o mais incidente no país (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil).
- Entre os homens, à exceção do câncer de pele não melanoma, os mais frequentes serão próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%).
- Nas mulheres, exceto o câncer de pele não melanoma, haverá um maior número de cânceres de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%)
- O câncer de pele não melanoma representará 27,1% de todos os casos de câncer em homens e 29,5% em mulheres.

Fonte: Estimativa 2020/INCA

contar o câncer de pele não melanoma, os mais incidentes serão mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%). A alta incidência do câncer de cólon e reto (também conhecidos como câncer no intestino), em ambos os sexos, chamou atenção dos pesquisadores. Os tipos de câncer relacionados a estilos de vida pouco saudáveis passam a compor o perfil dos mais incidentes, comentou com a *Radis* a médica Liz Almeida, chefe da Coordenação de Prevenção e Vigilância do Inca.

A pesquisadora frisou que neste caso a expressão “estilos de vida” não é apenas sinônimo de “escolhas individuais”, mas inclui os contextos socioculturais e econômicos que moldam comportamentos não saudáveis como fumar, consumir bebidas alcoólicas, não praticar atividade física e manter dieta pobre em frutas e vegetais. Isso inclui o consumo de alimentos extremamente calóricos e de baixa qualidade que favorecem a obesidade e também as condições de vida que estimulam o sedentarismo entre as pessoas, observou. Liz citou as condições desfavoráveis à aquisição de uma dieta saudável, e por outro lado, à prática de atividade física, como exemplo. Ela salientou que, para optar pelo uso da bicicleta, o cidadão não depende apenas da decisão individual, mas também de condições estruturais, como a existência de ciclovias e de segurança para trafegar nas mesmas, o que é da governabilidade do poder público.

Os números — que podem ser consultados por neoplasias, regiões, estados e capitais — contribuem não somente para que os cidadãos despertem para hábitos menos nocivos à saúde, mas também para que gestores possam planejar espaços urbanos mais saudáveis e desenvolver a rede de saúde com uma estrutura mínima para a prevenção de novos casos e a assistência de pessoas diagnosticadas, reporta a pesquisadora do Inca. “Isso é muito importante para que o usuário não perca tempo para iniciar a investigação da doença e ir até o fim do tratamento”, destacou, advertindo para a necessidade de capacitação do pessoal que trabalha na porta de entrada do sistema.

“A atenção básica é uma das chaves para o controle do câncer”, disse Liz, explicando que os profissionais devem estar capacitados para, pelo menos, suspeitar de casos possíveis e pedir os primeiros exames. Ela argumentou que nem todos os tipos podem ser detectados por exames preventivos, como colo do útero e intestino grosso, e que por isso é importante conhecer os sinais de alerta para que tão logo seja diagnosticado, o usuário inicie o tratamento. Segundo ela, a medida é essencial para o tratamento do câncer, já que é mais efetivo iniciar as intervenções adequadas a cada caso, como cirurgia, braquiterapia, radioterapia e quimioterapia, logo após o diagnóstico. “O mais importante para o controle do câncer é a garantia do fluxo contínuo do paciente no sistema, desde o diagnóstico até o tratamento”, avaliou.

A pesquisadora destacou a importância dos sistemas de informação do SUS, que garantem a qualidade da informação coletada pelo relatório, o que permite estimativas mais precisas e, conseqüentemente, ações melhor planejadas. As informações atuais, segundo ela, resultam de ferramentas mais sofisticadas de análise que, graças à certa “regularidade” no comportamento histórico da doença (em termos numéricos) e no acúmulo de informações ao longo dos anos possibilitam obter melhores indicadores. “As séries históricas nos permitem utilizar modelos preditivos”, explicou.

Liz também ressaltou a importância da comunicação no controle da doença. “Na verdade, tudo começa com a oferta de informação para o indivíduo, que entre um exame preventivo e outro, também pode perceber algum sinal de alerta”, analisou, lembrando que estes podem se manifestar por meio de uma tosse que não passa, um mal-estar no estômago que não alivia ou um sinal na pele que mudou de cor, entre outros. “Presta-se mais atenção hoje nas mensagens que chegam pelo celular do que nos avisos que o corpo dá”, advertiu, lembrando que, mesmo sabendo que na maioria das vezes a suspeita se trata de uma condição benigna, não se deve esperar. “Na dúvida, vale conferir”, recomendou. Acesse a Estimativa 2020 em <https://www.inca.gov.br/estimativa>

TECNOLOGIA A SERVIÇO DA SAÚDE

Já estão em fase de desenvolvimento protótipos premiados no Hackathon Fiocruz

MONIQUI FRAZÃO

Tecnologia a serviço da saúde pública e do SUS. Já estão em produção os protótipos premiados na segunda edição do Hackathon Fiocruz de 2019, maratona tecnológica que promoveu o encontro entre profissionais das áreas de tecnologia e programação e servidores da casa. O objetivo da maratona é criar soluções tecnológicas criativas para desafios propostos na área de saúde pública. “Dexllab”, “Hackadoidos”, “P21” e “View Model Robust” foram as equipes vencedoras entre as oito que participaram da competição que ocorreu nos dias 31 de novembro e 1º de dezembro, no Rio de Janeiro. Nesta fase, os times recebem a orientação dos propositores dos desafios, além do apoio financeiro da Fiocruz para o desenvolvimento dos protótipos aprovados.

Hackathons são espécies de “maratonas” tecnológicas que reúnem designers, programadores, desenvolvedores, empreendedores e profissionais ligados à tecnologia que competem entre si para solucionarem desafios em um curto prazo de tempo. Paulo Abílio, um dos coordenadores do Hackathon Fiocruz 2019, informou à *Radis* que a fase de desenvolvimento já começou, com reuniões entre os proponentes dos desafios e entre as equipes vencedoras. O objetivo é fazer com que as ideias se transformem em produtos que possam ser utilizados pela população.

Ele destacou que uma das finalidades do evento é aproximar pessoas interessadas em tecnologia para pensar sobre saúde, e ao mesmo tempo conscientizá-las sobre as contribuições que podem oferecer para o SUS. “Quando você traz essas pessoas que são da área de tecnologia, desenvolvedores, designers, programadores, e propõe um desafio da saúde, eles passam a entender a sua importância para contribuir com uma instituição como a Fiocruz, na promoção da saúde da população e na construção do SUS”, sinalizou.

Entre os desafios propostos em 2019 que resultaram nos projetos que estão em andamento, figuram questões relevantes de saúde pública que podem ser minimizadas por meio de aplicativos, como a continuidade do tratamento de tuberculose. Este foi o desafio proposto por Paulo Redner, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). A tarefa foi aceita pela equipe “View model robust”, que planeja a produção de um “app” que permita acompanhar a jornada de tratamento da doença, uma espécie de diário com as informações do usuário e o registro da prescrição e o monitoramento do seu uso diário, além de um fórum e um quiz. O aplicativo também irá incluir o contato de profissionais com os usuários, quando necessário.

A prevenção de doenças transmitidas por carrapatos foi o problema levantado por Claudio Rodrigues, do Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS), que solicitou dos participantes uma estratégia que trabalhasse “vigilância participativa”, envolvendo tanto profissionais de saúde quanto público leigo. A equipe “Dexllab”, vencedora deste desafio, sugeriu um aplicativo no qual o usuário pode cadastrar fotos do animal e a sua localização por GPS, o que permitirá que ele possa saber se ele representa um risco à saúde. O aplicativo recomenda ao usuário que, no caso de ter entrado em contato com algum carrapato que represente risco à saúde, procure uma unidade de saúde.

Gabriel Wallau, da Fiocruz Pernambuco, desafiou os participantes a criarem uma plataforma integrada de arboviroses para o SUS, que ajude a envolver a população no tema. A equipe “Hackadoidos”, vencedora do desafio, fez um protótipo que vai permitir o mapeamento de áreas de risco e conseguir localizar focos de vetores, com a ajuda de contribuições de usuários. A proposta também inclui uma área informações sobre formas de contágio e sintomas de diferentes tipos de arboviroses, além da indicação de unidades de saúde para atendimento.



Durante o Hackathon, competidores e organizadores "maratonaram" para o sucesso na entrega dos protótipos

RAQUEL PORTUGAL - ICICT/FIOCRUZ

O quarto desafio, proposto por Valéria Machado, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), incentivou a apresentação de ideia que aprimorasse a comunicação entre a Fiocruz e o cidadão, com foco nas dúvidas da população sobre os cursos oferecidos. A equipe "P21" apresentou a criação de um chatbot (programa de computador que "interage" como em conversas humanas) chamado "Oswaldinho", que atenderá a população 24 horas por dia, 7 dias por semana, sem a necessidade de mão-de-obra humana. O bot prevê ainda uma pesquisa de satisfação do atendimento, entre outras funcionalidades.

Carlos Eduardo Farias, estudante de Design Gráfico, de 21 anos, conheceu o universo dos hackathons em 2016, quando ainda estava no ensino médio e participou da primeira edição do Hackathon Fiocruz. Em 2019, de volta ao evento, ele participou do desafio dos arbovírus. Ele explicou à *Radis* que no momento a equipe Hackadoidos ajusta o projeto com a Fiocruz Pernambuco e que espera angariar recursos para desenvolvê-lo não somente para uso no Brasil. "Hoje a gente fala sobre as arboviroses, mas a tecnologia pode ajudar em diversos outros casos", afirmou. Em relação à experiência com os hackathons da Fiocruz, ele contou que hoje vê, por meio dos seus projetos, uma possibilidade de mudar o mundo, sonho que sempre teve. "Por meio desses projetos, eu consigo enxergar isso acontecendo, deixar a minha contribuição e de fato ajudar as pessoas ao meu redor".

Durante a segunda fase do Hackathon, também estão previstas atividades voltadas para comunidade interna e externa da Fiocruz relacionadas à tecnologia. "A gente hoje tem uma população que é muito ligada na internet, que a partir de um telefone celular pode fazer muitas coisas", disse Abílio. Ele explicou que mesmo que a população esteja próxima dessas ferramentas, ainda não são exploradas todas as potencialidades, como usos técnicos e profissionais.



Para Abílio, o Hackathon se propõe a unir pessoas discutindo sobre algo em comum de maneiras diferentes. Com isso, poupa-se tempo e dinheiro, assegurou. "Uma das propostas do Hackathon é pensar um pouco fora da caixa: de alguma maneira, você tem muita gente pensando na mesma coisa e essas pessoas pensam de forma diferente, então acaba que isso traz economia na busca de soluções". Abílio também reforçou que as soluções encontradas podem economizar dinheiro público. "Ao invés de contratar uma empresa para desenvolver uma solução que você imaginou, você tem a oportunidade de ter muitas soluções, muitas ideias, e pode escolher as melhores ideias. Esse é um momento de troca que gera uma economia", disse.

■ Estágio supervisionado

ALERTA GLOBAL

NOVO CORONAVÍRUS É A SEXTA EMERGÊNCIA EM
SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA
INTERNACIONAL DECLARADA PELA OMS

BRUNO DOMINGUEZ

Quando a Organização Mundial da Saúde declarou a epidemia do novo coronavírus uma emergência de saúde pública de importância internacional, em 30 de janeiro, estava acendendo seu mais forte alerta. Até então, os casos confirmados eram 7.834, desde 31 de dezembro de 2019, data das primeiras notificações de quadros inexplicados de pneumonia na cidade de Wuhan, na província chinesa de Hubei. Três dias antes, a OMS falava em “risco alto” para o mundo e “muito alto” para a região — mas não em emergência.

Para a organização, emergência de saúde pública de importância internacional é “um evento extraordinário” que “constitui um risco de saúde pública para outro Estado por meio da propagação internacional de doenças” e por “potencialmente requerer uma resposta internacional coordenada”, como define no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) — instrumento jurídico aprovado em 2005 por 196 países justamente para ocasiões como essa, em vigor desde 2007.



**71.429 CASOS
70.635 NA CHINA
794 EM 25 PAÍSES**

OMS, 17/2

TAN ZEXUN



“Um comitê de especialistas faz uma avaliação epidemiológica do evento e recomenda ou não a designação de emergência internacional, com base em critérios como gravidade, possibilidade de expansão e necessidade de coordenação em nível global para garantir o controle da ameaça”, explica à *Radis* Jarbas Barbosa, diretor adjunto da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), escritório regional da OMS para as Américas.

“No contexto do novo coronavírus, o comitê se reuniu uma primeira vez e não considerou que havia elementos suficientes para essa recomendação. Havia gravidade, por se tratar de um vírus novo, mas os casos estavam ainda muito localizados na China”, observa Barbosa, que foi diretor-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), secretário de Vigilância em Saúde e secretário de Ciência, Tecnologia e Suprimentos Estratégicos do Ministério da Saúde.

O que mudou foi a ocorrência de infecções em pessoas que não viajaram para o território chinês — oito casos de transmissão de humano para humano na Alemanha, no Japão, no Vietnã e nos Estados Unidos. “O principal motivo dessa declaração não diz respeito ao que está acontecendo na China, mas o que está acontecendo em outros países. Nossa maior preocupação é o potencial do vírus de se espalhar por lugares com sistemas de saúde mais fracos e mal preparados para lidar com ele”, afirmou o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus. “Devemos todos agir juntos agora para limitar a propagação”.

Até 17 de fevereiro, data de fechamento desta edição, foram confirmados 71.429 casos, dos quais 70.635 estavam

na China. Outros 794 se espalhavam por 25 países. O Brasil seguia sem registro da doença, depois de descartar 45 suspeitas — 3 casos ainda eram investigados.

OUTRAS EMERGÊNCIAS

Esta é a sexta vez que a OMS decreta emergência de saúde pública internacional. A primeira, em 2009, foi devido à pandemia de gripe provocada pelo vírus H1N1, que estava restrito aos suínos e por uma mutação começou a infectar humanos no México, antes de se espalhar. Pelos dados oficiais da época, foram 18,5 mil mortes no mundo (mas que teriam totalizado 200 mil segundo revisões posteriores), sendo 2.060 delas no Brasil. Em 2014, a poliomielite — doença infecciosa gerada por um vírus que invade o sistema nervoso e pode causar paralisia total — saiu dos três países em que era endêmica (Paquistão, Afeganistão e Nigéria) depois de ataques contra campanhas de vacinação, atingindo Camarões, Guiné Equatorial, Etiópia, Iraque, Israel, Somália e Síria.

Em 2016, a epidemia de ebola (febre hemorrágica transmitida por contato próximo com pessoas ou animais infectados, incluindo chimpanzés, morcegos frugívoros e antílopes da floresta), detectada na África Ocidental em março de 2014, foi decretada emergência, quando já havia perto de mil mortos na Guiné, Libéria, Serra Leoa e Nigéria. No total, morreram mais de 11 mil. No mesmo ano, cerca de 30 países relataram casos de bebês nascidos com microcefalia e outras malformações congênitas relacionadas com o vírus zika, disseminado principalmente por picada de mosquito. Só



Máscaras descartáveis, habitualmente usadas na Ásia, viraram símbolo da epidemia; em muitos lugares, o produto se esgotou

JÉRÉMY STENUT/UNSPLOASH

no Brasil foram mais de 2.100 casos. Em 2019, outro surto de ebola, na República Democrática do Congo, também recebeu o status de emergência, quando já havia 1.600 mortos.

“Basicamente o que muda com a decretação de uma emergência é a possibilidade de melhor coordenação de esforços internacionais”, indica Barbosa. Até o fechamento desta edição, a OMS havia publicado 28 relatórios de situação para o novo coronavírus, além de relatórios técnicos sobre tópicos como vigilância, diagnóstico, tratamento, prevenção e comunicação de risco.

ISOLAMENTO DE MILHÕES

As medidas mais bruscas foram tomadas no centro do surto, na província de Hubei, onde cerca de 60 milhões de pessoas ficaram isoladas em quarentena. Às vésperas do Ano Novo chinês, cuja celebração começaria em 25 de janeiro, o aeroporto de Wuhan foi fechado, trens pararam e rodovias ficaram bloqueadas, com controle nos pontos de entrada e saída da região.

Segundo uma análise do jornal *The New York Times*, feita a partir de anúncios do governo em províncias e grandes cidades, os bloqueios residenciais — desde postos de controle nas entradas de edifícios até limites para sair ao ar livre — chegaram a cobrir ao menos 760 milhões de chineses, o equivalente a mais da metade da população. Em alguns bairros, se permitia que apenas uma pessoa por família saísse de casa todos os dias. O controle cabia a comitês de vizinhança, com trabalhadores voluntários, que verificavam

a temperatura, registravam o movimento, supervisionavam as quarentenas e mantinham afastados os que poderiam transmitir o vírus.

“As autoridades chinesas fizeram um grande trabalho de contenção do vírus, chegando ao ponto de deixar praticamente isolados 50 milhões de pessoas. Não é pouca coisa. Certamente houve um impacto financeiro gigantesco no país, um grande desconforto do ponto de vista da qualidade de vida das pessoas que ficaram presas em suas residências sem poder se locomover, mas fato é que se conseguiu evitar a disseminação para outros países, com mais de 98% dos casos ainda registrados somente na China”, avalia o infectologista Rivaldo Venâncio, coordenador de Vigilância em Saúde e Laboratórios de Referência da Fiocruz.

NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

Um ponto de dúvida é quanto tempo o governo chinês demorou para admitir a gravidade do quadro de pneumonia de origem desconhecida. O primeiro alerta foi emitido à OMS em 31 de dezembro de 2019, cerca de duas semanas depois do aparecimento dos primeiros casos. “O que vemos em situações como essa é a dificuldade das autoridades de aceitarem o problema imediatamente e pedirem ajuda. Os governos ficam postergando, empurrando com a barriga e só admitem o problema quando já explodiu”, observa Rivaldo.

Uma versão anterior do Regulamento Sanitário Internacional considerava obrigatória a notificação de apenas três doenças (febre amarela, peste e cólera), enquanto a versão de 2005 obriga a notificação de uma gama maior de surtos de doenças e eventos de saúde pública. “O RSI de 2005 é uma grande conquista, com regras claras a serem seguidas em situações de emergência”, opina o infectologista.

EMERGÊNCIA NACIONAL

Mesmo não tendo casos, o Brasil decretou emergência em saúde pública de importância nacional devido ao novo coronavírus, em 4 de fevereiro. A medida permite à Secretaria de Vigilância em Saúde contratar temporariamente profissionais de saúde e adquirir bens, como equipamentos. Uma emergência epidemiológica pode ser decretada aqui nos casos em que o surto ou epidemia apresentem risco de disseminação nacional de uma doença, sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados, representem a reintrodução de doença erradicada, apresentem gravidade elevada ou extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do SUS.

Em 7 de janeiro, uma semana após a divulgação dos casos pelo governo chinês, a secretaria de Vigilância em Saúde afirma que elaborou um informe para consumo interno sobre a ocorrência de pneumonia de etiologia desconhecida na China. No dia seguinte, realizou avaliação de risco, utilizando os termos do RSI, para analisar o impacto do evento ao Brasil. Em 10 de janeiro, o novo coronavírus foi incluído no Comitê de Monitoramento de Eventos. Em 16 de janeiro, foi realizada reunião na Coordenação-Geral de Emergência em Saúde Pública para elaboração do Protocolo de Vigilância.

Em 22 de janeiro, o ministério acionou seu Centro de Operações de Emergência (COE) para monitorar a situação

OS TERMOS DE UMA EMERGÊNCIA

EMERGÊNCIA: descreve um estado. É um termo administrativo, demandando decisão e acompanhamento em termos de medidas extraordinárias. Um estado de emergência demanda ser declarado ou imposto por alguém em posição de autoridade, que, em certo momento, irá também suspendê-lo. Portanto, é usualmente definido em tempo e espaço, requer valores de limite para ser reconhecido, e implica regras de engajamento e uma estratégia de saída.

EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA: a condição que requer o gestor a declarar estado de emergência de saúde pública é definida como “uma ocorrência ou iminente ameaça de uma doença ou condição de saúde, causada por bioterrorismo, epidemia ou pandemia de uma doença, ou um novo e altamente fatal agente infeccioso ou toxinas biológicas, que impõe um risco substancial sobre um número significativo de pessoas”.

EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL: evento extraordinário que constitui um risco para a saúde pública de outros Estados, devido à propagação internacional de doença, e potencialmente exigindo uma resposta internacional coordenada.

ENDEMIAS: presença constante de uma doença ou de um agente infeccioso em determinada área geográfica; pode significar, também, a prevalência usual de determinada doença nessa área.

EPIDEMIA: ocorrência em uma comunidade ou região de casos de uma doença, comportamento especificamente relacionado à saúde, ou outros eventos relacionados à saúde claramente em excesso da expectativa normal. A comunidade ou região e o período nos quais os casos ocorrem são precisamente especificados. O número de casos indicando a presença de uma epidemia varia de acordo com o agente infeccioso, tamanho e tipo de população exposta, experiência prévia ou falta de exposição à doença, e tempo e lugar de ocorrência.

PANDEMIA: nome dado à ocorrência epidêmica caracterizada por larga distribuição espacial, atingindo várias nações.

QUARENTENA: restrição das atividades e/ou separação de pessoas suspeitas das que não estão doentes ou de bagagens, contêineres, meios de transporte ou mercadorias suspeitos, de maneira a evitar a possível propagação de infecção ou contaminação.

RISCO: a avaliação da probabilidade de ocorrência e da magnitude das consequências de uma ameaça, que inclui a medição da vulnerabilidade e a previsão de impacto.

SURTO EPIDÊMICO: epidemia de proporções reduzidas, atingindo uma pequena comunidade humana.

Fontes: Epidemiologia & Saúde, Maria Zélia Rouquayrol e Marcelo Gurgel (Medbook, 2013). Organização Mundial da Saúde

do novo coronavírus, e coordenar as ações de preparação da resposta de saúde brasileira. O COE é acionado para solucionar situações de crises, seja por desastres naturais, tecnológicos ou possíveis epidemias. O centro reúne profissionais especializados de diversas áreas — de emergências em saúde, programa nacional de imunizações, laboratórios de saúde pública, secretaria executiva, secretaria de atenção especializada, secretaria de atenção primária à saúde, Anvisa e núcleo de comunicação.

Uma das medidas para subsidiar os profissionais de saúde foi divulgar um Boletim Epidemiológico, em 17 de janeiro, com orientações em todas as áreas de atuação do SUS, além de deixar clara a definição de casos suspeitos, prováveis, confirmados e descartados.

Segundo o boletim, a primeira medida ao atender um pessoa considerada como caso suspeito é o isolamento — o paciente deve usar máscara cirúrgica e ser mantido preferencialmente em quarto privativo; os profissionais devem aplicar medidas de precaução padrão, de contato e de gotículas (máscara cirúrgica, luvas, avental não estéril e óculos de proteção). O segundo passo é coletar amostras respiratórias e prestar os cuidados de assistência. O terceiro é encaminhar casos graves a um hospital de referência.

"A assistência à saúde sempre será prioridade no SUS, porque é a linha de frente, é onde as pessoas encontram o sistema, mas a vigilância faz um trabalho de bastidor, de formiguinha, que muitas vezes não aparece e não é reconhecido, mas que nas emergências mostra sua pujança", comenta o secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Wanderson Kléber de Oliveira, que atuou em todas as emergências nacionais desde 2001 — Antrax, Sars, ebola, H1N1 e zika. "Todo esse tempo nunca vivi um janeiro tão complexo quanto este".

Em reunião com secretários municipais e estaduais de Saúde, em 6 de fevereiro, em Brasília, o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, pediu que os gestores acionassem e

atualizassem seus planos de contingência. "Temos [projeções de] cenários totalmente assimétricos. Tem o que não apresenta nenhum caso; tem o cenário em que vai ter um número ínfimo de casos; tem o cenário intermediário, em que se replicaria mais ou menos aquela situação da China; e tem o cenário de risco elevadíssimo, de megaepidemia. A gente tem trabalhado, no Ministério Saúde, basicamente com o intermediário. Acho que esse deve ser o tom da cautela". "O novo coronavírus não deve ser subestimado nem superestimado", reforça Wanderson.

SUS À FRENTE

"O SUS sempre esteve à frente em todas as emergências de saúde pública que o Brasil enfrentou, tendo assim sido chamadas formalmente ou não, e agora não está sendo diferente", destaca Rivaldo, citando como exemplo dengue, H1N1, zika e chikungunya. "Quando falamos em SUS, é importante que o cidadão entenda: o laboratório de referência nacional para o diagnóstico do coronavírus é o da Fiocruz, que é parte do SUS; quem está coordenando as atividades de vigilância é o Ministério da Saúde, que é SUS; quem investiga os casos suspeitos são os laboratórios centrais de saúde pública, pertencentes ao SUS; o atendimento, se necessário, será na rede do SUS".

Rivaldo ainda frisa que, na epidemia de zika, além de atender os bebês com malformação, o SUS deu contribuição à ciência mundial, juntamente com universidades públicas, no conhecimento da infecção congênita que o mundo desconhecia.

Para Barbosa, da Opas, o Brasil tem um sistema de vigilância consolidado, bem preparado para atuar em uma emergência como a do novo coronavírus. Ele ressalva que o fato de o país e seus vizinhos da América do Sul, em geral, estarem melhor preparados do que 10 ou 20 anos atrás não exclui a necessidade de reforçarem suas ações na área: "Estar preparado não significa estar invulnerável".

QUE VÍRUS É ESSE?

Inicialmente chamada de 2019-n-CoV, a infecção provocada pelo novo coronavírus recebeu o nome oficial de covid-19, em 11 de fevereiro: um acrônimo do termo "doença por corona vírus" em inglês (corona virus deceased 2019). "Estamos assistindo à ciência em formação. As coisas mudam a cada dia: não só os números da epidemia, mas todos os aspectos. Tudo é muito novo para todos nós", observa o infectologista Estevão Portela, vice-diretor de Serviços Clínicos do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz), que recebeu caso suspeito de ebola em 2015 e receberá casos do novo coronavírus, se o vírus chegar ao país.

Os coronavírus, diz ele, são uma causa conhecida de infecção respiratória. Em geral, provocam um resfriado leve; até as últimas décadas, raramente geravam doenças mais graves em humanos. "O que vem acontecendo desde o início

deste milênio é um 'salto de espécies', ou seja, o vírus salta de uma espécie animal em que é parasita habitual para a espécie humana", explica Estevão. A partir de 2002, conta, surgiram três novos coronavírus — Sars (que causa síndrome respiratória aguda grave) em 2002, Mers (síndrome respiratória do Oriente Médio) em 2012 e covid em 2019.

A suspeita é de que o morcego esteja na base de todos esses saltos, normalmente ligado a outro animal intermediário — no caso da Sars, o pangolim (semelhante a um tatu), no da Mers, o dromedário. Ainda se busca entender se houve um hospedeiro intermediário no covid. Tudo leva ao mercado de peixes e animais exóticos de Wuhan, já que grande parte dos primeiros infectados esteve no local. Segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças da China, foram coletadas 33 amostras na zona oeste do mercado, principalmente onde ficam as barracas de animais selvagens, e 31 testaram positivo para o coronavírus.

Profissionais do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz) em treinamento para receber pacientes com ebola, em 2014: preparação é chave

AGÊNCIA BRASIL

Os sintomas mais comuns são febre, tosse e dificuldade de respirar. Já há diversos trabalhos científicos publicados desde o início da epidemia, mostrando a velocidade da resposta da ciência. Os principais destacam que o covid predomina na faixa etária de 45 anos a 60 anos, e quase não aparece na população abaixo dos 20 anos. “Provavelmente, isso se deve aos casos mais graves, aqueles que procuram o sistema”.

Quanto à transmissão, presume-se que acontece apenas por gotícula — ou seja, uma pessoa tosse, fala ou expectora e em contato próximo com outra passa o vírus. As máscaras descartáveis viraram símbolo da epidemia. Em muitos lugares, mesmo alguns que sequer registraram casos, o produto se esgotou. Estevão, no entanto, não recomenda a máscara como item de proteção individual. “Em geral, ela é mal usada. Há quem a tire para tossir, por exemplo, ou use por um tempo longo demais, quando já está molhada e sem capacidade de proteger”. Segundo o infectologista, a melhor maneira de se prevenir de qualquer tipo de resfriado é lavar as mãos. “A lavagem das mãos é fundamental em qualquer epidemia e em qualquer época”, aponta. “O álcool gel pode ser usado, mas lavar as mãos com água e sabão já é excelente”.

RISCO DE PANDEMIA

“A ameaça de pandemia não se concretizou, mas também não está descartada, porque ainda desconhecemos o padrão de transmissão do novo coronavírus”, avalia. Estevão explica que em toda epidemia os casos fatais são a ponta da pirâmide, os que mais aparecem, mas o vírus se dissemina pela base da pirâmide, pelos que tem infecção leve e sequer procuram o sistema de saúde. “Nos casos severos, os pacientes vão aos serviços e podem ser diagnosticados, isolados e ter seus contatos rastreados. Os casos médios ou assintomáticos não chegam até a rede e não recebem o diagnóstico, podendo espalhar o vírus para seus contatos”.

A preparação, para ele, é chave. “Um paciente com coronavírus que chegue a um hospital despreparado para

atendê-lo causa um estrago, infectando profissionais e outros pacientes”, diz, a partir de relatos da China. Daí a importância de haver protocolos, treinamento, unidades especializadas atuando no início de uma epidemia — caso do INI. “Já temos experiência em relação ao ebola, em que nossa unidade era hospital de referência para todo o Brasil, em que seguimos normas ainda mais rígidas de proteção individual e precisamos de equipamentos mais caros”.

No Brasil, cada estado tem ao menos uma unidade de referência do SUS preparada para receber casos; e, na circunstância de a epidemia se espalhar, outras também terão que atuar. A contenção caberá ao INI; ou seja, o papel de identificar, isolar e controlar a mortalidade dos primeiros casos. “Passamos por treinamento constante para saber onde o paciente vai ser recebido, a máscara que será usada, a equipe que vai atendê-lo, qual o caminho que fará dentro do hospital. Tudo isso tem que estar escrito e treinado, ou se perde um tempo preciso ‘batendo cabeça’”.

SAIBA MAIS

Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde
https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/23/Boletim_epidemiologico_SVS_04.pdf

Regulamento Sanitário Internacional
<https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>

Especial da Agência Fiocruz
<https://portal.fiocruz.br/coronavirus>

Acervo da Biblioteca de Manguinhos
http://www.fiocruz.br/bibmang/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=section_BOLETIMN124.htm



Jairo Méndez, da Opas, acompanha o treinamento de profissionais de nove países da América do Sul para o diagnóstico do covid no Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz)

DIAGNÓSTICO EM REDE

O Brasil repatriou 34 pessoas que estavam em Wuhan, na China, quando explodiram os casos do novo coronavírus. Eles e a equipe que atuou na chamada Operação Retorno estavam desde 9 de fevereiro em quarentena em Anápolis, Goiás. Todos os primeiros 58 exames para identificação do novo coronavírus, a partir de saliva e secreção nasal, deram negativo.

Os procedimentos para o diagnóstico laboratorial no Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) de Goiás foram implementados e supervisionados pela equipe do Laboratório de Vírus Respiratório e do Sarampo do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), referência nacional para vírus respiratórios junto ao Ministério da Saúde.

“Assim que os primeiros casos foram notificados na China, nossa equipe se mobilizou para se preparar para a possibilidade de identificar o novo vírus no país, inclusive durante a noite e os fins de semana”, conta o virologista Fernando do Couto Motta, chefe substituto do laboratório, que integra há mais de 60 anos a rede da OMS de centros nacionais de Influenza e desempenhou papel estratégico em outras emergências de saúde pública, como nos surtos de Sars, em 2002 e 2003, de influenza A (H1N1), em 2009, e de ebola, em 2015.


“Nos primeiros três casos suspeitos, adaptamos um protocolo para descartar casos por diagnóstico diferencial, mais artesanal. A partir de 29 de janeiro, quando a Opas repassou insumos específicos para diagnóstico por RT-PCR em tempo real do novo coronavírus, capaz de detectar o genoma viral, conseguimos dar mais celeridade ao processo”.

Coube ao laboratório capacitar profissionais do Instituto Evandro Chagas e do Instituto Adolfo Lutz, serviços de

referência regionais no Pará e em São Paulo, respectivamente, para o diagnóstico laboratorial do patógeno. “O fato de já existir uma rede dentro do SUS que trabalha com vírus respiratórios possibilitou a disseminação do conhecimento com rapidez seguindo metodologia única”, ressalta Fernando.

A Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública conta com 54 Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) em todo o Brasil, com representações em 26 estados, um no Distrito Federal, em todas as 26 capitais, e no município de Foz do Iguaçu (PR), integrados por tecnologia de informação e comunicação que permite a resposta coordenada.

Também houve coordenação com profissionais de outros países da região: especialistas de Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai estiveram no Laboratório de Vírus Respiratório e do Sarampo do IOC, em 6 e 7 de fevereiro, para se capacitarem quanto a vigilância laboratorial, protocolo para o diagnóstico do novo coronavírus, recomendações sobre biossegurança e transporte de amostras.

“O que estamos fazendo aqui é um exemplo de como se responde à uma emergência: juntos”, disse Jairo Méndez, assessor regional para Doenças Virais da Opas. Jarbas Barbosa, também da Opas, explica que, nessas situações, a coordenação da resposta deve ser regionalizada. “Nosso papel é ter diálogo técnico com os ministérios da Saúde, abarcando desde o treinamento de laboratórios quanto da comunicação adequada para a população evitar pânico, incompreensões, preconceito e xenofobia”. 

SAÚDE EM VÁRIAS DIMENSÕES

Congresso discute inserção de práticas integrativas
e complementares no SUS,
evidências científicas e formação profissional

ELISA BATALHA



Cabeça, corpo e mente. Emoção, homem e natureza. O médico Marcos Freire Jr. pede às pessoas da plateia para que cada um toque a sua própria cabeça, depois o centro do peito e em seguida o baixo ventre, na altura do umbigo. Estas e outras palavras são repetidas em sincronia com os gestos, seguindo a ideia de que as três juntas formavam uma complementaridade e unidade que os participantes podiam experimentar. A participação atenta e engajamento da plateia eram totais. A dinâmica aconteceu durante a palestra que ele proferiu no 2º Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CongrePICS), que aconteceu entre 14 e 17 de novembro de 2019 no campus da Universidade Federal de Sergipe (UFS), na cidade de Lagarto, a 75 km da capital.

“Em todas as culturas se vê a divisão em três partes, como raiz, tronco e copa, quando se trata de uma árvore. Ou em pensar, sentir e fazer. Quando experimentamos as três partes juntas, estamos muito perto da unidade”, afirma Marcos, que é médico, educador popular e acupunturista. Para ele, a dinâmica que propõe ajuda a esclarecer e demonstrar o papel das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS. O objetivo do debate em torno da política pública sobre o tema, defende Marcos, é “resgatar o conceito de unidade dentro do campo da Saúde, de uma forma enfática e com conhecimentos milenares”, resume o palestrante, que atua no Centro de Referência em Práticas Integrativas (Cerpis) de Planaltina (DF).

As PICS foram reconhecidas e incorporadas oficialmente nos serviços públicos de saúde em 2006, quando foi publicada a Política Nacional (PNPICS). No documento, constavam a homeopatia, a fitoterapia, a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a medicina antroposófica e a crenoterapia (terapia com águas termais). Um documento posterior, “Atitude de Ampliação de Acesso”, em 2015, incluiu novas práticas, num total de 29 atualmente registradas e listadas no site do Ministério da Saúde sobre o tema (veja no Saiba Mais).

A procura pelas atividades e terapias tem crescido. Entre 2017 e 2018, o número de serviços oferecidos, como yoga e tai chi chuan, passou de 216 mil para 315 mil, um crescimento de 46%. De acordo com os dados oficiais, as práticas integrativas e complementares estão presentes em mais da metade dos municípios do país. Um total de 3.024 cidades já ofertaram algum atendimento individual em PICS pelo SUS, incluindo todas as capitais. Quase 80% dos atendimentos foram feitos na atenção básica, dois milhões dentro de unidades básicas de saúde. Um milhão de atendimentos em acupuntura foram realizados pelo SUS em 2016, 13 mil de homeopatia e 85 mil de fitoterapia.



Com a demanda em crescimento, as formas de inserção destas práticas no sistema, a importância da consolidação de evidências científicas sobre elas e a formação dos profissionais são os focos do debate contemporâneo em torno do assunto. O Congresso em Sergipe, realizado pela RedePICS, com apoio do Conselho Nacional de Saúde, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), do Conselho Federal de Enfermagem e outras instituições, reuniu cerca de duas mil pessoas. Além de oficinas e mesas redondas, o evento preparou ambientes para que os participantes pudessem também experimentar diferentes atividades e terapias, como dança circular, escalda-pés, imposição de mãos, qi-gong e massagem.

O psicólogo Jackson Gama, por exemplo, ofereceu uma concorrida vivência em dança circular com ritmos escoceses, e se engajou também na logística do evento. “As PICS são relacionadas a todas as dimensões da saúde: bio-sócio-psi-co-espiritual”, comentou. Além do Congresso, acontecia ali ao mesmo tempo o 4º Encontro Nordeste de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICSNE). Alunos da UFS, que conta com disciplinas sobre PICS na grade curricular de todos os cursos da área de saúde, se voluntariaram na organização dos eventos.

A política é de 2006, mas, de acordo com a pesquisadora Islândia Carvalho, coordenadora do primeiro observatório do país sobre o tema, o ObservaPICS, as PICS já eram encontradas no SUS desde a década de 1980, principalmente a homeopatia e a fitoterapia. “Em 2002, o Rio de Janeiro já ofertava automassagem, tai chi chuan, lian kun, plantas medicinais, massagem terapêutica tuiiná e shantala, e isso em uma região carente da cidade”, informou à *Radis*.

INTEGRATIVIDADE

Cada um desses termos — que podem ser pouco familiares para o cidadão que só se tratou ao longa da vida com um médico “convencional” — embutem um conceito importante, e que embasa as PICS: o de outras racionalidades médicas. Em entrevista à *Radis*, Nelson Filice dos Santos explicou que, entre os conceitos de alternativo, integrativo e complementar, que têm suas construções historicamente determinadas, o que tem potencial para a criação de um novo paradigma de cuidado é a integratividade.

“É preciso ir além, é preciso ‘inter’; quer dizer, precisamos aprender a fazer as coisas que a medicina ocidental contemporânea faz, ao mesmo tempo que temos muito a aprender com outros modelos de cuidado, outras culturas de cuidado”, defendeu o cientista social, coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Lapacis/FCM/Unicamp) (ver pág. 27).

“As PICS relacionam saberes milenares com o momento presente da vida, e são essenciais em um contexto em que vivemos uma crise da vida comunitária”, declarou a filósofa Madel Therezinha Luz, líder do Grupo CNPq Racionalidades em Saúde: Sistemas Médicos complexos e Práticas Complementares e integrativas, atualmente sediado no Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal

Fluminense (UFF), referência no tema das racionalidades médicas, na conferência que ministrou na abertura do evento.

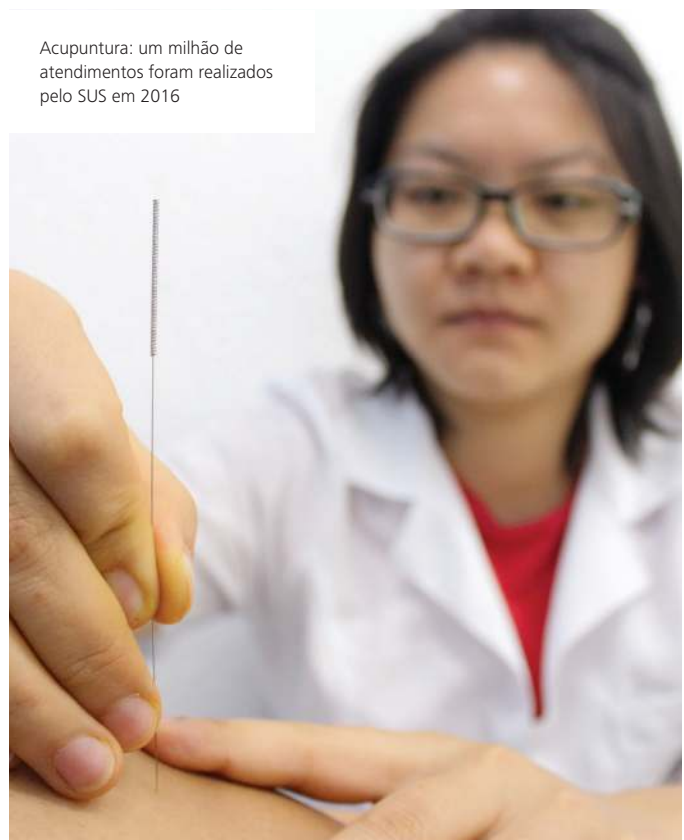
Ela lembrou que as crises globais e ambientais têm grande impacto na qualidade de vida e as PICS reforçam os cuidados solidários. O aspecto comunitário e do reforço dos laços das relações humanas foi mencionado mais de uma vez pelos pesquisadores. “Existe uma relação entre o cuidar, o curar e o interagir”, explicou Islândia, em conversa com a *Radis*. “A noção de integratividade está relacionada com o espaço para pensar pluralmente, o espaço para pensar na diferença”, declarou Nelson.

O coordenador nacional das PICS no Ministério da Saúde, Daniel Amado, lembrou que o Brasil é referência mundial na área de práticas integrativas e complementares na atenção básica. O coordenador destacou, durante uma das mesas do congresso, que as práticas integrativas ajudam a tornar mais racional o uso dos recursos do SUS com redução do número de consultas e exames, e melhora na resolutividade. “Quando um profissional atende a uma população com necessidades diversas e complexas, ele tem que ter diferentes opções terapêuticas para cada situação. Se o leque de opções de cuidado for mais limitado, o cuidado vai ser menos resolutivo”, avaliou.

Para ele, o momento é de fortalecer as PICS a partir das evidências científicas, o que levou o ministério a firmar parceria com a Organização Pan-americana da Saúde (Opas) na produção de mapas de evidências, por meio do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa. “Há um interesse também em incluir as práticas nos documentos contendo as linhas de cuidado e nos protocolos de atendimento que estão sendo produzidos”, relatou.

A rede de pesquisadores, profissionais e gestores envolvidos no tema que compõem a RedePICS, de acordo com Islândia, tem investido na ideia de que essa política é importante e essencial para atender a população mais vulnerável e em sofrimento. “As PICS são feitas na relação com o outro,

Acupuntura: um milhão de atendimentos foram realizados pelo SUS em 2016





Formação no campo das PICS preocupa: maioria dos profissionais se especializa pagando cursos do próprio bolso

e é importante fomentar isso, exatamente nos momentos políticos e sociais mais conturbados, quando as pessoas mais precisam. As PICS atendem a uma necessidade, têm uma potência de vida que as pessoas estão buscando”, explicou ela.

A política determina diretrizes gerais para a incorporação das práticas nos serviços, mas compete ao gestor municipal elaborar normas para inserção da PNPIC na rede municipal de saúde. Os recursos para as PICS integram o Piso da Atenção Básica (PAB) de cada município, podendo o gestor local aplicá-los de acordo com sua prioridade. Alguns tratamentos específicos, como acupuntura, recebem outro tipo de financiamento, que compõe o bloco de média e alta complexidade. Estados e municípios também podem instituir sua própria política, considerando suas necessidades locais, sua rede e processos de trabalho.

Levando em conta a atenção básica e os serviços de média e alta complexidade, existem atualmente 9.350 estabelecimentos de saúde no país, que ofertam 56% dos atendimentos individuais e coletivos em Práticas Integrativas e Complementares nos municípios brasileiros, compondo 8.239 (19%) estabelecimentos na atenção básica que oferecem PICS, distribuídos em 3.173 municípios.

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Estabelecidas as bases para a inserção das práticas, os desafios atuais são encontrar maneiras de consolidar e aumentar a produção de conhecimento científico. Os resultados a serem observados estão relacionados tanto à eficácia e à segurança das práticas, avaliadas nos moldes tradicionais, como aqueles que registram a percepção do usuário sobre sua própria qualidade de vida.

Entre eles, há, por exemplo, revisões sistemáticas sobre o uso da meditação para redução de risco cardiovascular e melhora em casos de depressão, estudos que avaliam o uso de homeopatia no tratamento do bruxismo [ranger de

dentos] e trabalhos sobre auriculoterapia para tratar a dor em pacientes de chicungunya. A farmacêutica Carla Holandino, coordenadora do LabPICS da UFRJ, mostrou no Congresso em Sergipe que o Brasil é um dos líderes mundiais em pesquisa básica em homeopatia, e falou dos diferentes tipos de estudos que podem se desenvolver para avaliar os resultados das PICS na saúde das pessoas.

Esses estudos estão disponíveis para consultas, e divulgá-los é também o objetivo do ObservaPICS, informa Islândia. Sediado na Fiocruz Pernambuco, o observatório pretende, de acordo com a coordenadora, articular e sistematizar pesquisa e política pública. No site (ver link no Saiba Mais) há um repositório e acesso aos bancos de dados existentes sobre o tema. “Fizemos um levantamento de todos os grupos de pesquisa que trabalham com PICS, que está disponível para download”, explicou à *Radis*.

CAPACITAÇÃO E PRECONCEITO

A formação profissional no campo das PICS é uma preocupação que apareceu em diferentes momentos do Congresso. Islândia registrou que os profissionais de saúde e de outras áreas atualmente investem majoritariamente de seus próprios bolsos em suas formações. “Não existe fomento porque não existem recursos indutores. Mesmo sem recursos indutores, me chama a atenção que os profissionais da Saúde invistam em sua formação ainda que sem apoio governamental”, declarou.

Para ela, isso se deve aos resultados visíveis das práticas. Nelson Filice apontou que essa é a principal razão para o fato de os médicos buscarem aprender práticas menos convencionais. “Havia um estereótipo do profissional médico que só queria ganhar dinheiro, ter consultórios privados. Diziam que eles iam para essas práticas por motivos financeiros. Isso me incomodava, eu imaginava que não tem dinheiro que compense o profissional ficar fazendo regularmente aquilo



Oferta crescente: entre 2017 e 2018, o número de atividades coletivas, como yoga e tai chi chuan, aumentou em 46%

em que não acredita. Observei que, na realidade, eles falavam de um esgotamento do modelo de cuidado, e buscavam outras formas de cuidar”, contou ele à reportagem da *Radis*.

“A Constituição diz que o exercício profissional é livre desde que siga a lei e cabe ao Ministério da Educação estabelecer as diretrizes dos cursos de formação”, afirmou Daniel Amado, na mesa que discutia regulamentação e acreditação. Ele salientou que as PICS são práticas de cuidado e não práticas de cura. “Gostaria de lembrar que curandeirismo é crime”, alertou, afirmando ser contrário ao que chamou de “hiper-regulamentação”, que segundo ele, “enrijece e não permite criar o novo”.

Enquanto a fala do representante do governo apontava para uma maior liberalização do exercício profissional, muitos participantes e integrantes das redes de pesquisadores e profissionais alertavam para o perigo representado pelo surgimento de cursos à distância, na esteira do aumento da demanda. Preocupados com a qualidade do ensino, os participantes do Congresso produziram a “Carta de Lagarto”, documento com recomendações aos Ministérios da Saúde e da Educação e aos próprios profissionais da área.

O documento, assinado pela Rede de Atores Sociais em PICS (RedePICS Brasil), Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa, ObservaPICS, além do Grupo de Trabalho de Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares da Abrasco, sugere “um processo democrático e participativo de construção de critérios mínimos para formação na área, iniciando pelas práticas mais presentes no SUS, com a participação de profissionais de saúde, praticantes de diferentes PICS (e suas associações) e instituições formadoras de profissionais de saúde (notadamente as universidades)”.

Para o grupo, isso permitirá avaliar e fiscalizar a formação, principalmente os cursos na modalidade EAD, que “podem ser mais informativos do que formativos”. Conforme lembra o grupo de organizações que assina a carta, uma fonte importante de informação sobre o tema é a coordenação da área de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas da

Organização Mundial da Saúde (OMS), que formou grupos de trabalho para definir critérios mínimos de formação em PICS. O texto da carta reforça que “é importante que os cursos ofertados estejam pautados no compromisso com a saúde da população, e não apenas na aferição de lucros”.

Islândia questionou a força do preconceito contra as PICS entre profissionais de saúde. “O preconceito não vem de quem usa nem de quem faz. Existe uma falácia de que os médicos têm preconceito com as PICS. Não é possível generalizar”, afirmou. Ela observa que existem instituições e conselhos que demonstram algum grau de preconceito, mas argumenta que os médicos de família, por exemplo, têm em sua própria associação um grupo de trabalho que estuda as PICS. “Dentro da Enfermagem há também vários profissionais que atuam em PICS. Eu identifiquei 178 grupos de pesquisadores nos diretórios do CNPq. Então não se pode generalizar que há preconceito, e quando há, é totalmente alimentado por uma visão positivista que já é superada”, defendeu.

PRÁTICAS TRADICIONAIS

Sem o acesso à terra não há conexão com a natureza, ensinou José Bonifácio Baniwa, líder de um dos 23 povos que vivem no Alto Rio Negro, no Amazonas. Ele fez a conferência principal do último dia do congresso, quando enfatizou a importância da preservação do meio ambiente e das áreas indígenas. “A medicina indígena não é complementar, ela é a principal, o SUS precisa respeitar nossa cultura”, defendeu. A médica sanitária e educadora popular Vera Dantas, que atua no espaço Ekobé, na Universidade Estadual do Ceará (Uece), observou que há cuidados a se tomar na inserção de práticas e saberes tradicionais no sistema público, e deve-se percorrer o caminho do diálogo.

“A meu ver, não é exatamente levando essas pessoas, que estão realizando as práticas de maneira tradicional, nos territórios e nos movimentos sociais, para fora do lugar onde elas atuam, onde elas têm todo um contexto, uma base cultural e

espiritual que as sustenta, e colocar dentro de uma unidade de saúde". Ao contrário, defende a pesquisadora, o profissional que está na rede oficial deve se abrir para as possibilidades de construir esse diálogo. "Às vezes, o profissional precisa ir lá para dizer assim: 'Eu referendo essa prática'. Às vezes ele pode ser uma ponte, no sentido de dizer: 'Aquela rezadeira, ela gostaria de fazer uma formação em reiki para ampliar o seu repertório de cuidado'", exemplificou Vera, afirmando que "os diálogos passam por essa possibilidade de inclusão".

Para Nelson Filice, a imensa diversidade das racionalidades médicas exige um olhar mais demorado e cauteloso, quando se considera o contexto das políticas públicas. Segundo ele, a questão é complexa, e por isso mesmo a produção de conhecimento deve ser estimulada. "Se você levar em consideração que, no Brasil, existem mais de duzentos povos indígenas, e cada povo tem um conjunto de práticas de cuidado próprio, só aí nós temos mais de duzentas formas diferentes para serem investigadas no Brasil", argumentou.

Para Vera, o profissional formado "na nossa racionalidade cartesiana, biomédica", seja ele médico, enfermeiro, dentista, ou qualquer uma das 14 profissões da saúde, vai precisar acessar outras possibilidades" para conseguir dialogar com aqueles que usam e fazem as PICs. Ela acredita que é importante pensar como a formação profissional em

saúde pode proporcionar outras experiências. "Ninguém valoriza o que não conhece, sobre o que não tem nenhuma referência. Como as graduações, as pós-graduações e os mestrados, começam a incorporar outras abordagens em ciência?", questionou.

SAIBA MAIS

Lista das 29 práticas integrativas e complementares incluídas na Política Nacional e suas definições oficiais
<http://saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>

Observatório nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde
<http://observapics.fiocruz.br>

Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa
<https://consorciobr.mtci.bvsalud.org/>

Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (Lapacis/FCM/Unicamp)
<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/lapacis>

ENTREVISTA | NELSON FILICE DE BARROS

"TEMOS QUE APRENDER COM OUTROS MODELOS DE CUIDADO"

O cientista social e sanitário Nelson Filice de Barros contou à *Radis*, durante o 2º Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CongrePICS), que se interessou em investigar a formação médica para entender o que levava os profissionais de saúde a exercerem práticas como a homeopatia e acupuntura. "Eles falavam de um esgotamento de um modelo de cuidado", resumiu. Nelson atua como coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (Lapacis), na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e integra a diretoria do Consórcio Acadêmico Brasileiro para Saúde Integrativa, que envolve o Ministério da Saúde, o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e a Organização Pan-americana da Saúde (Opas). Durante a conversa, no agitado campus da Universidade Federal de Sergipe em Lagarto, o pesquisador destrinchou as diferenças entre os conceitos de alternativo, integrativo e complementar, e falou da importância da pesquisa em PICs na academia. "O primeiro e fundamental objetivo do laboratório em que trabalho é manter a possibilidade da diferença, de pensar outras

práticas dentro de uma faculdade de medicina. De explorar outros modelos de cuidado além do biomédico tradicional dentro da escola médica".

Como surgiu seu interesse pelas práticas integrativas e complementares?

Estou neste campo da saúde coletiva desde 1991. Meu interesse começou na faculdade de Medicina. Naquele tempo, a minha linha de pesquisas era medicina alternativa. A questão que me intrigava era entender por que médicos se dispunham a trabalhar com outras formas de medicina que não a contemporânea ocidental na qual eles eram formados. Havia um estereótipo do profissional médico que só queria ganhar dinheiro, ter consultórios privados, e diziam que eles iam para essas práticas por motivos financeiros. Isso me incomodava, eu imaginava que não tem dinheiro que compense o profissional ficar fazendo regularmente aquilo em que não acredita. Observei que, na realidade, eles falavam de um esgotamento do modelo de cuidado, e buscavam outras formas de cuidar. E aí, eu descobri gente fazendo ao mesmo tempo homeopatia e alopatia, por exemplo, que têm preceitos lógicos opostos.

Mas de fato, quando você põe a vida de uma pessoa na sua complexidade, ela pode precisar ao mesmo tempo de ambas as coisas. Esse foi o tema do meu doutorado. A conclusão foi de que é possível fazer uma complementação entre dois sistemas médicos ou de duas racionalidades médicas, conceito que a Madel Luz desenvolveu.

A medicina tradicional tem brechas, lacunas e é aí que as práticas integrativas e complementares entram?

Quando você fala em medicina está falando da medicina convencional, do modelo biomédico ocidental contemporâneo. A medicina tradicional é aquela dos povos tradicionais. Algumas práticas foram incorporadas à medicina convencional, como a acupuntura, por exemplo. O modelo da medicina ocidental contemporânea é muito efetivo na ação e no cuidado de algumas coisas, mas é pouco efetivo em outras. Ele é pouco efetivo principalmente nas condições crônicas. As condições crônicas exigem muito mais do que só medicar, exigem uma noção de cuidado ampliado. Envolve outras formas de cuidar com menos medicamento, com mais autonomia da pessoa que vive aquela condição. Todos esses elementos vão convidando para trazer outras práticas para manejo desses problemas.

Quais as diferenças entre os conceitos de integrativo, alternativo e complementar?

Alternativo está associado aos movimentos de contracultura dos anos 1960 e 70. Naquele momento, uma parte da sociedade, especialmente jovens de classe média, estavam fazendo rupturas do ponto de vista pedagógico, das relações amorosas, das relações econômicas. Mas na hora que eles adoeciam, viravam pacientes de uma forma de cuidar superinterventora e muito próxima da que eles estavam negando. Nessa perspectiva, eles criam a lógica de uma medicina alternativa àquela que existia. Eles estavam em busca de construir comunidades alternativas, pensamentos alternativos, práticas alternativas. Na metade dos anos 1990, desenvolve-se a noção de complementar. Hoje eu entendo que o conceito de práticas complementares de cuidado em saúde tem a ver com o projeto multiculturalista, [sintonizado com] o discurso da Unesco de aldeia global. Enquanto o alternativo substitui, pressupõe que a pessoa poderia deixar de usar a medicina tradicional alopática, o complementar acrescenta, com o discurso de que pôr junto as outras racionalidades é o suficiente. O que nós vemos hoje é que não é o suficiente. É preciso ir além, é preciso “inter”, quer dizer, precisamos aprender a fazer as coisas que a medicina ocidental contemporânea faz, ao mesmo tempo que temos muito a aprender com outros modelos de cuidado, outras culturas de cuidado. Então, a noção de integratividade está relacionada com o espaço para pensar pluralmente, o espaço para pensar na diferença. É um cuidado que integra mais de uma forma. Esse é o desafio ainda. Na literatura, há quem diga que isso é um novo paradigma. E há quem diga que é uma nova prática, apenas.

Esse paradigma não está posto ainda?

Acredito que nós temos o desafio de construir um novo paradigma. Ele está posto em disputa. Ele está posto em experimentação. Todos nós estamos tentando experimentar

“ O modelo da medicina ocidental contemporânea é muito efetivo na ação e no cuidado de algumas condições, mas é pouco efetivo em outras, principalmente nas condições crônicas. ”

como reunir diferentes formas de cuidar ao mesmo tempo. Sem excluir.

Em termos de evidências científicas, o que é possível dizer sobre as PICs hoje?

O que nós vivemos hoje é uma grande contradição. Do ponto de vista das evidências, a maior parte das práticas têm evidências científicas sobre seus resultados, mas evidências que são consideradas de baixo impacto. No entanto, o uso e o interesse por estas práticas só cresce. Você não tem a linguagem da ciência para explicar claramente como aquilo funciona, mas você tem o uso em permanente crescimento. Essa é uma contradição. Ou as pessoas não acreditam na ciência, e preferem usar uma prática mesmo com baixa evidência, ou as evidências são de fato um jogo político para ocultar outras formas de cuidar.

E quanto aos fatores culturais? Por exemplo, podemos considerar que ir a uma benzedeira é fazer uso de uma PIC? Esse tipo de cuidado também nunca deixou de ser utilizado...

Sim. As benzedeiras são cuidadoras, como os raizeiros são cuidadores, ou seja, todos aqueles que têm competências e habilidades que não são as competências e habilidades acadêmicas, mas que são cuidadores, podem vir para dentro desse modelo de cuidado.

A questão é como incorporar as práticas como política?

E também na prática. Como validar ao mesmo tempo o conhecimento de uma raizeira e de uma médica. Essas são as grandes questões em que a gente segue tentando avançar.



Foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICs) em 2006. Ela foi criada sem financiamento indutor. E desde que ela foi criada ela só cresce.


Como você avalia a ampliação da PNPICs, que aumenta o número de práticas incorporadas no sistema para um total de 29?

Essa é uma pergunta muito difícil. Implantou-se o que existia em maior frequência e uso na atenção primária no SUS. Essa é a justificativa para a implantação. Foi feita uma consulta aos municípios para a implantação da política em 2006, e naquele momento era fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa, acupuntura e medicina antroposófica. Depois do PMAC teve-se evidência de que outras práticas deveriam ser incluídas em 2017. Em 2018, outras 14 práticas foram incluídas. A justificativa tem sido de que elas são as mais comuns já praticadas na atenção primária no SUS. Esse crescimento ainda precisa de muita investigação, pesquisa, para a gente identificar onde está sendo feito, como está sendo feito, e todos esses elementos que dão mais crédito — ou descrédito — às práticas. É uma questão muito complexa. Se você levar em consideração que, no Brasil, existem mais de duzentos povos indígenas, e cada povo tem um conjunto de práticas de cuidado próprio, só aí nós temos mais de duzentas formas diferentes para serem investigadas no Brasil. E tem o que vem da China, da Índia, de outros povos da Europa, da América do Norte... São muitas práticas e decidir quais delas implantar em uma política é difícil e causa muito debate. Mesmo as 29 que já foram implantadas precisam de muito mais investigação.

As PICS são alvo de preconceito? De que forma?

Nós fizemos uma pesquisa sobre Medicina Baseada em Evidências em que 48% dos entrevistados, alunos de medicina, responderam que eram contra o ensino da homeopatia. Aí a gente foi fazer uma entrevista aberta com eles. Aquele que respondeu que era contra porque acreditava que não tinha evidência científica, a entrevistadora interrompia. Então ela perguntava: “Mas quais são as evidências que você conhece de que não existem evidências?” E não sabiam responder. “Mas você fez uma pesquisa? Uma busca?”, ela insistia. E aí a resposta era “não, não conheço a literatura”. Isso caracteriza o paradoxo e demonstra exatamente o preconceito. O preconceito é uma reprodução de um saber não investigado.

Como o atual contexto de subfinanciamento do SUS interfere na consolidação da política de PICS e na incorporação das práticas na assistência?

Na medida em que se subfinancia o SUS, todas as práticas são subfinanciadas. Na medida em que mudam os sistemas de pagamento, a gente não sabe como vai ser feita a inserção dessas práticas nas equipes de saúde da família, nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasfs-AB). Há uma incerteza sobre os sistemas de pagamento no SUS e a inserção dessas práticas nas equipes de Saúde da Família. À medida que está mudando a estrutura organizacional dos serviços, a gente ainda não sabe exatamente o que vai acontecer. O que a gente já sabe é que o subfinanciamento causa danos ao Direito Constitucional que é o SUS. O SUS é a política que operacionaliza o direito constitucional da universalidade. Quando a gente tem isso ameaçado todas as outras práticas estão ameaçadas. 

MEMÓRIA PRESERVADA

Acervo de David Capistrano Filho, precursor do SUS,
é doado à Casa de Oswaldo Cruz

LISEANE MOROSINI

Líder estudantil, médico, jornalista, autor e editor de livros, articulador político, conferencista e, sobretudo, sanitarista, David Capistrano Filho é reconhecido como um dos responsáveis pela elaboração do texto que deu origem ao capítulo sobre o SUS na Constituição de 1988. Também mentor e articulador da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e da Revista Saúde em Debate, David foi ainda responsável por ações inovadoras na gestão de saúde coletiva em Santos (SP), onde implementou intervenções pioneiras em áreas diversas, como a prevenção ao HIV/aids, a humanização na saúde mental e a reciclagem de lixo.

O legado deste importante ator da reforma sanitária em breve estará acessível a pesquisadores e demais interessados com a cessão do seu acervo para a Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), unidade dedicada à preservação da memória e às atividades de pesquisa, ensino, documentação e divulgação da história da saúde pública e das ciências biomédicas no Brasil. São documentos, fotos, cartilhas e livros, ainda em fase de catalogação, que podem revelar facetas ainda desconhecidas do sanitarista e iluminar e ajudar a pensar o futuro, como salientou Paulo Elián, diretor da COC, na cerimônia que marcou a entrega do material, durante o Fórum Fiocruz de Memória, que aconteceu no início de dezembro de 2019.

O acervo doado à COC revela aspectos da vida do médico, gestor, intelectual e dirigente político que permitirá que diversas gerações de pesquisadores, historiadores, sanitaristas e profissionais de diferentes áreas do conhecimento se debruçam sobre sua história, possibilitando a articulação entre memória e história. “Esse material é parte de uma trajetória coletiva que garante elementos para a pesquisa e para o conhecimento desse importante momento da nossa sociedade que foi a reforma sanitária”, ressaltou Nísia Trindade Lima, presidente da Fiocruz. Ela destacou que David tinha uma visão ampla de cidadania,

o que o possibilitou entender que a desigualdade é o principal problema do Brasil, expressa somente na renda, mas também no acesso à saúde — condição para que as pessoas tenham direito a uma vida digna.

FELICIDADE E COMUNIDADE

As marcas da atuação precursora de David Capistrano, seu pensamento crítico e a luta permanente por uma sociedade justa, foram lembradas por meio de depoimentos de quem conviveu com ele, como a psicóloga Adélia Benetti de Paula Capistrano, filha do sanitarista, e os médicos Paulo Amarante, pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps/Ensp) e Aparecida Linhares Pimenta, integrante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems-SP).

Um dos pontos altos da homenagem foi a fala da filha do sanitarista, que relembrou histórias pessoais e revelou um pouco da intimidade com o pai. Para falar dele, Adélia partiu de uma frase que estampava um pôster que havia em sua casa e que, segundo ela, refletia o pensamento e a prática de seu David: “Felicidade é viver em comunidade”. Segundo ela, falar sobre o pai é “falar de redes de pessoas que conversam, se reúnem, que não aceitam passivamente a manutenção da violência das instituições públicas sobre o seu povo”.

Adélia revelou que, apesar de o pai ter morrido há quase duas décadas, ela ainda sente sua presença por meio da voz e do afeto de seus companheiros de luta. “Convivi com ele 18 anos. Agora são 19 anos sem, mas todas as pessoas que eu encontro, em todos os lugares, falam dele”, disse emocionada, na mesa “David Capistrano: luta e memória da reforma sanitária”.

Em seu depoimento, ela também destacou como a



ACERVO COC/FIOCRUZ



abrangência das políticas implementadas pelo pai se refletiu em sua própria vida. “Estudei em escola municipal na época em que ele era prefeito [de Santos, de 1993 a 1996]. Lembro que eu recebia cadernos que explicavam como fazer reciclagem de lixo, que tinha ônibus de graça aos domingos, escovação dos dentes na escola e que gostava das aulas de dança, teatro e música, do cinearte, e da ilha de conveniência, um espaço destinado para adolescentes. Esse espaço hoje é ocupado por um posto policial, o que já explica muita coisa”, destacou.

A filha de David também defendeu que a memória e os feitos do pai servissem de estímulo para que seus seguidores continuassem a luta por uma realidade mais justa. “Vamos contar as histórias dele, registrar, compartilhar, executar, avaliar, validar, discordar, mostrar que é possível, mesmo um pouco amedrontados, continuar transformando este país, seja pelo SUS, pela assistência social, educação, trabalho, cultura, economia, música, festa, onde der”, disse Adélia. Para ela, não é mais possível “aceitarmos calados a violência e o genocídio contra o nosso povo, que tem cor, classe e sexo. Não dá para a gente reproduzir essa violência”, afirmou.

Ela ainda aproveitou para dividir com a plateia os momentos difíceis vividos pela família com o desaparecimento [oficializado em 1995] de seu avô, durante o período de ditadura militar, e como a atuação política do pai foi

importante para que superassem a perda. Adélia enfatizou a figura de David como um dos principais formuladores de programas que, tempos depois, viriam a ser implementados como políticas públicas de saúde.

PRECURSOR DO SUS

Mediador da mesa, o jornalista Rogério Lannes, coordenador do Programa Radis, destacou que as lembranças e histórias de David Capistrano Filho revelam a extensão de uma prática sanitária humanista, voltada para o outro, e que o definem como um “revolucionário”. “Ele dedicou a vida a defender o povo brasileiro, sem deixar de lado o contraditório. Ele era a favor de discutir as coisas claramente”, observou.

Colega de trabalho de David e também amiga da família, a médica Aparecida Linhares Pimenta, atualmente secretária municipal de Saúde de Poços de Caldas (MG), lembrou o tempo em que conviveu com o sanitarista. Ela observou que o colega era incansável e motivador. “Era David quem colocava a mão na massa e aproveitava as oportunidades políticas. Ele tinha sentido de urgência para resolver os problemas da população. Trabalhar com ele era uma delícia e uma tensão ao mesmo tempo”, brincou.

Aparecida e Capistrano se conheceram na década de 1970 e atuaram juntos nas cidades de Santos e Bauru (SP). “Davi tinha uma capacidade enorme de integrar e agregar

peças, formou uma geração de gestores, militantes e defensores, não somente do SUS, mas de outras políticas públicas e da democracia". Para ela, o gestor também foi precursor do SUS na questão da integralidade e universalidade. "Ele ficava muito indignado como as pessoas eram atendidas e tratadas no sistema de saúde", disse, destacando que sua marca era o envolvimento da equipe na discussão dos vários aspectos relacionados à saúde.

Ela também enfatizou o trabalho que o sanitarista desenvolveu em prol da valorização da participação popular. "O Conselho Municipal de Saúde de Santos foi criado no início do SUS e teve um papel bem importante na definição de políticas. As conferências municipais eram eventos belíssimos com uma discussão prévia muito rica", recordou.

Aparecida considera que, das políticas públicas implementadas por David Capistrano, merecem destaque a saúde mental e o enfrentamento da aids. "A criação da rede substitutiva foi muito importante e também seu entendimento em relação à aids, não só propiciando o atendimento integral para pessoas com HIV, mas combatendo de forma quase violenta também a questão do preconceito".

A médica lembrou, ainda, que o amigo foi precursor na criação de um programa de internação domiciliar em Santos. "Era um programa bem importante, com fisioterapia, que detectava casos que podiam ser tratados em casa. O atendimento em Santos já era feito por uma equipe multiprofissional, muito antes de a política prever essa assistência", observou. Além disso, ela reforçou o aspecto inclusivo da sua gestão. "David valorizava a questão cultural, que buscava a mudanças de práticas, não só nos serviços de saúde, mas também na prefeitura", afirmou. Ela também citou um programa de apoio às famílias criado por David, que guarda semelhanças com o Bolsa Família. Para ela, por ter uma visão integral da saúde, seu legado permanece vivo. "Ele sempre foi uma referência para várias pessoas que se formaram como gestores do SUS e não só para o sistema, mas para a gestão pública como um todo", definiu.

DEFESA DA VIDA

Também participante da mesa, Paulo Amarante declarou que a grande contribuição de David Capistrano foi pensar saúde para além do contrário de doença. "Parece pouco, mas na prática as pessoas ainda lidam com saúde como doença, serviço médico e hospitalar, diagnóstico", salientou. Ao contrário, destacou ele, David pensava a saúde como qualidade e defesa da vida, produção de vida. "Isso é fundamental quando se constrói uma política de serviço ou de vida, pois valoriza o trabalho, a cultura, o lazer, a família e o cotidiano no território", argumentou.

Outra característica do pensamento de David, segundo Paulo, era a certeza de que fazer saúde é resultado de um processo coletivo. "David era muito preocupado com o território por entender que a saúde não é ciência, técnica e descobertas, mas está inserida dentro de um contexto de política e as políticas são produzidas por pessoas e sujeitos", salientou. Para Paulo, a criação do Cebes e da Revista Saúde

em Debate foram fruto do entendimento e da preocupação de David em criar um ator ou movimento social para levar à frente as transformações. "Ele tinha muito claro que para fazer algo era preciso ter uma construção social e política envolvendo pessoas", salientou.

Paulo disse enxergar o pensamento de David como um vetor para os dias atuais. "Nesse momento em que as pessoas estão isoladas, conectadas pelas redes sociais, desaparece a ideia do protagonismo, do ativismo, e há a culpabilização da doença. Acho importante resgatar a ideia do coletivo, da saúde como direito à vida e da qualidade de vida, que eram a marca de David. Essa é uma forma potente de resistência e de transformação", registrou.

Paulo enfatizou a contribuição de David para a saúde mental e as ações de redução de danos. Segundo ele, o sanitarista acreditava em uma rede de apoio que envolvia família, cultura, trabalho, lazer, moradia, forças políticas, legislativas e na importância dos contextos no tratamento dos indivíduos. "David tinha muito claro que a droga ou a doença não iriam melhorar apenas com a internação de pessoas em uma instituição. A ideia da redução de danos é essa: não é impor a abstinência total, mas o desejo de transformar sua vida", resumiu.

“ David era muito preocupado com o território por entender que a saúde não é ciência, técnica e descobertas, mas está inserida dentro de um contexto de política e as políticas são produzidas por pessoas e sujeitos. ”

Paulo Amarante, sanitarista




Quem foi David Capistrano

O médico David Capistrano da Costa Filho nasceu no Recife, em 1948, filho de militantes políticos. Do aprendizado doméstico sobre a necessidade de lutar por justiça social e da profunda formação política, ele construiu as bases do pensamento e da prática que contribuíram para fundamentar o ideário do SUS. David morreu jovem, aos 52 anos, em 10 de novembro de 2000, mas trilhou um percurso consolidado em defesa de uma saúde integral, universal e gratuita. Por tudo isso, seu nome e legado são ainda celebrados hoje. Quem conviveu com o sanitarista reafirma a importância e a atualidade de sua prática e pensamento (*Radis* 143).

Davizinho, como era chamado entre seus pares da reforma sanitária, iniciou sua militância política aos 14 anos, como estudante secundarista, tendo ocupado cargos de dirigente no Partido Comunista Brasileiro. Formado em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1972, foi orador oficial de sua turma, e, já em seu discurso “Sede de justiça e fome de liberdade”, defendeu a centralidade da dignidade social e humana nas políticas públicas.

Com especialização em Pediatria, em 1974 David foi buscar a formação de sanitarista com Sergio Arouca, então professor de Medicina Social e Preventiva da Universidade de Campinas (Unicamp). Continuou sua formação com Kurt Kloetzel, professor da Faculdade de Medicina de Jundiaí e chefe do Centro de Saúde e Manicômio Judiciário do município de Franco da Rocha. Destas bases se formou seu pensamento sanitarista, que passou a se apoiar no combate ao preconceito, à discriminação e a toda e qualquer desigualdade.

Atuante no campo político, David Capistrano fez parte do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), do Partido Comunista Brasileiro (PCB), e do Partido dos Trabalhadores (PT). Foi secretário de Saúde de Bauru (SP), onde zerou a incidência de cárie em crianças menores de cinco anos e, em Santos (SP), em 1989. Além de secretário, também atuou como prefeito entre 1993 e 1996, colocando em prática, no interior de um hospital psiquiátrico, uma experiência no campo da Saúde Mental inédita no país: uma rede integrada de instituições, da qual os Núcleos de Apoio Psicossocial (Naps) eram os eixos principais.

Entre os seus maiores legados estão a gestão de uma política pioneira de controle e prevenção ao HIV/aids, a implantação de um programa de apoio às famílias de baixa renda e também a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, que era conhecida como “casa de horrores”. A proposta de David, considerada um marco na luta antimanicomial, não somente promoveu a humanização do manicômio, mas também a desmontagem da estrutura asilar, com fim das celas de isolamento, do eletrochoque e de outras práticas violentas. O sanitarista determinou ainda que os Naps – hoje Centros de Apoio Psicossocial (Caps) –, que já naquela época prestassem atendimento 24 horas a pacientes e suas famílias. De forma inovadora, sob a gestão dele, o município passou também a contar com atendimento domiciliar e criou embriões de cooperativas, usina de lixo reciclável e o Projeto Tam-Tam com ex-internos, terapeutas e a comunidade. 

RUÍNAS DO BRASIL

Para entender o Brasil, a jornalista e documentarista Eliane Brum decidiu inverter o ponto de vista de onde olhava os fatos. Era preciso ir para o centro dos acontecimentos. E o centro não era Brasília, São Paulo ou Rio de Janeiro. Em 2017, ela se mudou de São Paulo para Altamira, no Pará — “epicentro do impacto de Belo Monte, a mais violenta cidade da Amazônia e a região mais atingida pelo desmatamento da floresta”, como explica em seu livro “Brasil, construtor de ruínas — Um olhar sobre o país, de Lula a Bolsonaro” (Arquipélago Editorial). Para ela, a floresta passa a ser o centro do mundo em um planeta que vive em emergência climática. Com base em artigos e reportagens produzidas em duas décadas de jornalismo, Eliane analisa as contradições vivenciadas pela sociedade brasileira, da eleição de Lula aos cem dias do governo Bolsonaro.

As transformações geradas por um modelo de desenvolvimento capitalista e predatório deixa um rastro de destruição, como se observa no exemplo da Usina Hidrelétrica de Belo Monte: mesmo com os impactos profundos no ambiente, na saúde e na vida dos povos do Xingu, a obra já em 2019 corria o risco de ser considerada inviável. Para a jornalista, o que acontece em Altamira é símbolo de um Brasil em ruínas.



DIVULGAÇÃO



DIVULGAÇÃO

ESCRavidÃO PERSISTE

Milhares de trabalhadores brasileiros são submetidos todos os anos a condições desumanas de trabalho e impedidos de deixar o serviço, seja por ameaças, dívidas ou cerceamento de liberdade. O regime de trabalho escravo persiste no Brasil do século 21. O livro “Escravidão Contemporânea” (Ed. Contexto), organizado pelo jornalista Leonardo Sakamoto, diretor da ONG Repórter Brasil, mergulha nessa realidade com a análise de especialistas brasileiros e estrangeiros. O autor lembra que o sistema brasileiro de combate ao trabalho escravo completa 25 anos em 2020. Nesse período, mais de 54 mil pessoas foram resgatadas.



DIVULGAÇÃO

ÊXITO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA

A erradicação da poliomielite no Brasil é um caso de sucesso de ações integradas no setor saúde, que envolveram o reconhecimento da doença e estratégias de vacinação e educação. Essa história é narrada no livro “Poliomielite no Brasil” (Editora Fiocruz), organizado por João Baptista Risi Junior, especialista em vigilância epidemiológica e ex-secretário nacional de Ações Básicas de Saúde do Ministério da Saúde. A doença, que já era conhecida no Brasil desde o início do século 20, só chamou atenção da opinião pública quando as epidemias atingiram as principais cidades do Brasil. Mas foi só a partir dos anos 1980 que as ações de vacinação potencializaram as chances de controle e erradicação da doença, conhecida por sua principal seqüela, a “paralisia infantil”.

7º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL

Organizado pela Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), o evento acontece no Recife, na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), entre 28 e 31 de julho de 2020. Com o tema “Desorganizando posso me organizar: Lutas, afetos e resistências antimanicomiais”, a proposta é debater experiências de resistência construídas a partir dos saberes e práticas do cotidiano no contexto de crise da democracia e da reforma psiquiátrica brasileira e latino-americana.

Quando: 28 a 31 de julho de 2020

Onde: Recife

Info: <https://www.congressoabrasme.org/>

POR UMA PEDAGOGIA DAS RETICÊNCIAS...

FRANCO DE CASTRO

A vida está repleta de ponto final. Cristalizam-se situações e sujeitos no molde do confinamento. Ninguém parece poder mudar e as coisas parecem não poder ganhar outras formas, dimensões e tamanhos. Se a dita polarização nos mostra que as afirmações e o seus pontos finais não têm se traduzido em diálogos, esquecemos que é através das perguntas e da escuta que criamos pontes e nos aproximamos de construir relações mais afetuosas, ou seja, de afetar propriamente uns aos outros.

Na educação escolar obviamente não é diferente. Os pontos finais são muitos. As dimensões do sucesso e do fracasso são atribuídas aos sujeitos como mérito ou demérito próprio – o que se aplica a estudantes, famílias, professores, coordenadores... Responsabilizamos indivíduos e negamos processos, afinal é mais fácil encontrar supostos culpados do que se debruçar profundamente na análise das situações.

Em geral, se um estudante não aprendeu é porque ele supostamente não deu conta, não se esforçou, ou pior, não é capaz... como se as dificuldades existentes fossem um atributo unilateral de “su persona”. Os mesmos pontos finais são colocados nas sentenças de nós professores – como se a culpa pela má alfabetização, dificuldades básicas em matemática e construção de um pensamento científico fosse nossa, pois não estamos explicando direito...

Deixamos de elaborar perguntas que nos aproximariam de construir outros mundos: por que a escola, num sentido generalista, está historicamente estruturada dessa maneira hierárquica, opressora, robotizadora, silenciadora e não de outra? O que isso tem a ver com o mundo capitalista-patriarcal-moderno-colonial que vivemos? No chão da escola, como as pessoas se sentem no seu dia a dia? Felizes? Tristes? Angustiadas? Empolgadas? Ávidas pelo conhecimento? Desestimuladas? Por que muitos estudantes não estão aprendendo os conteúdos lecionados? Ensinar e aprender são sinônimos? O que isso revela sobre a metodologia pedagógica e as relações que se constroem na escola? Por que definimos que todos os estudantes devem apresentar os mesmos resultados nos mesmos tempos? Qual é o momento em que os profissionais da educação se debruçam sobre essas questões de maneira coletiva? O que acarreta na construção das subjetividades dos atores escolares quando o suposto fracasso está integralmente concentrado em suas costas?

Parece ser um tempo em que mais do que nunca fazemos questão de reafirmar que o outro é diferente. Parecemos, mais uma vez, esquecer que quando criamos a categoria diferente, também criamos a categoria normal, que bem define onde nos situamos. O diferente passa a ser não aquele que apresenta outro ponto de vista, mas aquele que é inferior, mais limitado e não alcança as nossas perspectivas e expectativas.

Se aprender é uma dimensão humana, quando dizemos que alguém não é capaz de aprender, esvaziamos a


humanidade do outro e também aquela que nos habita, pois nessa relação de dominação reforçamos uma cultura capacitista que controla e determina o que o outro é. Ai mora a questão, não enxergamos o outro como um “está sendo”, mas diante da lógica cristalizadora do ele/ela é assim, definimos que os resultados são frutos de uma forma de ser única do sujeito no mundo. Simplificamos o debate, justamente quando a conjuntura nos impele maior complexificação dele.

Aprendemos basicamente por curiosidade e/ou necessidade. Não aprendemos apenas o que nos interessa e nem apenas o que o mundo nos sugere. Aprendemos se nos relacionamos — tanto com o conhecimento em si, como também com as pessoas que nos estimulam. Se realmente acreditamos que cada indivíduo é um e, portanto, possui seu tempo, suas maneiras de aprender, é difícil imaginar que uma única abordagem didática e metodológica dê conta da diversidade que a escola nos apresenta.

É por isso que sinto falta das reticências nas escolas. São elas que deixam a reflexão pairando. São elas que permitem um silêncio genuíno ao invés da gritaria. São elas que valorizam mais os processos do que a substância final. Precisamos de pontes e não de um único ponto.

Sermos mais gerúndio e não infinitivo. Pelo menos com as reticências já são três caminhando.... Pensar uma pedagogia das reticências é valorizar mais a construção e a desconstrução de estados do que o apego pelo resultado em si. É estar e não meramente ser. É quebrar muros e não aprisionar. É construir alteridade e não familiaridade. É dimensionar as facetas e não petrificar uma imagem.

Voltemos a necessidade de elaborar perguntas. Somos escolarizados a todo tempo a dar respostas em exercícios, testes, reuniões e provas e não a questionar na mesma proporção, mesmo sendo as perguntas o catalisador da transformação. Como fazer a escola ensinar que os sonhos podem ter vida? Como fazer a escola ser o espaço que não nos responsabiliza e nos diagnostica quando não sabe lidar conosco? Como a escola pode ser o espaço que não silencia, mas que valoriza o silêncio que emerge da escuta ativa? Como a escola nos potencializa e não nos cristaliza?

O “como” parece ser o anfitrião de onde reside as reticências, pois com ele podemos admitir que não sabemos ou não temos uma única resposta. E, daí entendemos, que as reticências carregam como o vento o que não vemos ou pegamos, porém sentimos. E é desse sentir que se emergem novas relações, novos mundos, novas escolas. É preciso estar aberto a mutação que a educação nos sugere, caso contrário, entenderemos que cristalizamos os sujeitos e situações, quando nós mesmos já estamos cristalizados. 

■ Professor de Química da rede básica, coordenador geral do Projeto Construindo Saber, membro do coletivo [Re] considere, criador do curso Amã - Desformação Docente, poeta e escritor



**UMA MÃO LAVA A OUTRA
E PROTEGE SUA SAÚDE**

Higienizar as mãos é uma medida simples e eficaz na prevenção de infecções, inclusive pelo novo coronavírus (Covid-19). Um cuidado que está ao seu alcance e que pode salvar vidas.

RADIS

Nosso Lado é a sua Saúde