

Comunicação e Saúde desde 1982

Nº 169 . OUT 2016

RADIS



SUS

ESVAZIADO

Contexto de ameaças a direitos sociais põe em risco a saúde da população, advertem gestores, acadêmicos e ativistas

Zika: do alarme ao silêncio

Livro conta histórias de mulheres infectadas pelo vírus durante a gravidez e alerta para o silenciamento repentino sobre a doença



Nathália Gameiro*

O zika passou a ser destaque em 2015, com o aumento incomum de casos de bebês com microcefalia no Nordeste. A história da epidemia do vírus no país, desde a identificação à descoberta da transmissão da doença das mães para os bebês durante a gestação, é contada no livro *Zika: do sertão nordestino à ameaça global*. A publicação, assinada por Débora Diniz, professora de bioética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) e da Universidade de Brasília (UnB), foi lançada no dia 31 de agosto em Brasília.

Débora Diniz, que também é pesquisadora do Instituto de Bioética (Anis), foi convidada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a participar de um grupo de trabalho para definir recomendações de saúde para notificação e vigilância da síndrome Guillan-Barré e da microcefalia. Em seguida, foi a Campina Grande (PB), quando teve o primeiro contato com mulheres vítimas do vírus e produziu o documentário *Zika – Vozes da Igualdade* (disponível em <http://goo.gl/nsdOSr>), narrando a realidade das mulheres do serviço de referência do município. O vídeo apresenta algumas personagens também retratadas no livro.

Neste momento, a pesquisadora conheceu os primeiros médicos a detectar os efeitos do vírus, os tipos de problemas que eles enfrentavam e as histórias das gestantes e mães de recém-nascidos com microcefalia. O livro começou a ser escrito em março de 2016, acompanhando o ritmo da epidemia, narrada a partir do Nordeste. O livro registra relatos de médicos de laboratório e de assistência (chamados de “beira do leito”), elaboradores de políticas públicas e também a angústia das mulheres com a doença até então desconhecida. Além disso, a publicação revisa a literatura médica sobre o vírus e sobre a síndrome de Guillan-Barré, e analisa cerca de seis mil matérias de jornal da imprensa nacional e internacional.

No livro, Débora descreve as disputas e controvérsias acerca de quem foi o primeiro a descobrir e identificar o vírus, e até mesmo a publicar sobre o tema, assim como narra a história do paciente “número zero”, afetado pelo vírus no primeiro mês da gestação e gêmeo com outro menino, aparentemente não afetado — situação que despertou a atenção de pesquisadores. Também revela a identidade da mulher europeia que, aos oito meses de gestação, perdeu o bebê em cujo cérebro foi identificado material genético do vírus.

De acordo com ela, a obra tem um papel importante para o agendamento do zika no Brasil, assim como toca em uma série de questões que persistem na sociedade brasileira sobre saúde da mulher, como interrupção da gestação, acesso a métodos de planejamento reprodutivo e cuidados com o corpo.

A EPIDEMIA CONTINUA

Dados do Ministério da Saúde mostram que até julho de 2016 foram registrados mais de 174 mil casos prováveis de zika no Brasil. Destes, mais de 66 mil foram no Nordeste. Em relação às gestantes, foram registrados 14.739 casos. Uma delas é a Maria Carolina Silva Flor, que durante a gravidez teve dor de cabeça, febre, dor atrás dos olhos e manchas na pele e acreditou ser apenas uma alergia. Os sintomas eram comuns a muitas mulheres na região de Campina Grande. Na unidade de saúde, recebeu o diagnóstico de virose. Meses depois, nasceu Maria Gabriela, com microcefalia.

Maria Carolina, 21 anos, e o marido Joselito Alves, de 27 anos, têm sua história contada no livro. O casal esteve presente no lançamento, em Brasília, no mês de setembro. Emocionado, o pai contou os desafios que enfrenta no dia a dia para o tratamento da filha de oito meses. Eles moram em um sítio no município de Esperança, a 28 quilômetros de Campina Grande, e dependem do carro da prefeitura para fazer fisioterapia duas vezes na semana, o que nem sempre conseguem. Quando tem transporte, Maria Carolina leva mais de três horas para chegar ao centro de saúde. Além disso, não tem acesso aos medicamentos de que a filha precisa.

Muitas famílias enfrentam os mesmos desafios que Maria Carolina e Joselito. Foram 1.538 casos confirmados de microcefalia no Nordeste, de novembro de 2015 a agosto de 2016. No Brasil, o número chega a 1.845. Para Débora, a epidemia precisa continuar a ser discutida. “O zika sumiu da imprensa brasileira, e a gente tem o dever de trazê-lo de volta, porque a epidemia continua. Eram 40 famílias com bebês afetados pela síndrome neurológica em fevereiro, só em uma unidade básica de Campina Grande, e agora estamos com mais de 120. De janeiro a junho, a epidemia cresceu 150%”, ressalta.

* Especial da Fiocruz Brasília

Contra o colapso do SUS

O desmonte da Constituição com redução de recursos para saúde e educação, supressão de direitos trabalhistas e previdenciários e a coerção contra a livre expressão de pensamento crítico são marcas do governo Temer e estão motivando intensos debates e mobilizações por parte dos defensores do SUS e da Reforma Sanitária.

A Proposta de Emenda Constitucional 241, que congela despesas primárias como saúde e educação por 20 anos, se aprovada, levará ao “colapso” do SUS, com o sucateamento e queda na cobertura e na qualidade da oferta em todos os municípios do país, garantem representantes do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Pesquisadores da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal do Rio de Janeiro veem prejuízo à população também, caso seja implementada uma nova forma anunciada pelo Ministério da Saúde para o ressarcimento por planos de saúde por atendimentos feitos pelo SUS.

“Temos pela primeira vez um governo declaradamente anti-SUS”, alerta o ex-ministro da Saúde, José Gomes Temporão, que considera “equivocada e obtusa” a visão de que “saúde é gasto e que a solução é o mercado”, tão difundida pela mídia comercial e que subjaz à ideia de congelamento. As consequências da PEC 241 serão “catastróficas” também, segundo o vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Nilton Pereira Junior, por reduzir o investimento das prefeituras em saneamento, transporte, coleta de lixo, serviços que impactam diretamente a saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde consagrou o conceito de saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Tudo o que está ameaçado no momento. E os recursos

que deveriam garantir os direitos sociais serão realocados “para pagar uma dívida pública impagável, jamais auditada” protesta o ex-presidente da Fiocruz, Paulo Buss. Dívida e juros que levaram 42% do Orçamento da União em 2015, calcula o movimento Auditoria Cidadã da Dívida Pública.

“Estaremos em cada trincheira lutando conta aqueles que pensam que o SUS pode ser terminado ou que a 8ª Conferência pode ser apagada da memória”, afirmou o diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Hermano Castro, nas comemorações dos 30 anos da “Oitava”.

A luta por “nenhum direito a menos” é para ser travada com “unidade na diversidade e engajamento”, entende o pesquisador do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Ruben Mattos. “É preciso falar com as pessoas que não necessariamente integram espaços institucionalizados de participação, como as das ocupações do SUS”, orienta Juliana Acosta, da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura. “Dialogar com os coletivos, como as ocupações em escolas, na busca por uma democracia mais direta e participativa”, completa Nilton Junior, da Abrasco.

“É preciso aproximar a saúde da comunidade, do território”, diz Karla Chrispim, que em 1986 atuava no movimento de bairros no Rio de Janeiro e integrou a representação dos usuários na 8ª Conferência. O que ela ouviu de Sergio Arouca, em discurso, ecoa até os tempos atuais. “Vai ser na diversidade, vai ser no coletivo, que nós vamos conseguir o nosso projeto, imaginando que na construção disso muitas vezes nós vamos errar, mas nunca errar o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa”.

Rogério Lannes Rocha
Editor-chefe e coordenador do programa Radis



Expressões e Experiências	
• Zika: do alarme ao silêncio	2
Editorial	
• Contra o colapso do SUS	3
Cartum	3
Voz do leitor	4
Súmula	5
Toques da Redação	9
Capa Futuro do SUS	
• Alerta máximo contra retrocessos	10
• PEC 241: o colapso do SUS	13
• 8ª CNS: pedra fundamental	15



Segurança pública	
• Polícia	18
Medtrop 2016	
• Ciência para a vida real	23
• Chikungunya	26
• Zika	27
• Dengue	28
• Malária	28
• Hepatites	29
• Esquistossomose	30



Promoção da saúde	
• Sono de verdade	31
Serviço	34
Pós-Tudo	
• Lei Orgânica, 26 anos	35

Capa: Arte de Felipe Plauska

RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN



Suicídio

Tenho acompanhado as publicações da revista religiosamente. Os temas abordados são muito pertinentes para se pensar a saúde. Parabéns a todos! Gostaria de saber se em alguma edição a revista tratou sobre o suicídio, uma preocupação de saúde pública mundial. Se não, gostaria de deixar como sugestão, para as próximas edições! Obrigada e parabéns pelo trabalho de todos.

- Charlie Paulina Ody, Boa Vista do Buricá, RS

R: *Charlie, o suicídio tem aparecido na Radis permeando discussão de vários outros temas de saúde, como uso de agrotóxicos, intolerância, depressão e síndrome do pânico; na edição 95, tratamos da sua relação com a imprensa. Enquanto não voltamos ao assunto, sugerimos consultar duas publicações da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) destinadas a jornalistas: Comportamento suicida: conhecer para prevenir e Manual para a imprensa, disponíveis em nosso site: <http://goo.gl/MkAdHO>*



Castelo da Fiocruz iluminado para a campanha Setembro Amarelo, de prevenção ao suicídio.

Maria da Penha

Gostaria de propor uma pauta sobre a lei Maria da Penha, que trata da violência contra a mulher, abordando como nós, profissionais de saúde, ainda encontramos dificuldade para notificar a violência, principalmente praticada pelos parceiros. A matéria poderia nos ajudar a melhorar a assistência e a qualidade de vida dessas mulheres e de seus filhos, que convivem com essa situação.

- Maisa Matias Pereira, Conselheiro Lafaiete, MG

R: *Olá, Maisa! Radis vem acompanhando a repercussão da Lei Maria da Penha desde que foi sancionada, em 2006 (edições 49, 92, 132 e 134). A violência contra a mulher também vem sendo trabalhada na revista, com destaque para as edições 152 e 166, que já abordaram a importância do profissional de saúde no atendimento às vítimas. Para uma pesquisa mais completa, sugerimos que visite o link de busca em nosso site, no endereço <http://goo.gl/n9dmOn>*

Alzheimer

Quero agradecer pela reportagem sobre a pesquisa da vacina contra o mal de

Alzheimer. Gostaria que vocês aprofundassem o assunto.

- Marli Conceição Almeida, Feira de Santana, BA

R: *Marli, obrigado pela sugestão! Uma matéria sobre Alzheimer está prevista para as próximas edições. Até lá, você pode conferir em nosso site o que já publicamos sobre a doença. Acesse <http://goo.gl/islxxQ>*

Contraceptivos

Agradeço a todos pelas excelentes matérias publicadas. É muito importante ter contato com jornalismo sério e comprometido com temas que afetam diretamente a vida de nós, cidadãos comuns. Gostaria que tratassem do uso prolongado de anticoncepcional e da pílula do dia seguinte, pois tenho visto muitas postagens falando mal desse tipo de contraceptivo, contando histórias de morte ou relatando problemas sérios de saúde em jovens mulheres. Precisamos de informações sérias sobre o tema, tão relevante para as cidadãs brasileiras.

- Mirna Juliana Fonseca, Rio de Janeiro, RJ

R: *Mirna, esta é uma ótima sugestão! Planejamos, para breve, matérias que*

abordem variados aspectos da concepção, incluindo planejamento familiar e os variados métodos contraceptivos. Por enquanto, você pode visitar nosso site e ver o que já publicamos sobre o assunto sobre a pílula do dia seguinte em <http://goo.gl/OePsqz>.

Capital estrangeiro

Escrevo à Radis a fim de sugerir uma matéria sobre a abertura ao capital estrangeiro na Saúde, como anda a discussão no Brasil e o que se tem debatido até então, seja contra ou a favor dessa forma de privatização do sistema de saúde brasileiro.

- Daniele Acosta, Rio Grande, RS

R: *Olá, Daniele! Já publicamos uma reportagem sobre capital estrangeiro na edição 151 (<http://goo.gl/8wLzUC>). Mas o assunto também foi tratado em outras matérias. Você pode acessar nosso site em <http://goo.gl/N7VWde>*

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA
A Radis solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha nome, endereço e telefone. Por questão de espaço, o texto pode ser resumido.

EXPEDIENTE

RADIS® é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa Radis de Comunicação e Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

Presidente da Fiocruz **Paulo Gadelha**
Diretor da Ensp **Hermano Castro**

Editor-chefe e coordenador do Radis **Rogério Lannes Rocha**
Subcoordenadora **Justa Helena Franco**

Edição **Adriano De Lavor**
Reportagem **Bruno Dominguez** (subedição),
Elisa Batalha, **Liseane Morosini**, **Luiz Felipe Stevanim** e **Ana Cláudia Peres**
Arte **Carolina Niemeyer** e **Felipe Plauska**

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

Administração **Fábio Lucas** e **Natalia Calzavara**
Apoio TI Ensp **Fabio Souto** (mala direta)

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

Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cadastro) Periodicidade **mensal** | Tiragem **95.500** exemplares | Impressão **Rotaplan**
Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) • Tel. (21) 3882-9118
E-mail radis@ensp.fiocruz.br
Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

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

www.ensp.fiocruz.br/radis
/RadisComunicacaoeSaude

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



Profissional estrangeiro do Mais Médicos realiza atendimento na Ilha de Marajó (PA): mesmo bem avaliado pela população, programa ainda é alvo de críticas nos meios de comunicação

Mais Médicos ainda sob ataque

Embora bem avaliado pela população, o programa Mais Médicos continua sendo atacado de forma gratuita pela imprensa. Matéria publicada pelo jornal O Estado de S. Paulo (14/9) sobre as negociações do convênio mantido entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o governo cubano destacou, no título, que “os cubanos do Mais Médicos devem ter reajuste de 10%” (12/9). A informação, além de induzir o leitor a acreditar que os estrangeiros teriam vantagens em relação aos brasileiros, era especulativa — como se comprovou com o anúncio oficial das novas regras do programa (20/9).

Em seu site, o próprio *Estadão*, ignorando a informação anteriormente dada, publicou que o aumento, concedido a todos os 18.240 médicos que integram o programa, foi de 9%. Com o novo acordo, o valor do repasse da bolsa-formação passou de R\$ 10.570 para R\$ 11.520, a partir de janeiro de 2017, informou a matéria. Já o site G1 DF (20/9), destacou o impacto que o aumento trará nas contas públicas, registrando que o montante vai implicar em mais R\$ 300 milhões por ano no orçamento, e que o gasto com o programa passará de R\$ 2,7 bilhões para R\$ 3 bilhões.

As novas regras do Programa Mais Médicos flexibilizaram um impasse

enfrentado pelo governo da presidenta Dilma Rousseff: pela nova lei sancionada pelo presidente Michel Temer (12/9), o programa foi prorrogado por mais três anos e foi mantida a dispensa de revalidação do diploma para médicos estrangeiros e brasileiros formados no exterior. Segundo o Portal Brasil (16/9), o visto temporário dos médicos estrangeiros também foi prorrogado por três anos e agora acaba em outubro de 2019. Na prática, a medida evita que cerca de 7 mil profissionais sejam obrigados a deixar o programa, já que o prazo de permanência acabaria em outubro.

Apesar de todos os avanços e resultados positivos no cuidado e na atenção às comunidades, o programa também continua sob ataque de entidades médicas. Jecé Brandão, 2º vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), disse à *Folha de S. Paulo* (21/9), que acha inadequado “o retorno desses brasileiros sem se submeterem aos processos de revalidação dos seus diplomas previstos em lei” e aponta “cursos de qualidade questionável” em países como Bolívia e Paraguai. Ao jornal *O Globo* (20/9), o médico disse que a medida coloca a “população brasileira, principalmente os mais vulneráveis, em situação de risco”. Em matéria publicada no *Estadão* (20/9), o ministro da Saúde Ricardo Barros argumentou que esses profissionais passam por um

treinamento antes de serem enviados ao trabalho e reforçou que, até agora, nunca houve problemas com profissionais vindos desses países.

O governo já sinalizou, no entanto, que vai substituir de forma progressiva a participação dos médicos cubanos. O objetivo é reduzir em 35% a presença desses médicos em três anos. A estimativa é que os brasileiros substituam até 4 mil cubanos, como revelou a *Folha* (20/9), e que, entre dezembro de 2016 e abril de 2017, cerca de 2 mil vagas de cooperados sejam oferecidas em editais. Mas os médicos cubanos serão ainda contratados, caso brasileiros não sejam selecionados. Ainda, pela nova regra, médicos cubanos que tenham formado família no Brasil podem pedir permanência por mais três anos. Ao fim do contrato, o profissional estrangeiro só poderá exercer a medicina no Brasil se tiver o diploma revalidado, esclareceu o G1 DF (20/9).

Segundo informações do Ministério da Saúde, o programa Mais Médicos está presente em 4.058 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), levando assistência para cerca de 63 milhões de pessoas. Ao todo, existem 11.429 médicos cubanos atuando no Brasil. O índice de profissionais com registro médico brasileiro é de 29%.

Educadores criticam mudanças no Ensino Médio

A reforma no Ensino Médio apresentada (22/9) pelo Governo por meio de uma Medida Provisória causou polêmica pelo conteúdo e pela forma. O texto original da MP distribuído à imprensa dizia que aulas de artes, educação física, filosofia e sociologia seriam abolidas do currículo cabendo às escolas, redes de ensino e alunos definir quais delas fariam parte dos estudos. No início da noite, porém, diante da repercussão negativa, a Secretaria de Educação Básica do Ministério da Educação (MEC) divulgou nota anunciando que a redação estava errada e precisava de “ajustes técnicos”. A versão final garante as 13 disciplinas exigidas atualmente por lei — até que seja definida a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), em meados de 2017.

“Eu assumo a responsabilidade, houve um erro que infelizmente levou a essa confusão. Não se está acabando com nada”, afirmou Rossieli Soares, secretário de Educação Básica, em entrevista ao jornal *Zero Hora* (23/9). De todo modo, a reformulação dá prioridade à flexibilização do currículo e autonomia aos estados para que criem as próprias políticas educacionais e programas, podendo incluir conteúdos como cursos técnicos e profissionalizantes. A medida provisória também prevê que 50% dos matriculados cumpram jornada escolar em tempo integral.

De acordo com a reforma proposta, as escolas não serão obrigadas a ofertar as cinco ênfases previstas pela nova regra: linguagens, matemática, ciências da natureza, ciências humanas e ensino técnico. Ou seja, há a possibilidade de um aluno que quer seguir na área de matemática ter de mudar de instituição, caso o colégio em que estuda não ofereça a modalidade, como exemplificou reportagem de *O Estado de S. Paulo* (23/9).

O anúncio da reforma motivou críticas de especialistas e educadores. *Radis* ouviu a opinião do professor de história do Ensino Fundamental e Médio, Luiz Fernando Leitão. Ele disse reconhecer a necessidade de uma mudança na estrutura do Ensino Médio, mas não vê com bons olhos mudanças feitas a partir de medidas provisórias (MP). “O território do educar é o local do diálogo, da construção, da participação. Em outras palavras, a praça pública do exercício da democracia. Editar uma MP acreditando que ela mudará o sistema por si é pueril”, reforçou.

Ele criticou ainda o que chama de “falta de convicção” do Governo. “Faz se uma MP, anuncia como a ‘última coca-cola do deserto’ e no outro dia informa que estão voltando em alguns itens e que divulgaram o texto errado. Soa como a maior prova de falta de consistência de causa sobre o assunto”, argumentou. “Pensar em qualidade de ensino abstraindo artes, sociologia, filosofia e educação física do currículo no momento atual será um aborto de gerações”. Luiz Fernando é diretor da Escola Estadual Marieta Soares Teixeira, em Cataguases, Minas Gerais. Para ele, a MP não deixa claro quais disciplinas efetivamente serão acrescentadas, o número de aulas por disciplinas e as questões dos módulos, entre outros aspectos que poderão causar transtornos para as escolas. “O que precisa de fato acontecer é uma ampla discussão nacional sobre a questão. A MP não apresenta quais educadores, consultores, teóricos, militantes da educação e sindicatos foram convidados para ajudar a elaborar o documento”, concluiu. O Senado Federal abriu consulta pública sobre a pertinência da Medida Provisória. Para votar, acesse o link <https://goo.gl/bzSK7c>

Fim da classificação indicativa fragiliza ECA

Desde setembro, vale a regra do controle remoto: para os pais que não gostarem de cenas de sexo e violência na TV, só há a alternativa de mudar de canal, ainda que este programa seja exibido em plena hora do almoço ou às quatro da tarde. Uma decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), em 31/8, julgou como inconstitucional o artigo 254 do Estatuto da Criança e do



ILUSTRAÇÃO: LUCAS PELEGRINETI

Adolescente (ECA), que estabelecia multa e suspensão de programação às emissoras de rádio e TV que exibirem programas em horário não recomendado pela classificação indicativa. A partir de agora, as emissoras de TV não serão multadas caso exibam programas em qualquer horário na TV aberta, mesmo que estes contenham cenas de violência, apelo sexual ou uso de drogas.

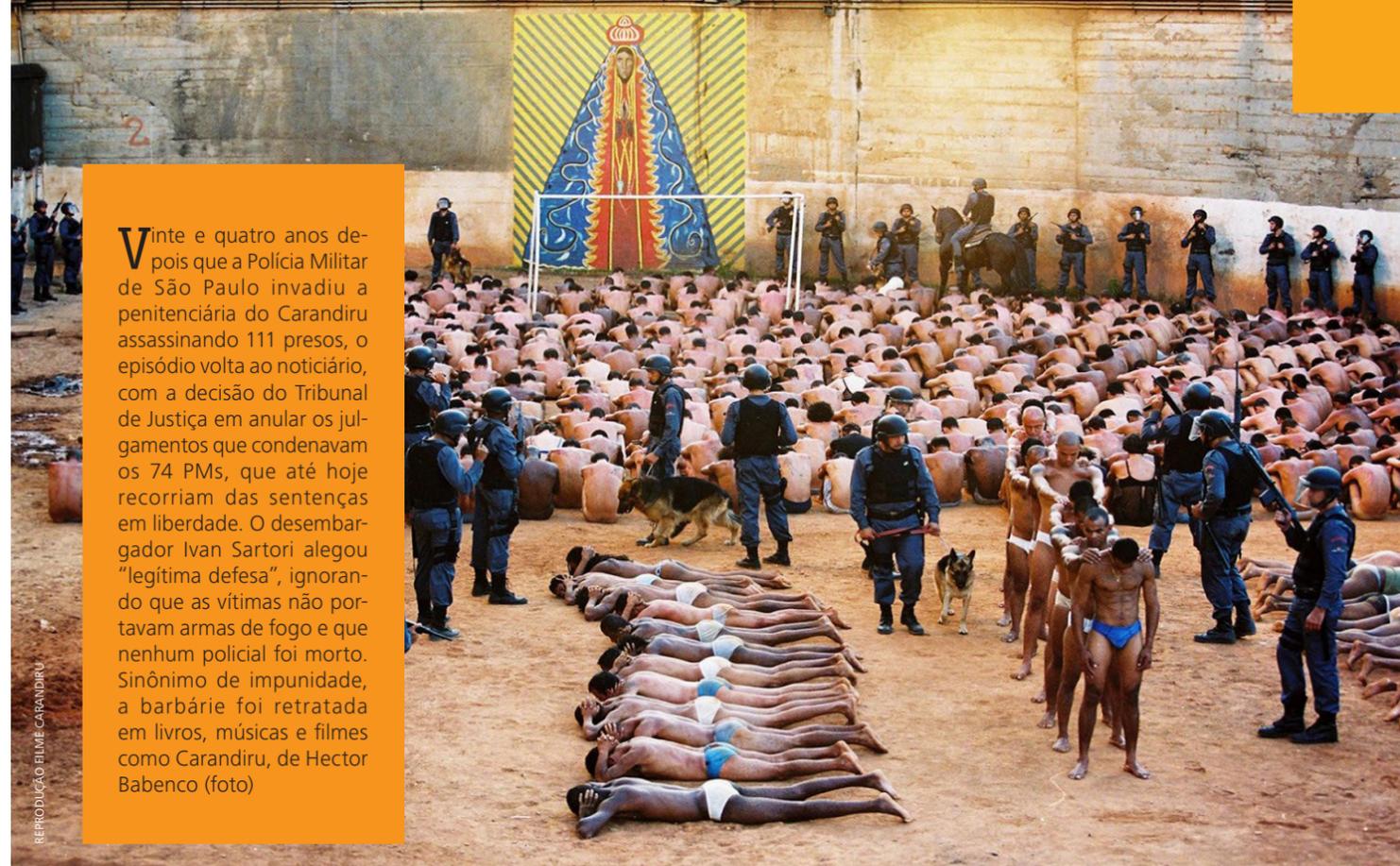
A classificação indicativa está prevista na Constituição e é um tipo de informação direcionada às famílias sobre a faixa etária para a qual determinada obra audiovisual é recomendada. Produtos para TV, cinema e vídeo, além de jogos eletrônicos, aplicativos e jogos de interpretação (RPG), são classificados como livres ou não recomendados para crianças e adolescentes, de acordo com o seu conteúdo. Como explica o site do Ministério

da Justiça, responsável por gerenciar a regra, a medida não substitui o cuidado dos pais, e a classificação é estabelecida a partir de uma sugestão dada pelas próprias emissoras.

O julgamento do STF, a partir da ação direta de inconstitucionalidade (ADI) 2404, proposta pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) em 2011, definiu a classificação indicativa como uma forma de censura. A mudança contou com o apoio da Associação Brasileira de Emissoras de Rádio e Televisão (Abert), que representa as empresas de rádio e TV. Mas para a Andi — Comunicação e Direitos, o mecanismo contava com cada vez mais participação da sociedade, inclusive levando em conta a autorregulação das próprias empresas, por isso não pode ser considerado censura. Segundo a organização, trata-se de “uma política aberta, participativa e

complexa que acabou sendo fragilizada com a decisão”.

O ataque à classificação indicativa dá maior poder às empresas de comunicação, avaliou a jornalista Helena Martins, em matéria no site da Andi (2/9). O argumento de que basta os pais mudarem de canal, diante de cenas impróprias para menores, desconsidera a responsabilidade social dos meios de comunicação e a participação da sociedade no debate sobre a mídia, acrescentou a jornalista, que é também integrante do Intervozes — Coletivo Brasil de Comunicação Social. O mesmo defendeu o ministro Edson Fachin, que votou contra a suspensão, ao lembrar que a classificação indicativa se baseia na experiência de outros países, como França, Alemanha, Canadá, Chile e Estados Unidos. As consequências já podem ser sentidas na tela, como detalhou o colunista da *Folha de S. Paulo*, Daniel Castro (21/9): atualmente, a *Rede Record* reprisa às 16 horas uma novela das 22 horas sem cortes, com cenas de violência e sexo, e a *Globo* já exibe no horário das 18 horas cenas com apelo sexual. A simples exibição de armas de fogo e sugestão de sexo são considerados impróprios para menores de 12 anos e, com a regra anterior, só poderiam ser exibidos a partir das 8 da noite.



REPRODUÇÃO FILME CARANDIRU

Vinte e quatro anos depois que a Polícia Militar de São Paulo invadiu a penitenciária do Carandiru assassinando 111 presos, o episódio volta ao noticiário, com a decisão do Tribunal de Justiça em anular os julgamentos que condenavam os 74 PMs, que até hoje recorriam das sentenças em liberdade. O desembargador Ivan Sartori alegou “legítima defesa”, ignorando que as vítimas não portavam armas de fogo e que nenhum policial foi morto. Sinônimo de impunidade, a barbárie foi retratada em livros, músicas e filmes como *Carandiru*, de Hector Babenco (foto)

A TV que viola

As violações de direitos humanos praticadas pela mídia brasileira, são tema do relatório “Direito à Comunicação e à Liberdade de Expressão na Mídia Brasileira”, aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), em 16/9. O documento avaliou 28 programas e registrou, em apenas um mês, 4.500 violações de direitos e 15.761 infrações a normas legais e supralégais. Entre as irregularidades apontadas, estão desde exposições indevidas de pessoas e famílias até a incitação ao ódio e à violência, passando por desrespeitos à presunção de inocência, torturas psicológicas e tratamentos desumanos ou degradantes. Acesse o relatório: <https://goo.gl/IG6MS3>

O preço do risco

Estudo publicado no *Jornal da Associação Médica Americana* (13/9) revelou que a Fundação de Pesquisas do Açúcar (SRF) pagou a pesquisadores US\$ 48.900 em 1967 para que minimizassem o risco do consumo de açúcar para doenças coronárias em artigo publicado pelo *The New England Journal of Medicine*. A relação entre açúcar e problemas cardiovasculares já era pauta de debates desde a década de 50, o que levou a fundação a financiar a pesquisa — que responsabilizou gordura e colesterol como principais fatores de risco. Somente em 1984 o periódico inglês instituiu uma política de conflito de interesses.

Garantias trabalhistas sob ameaça

Após completar 50 anos de existência, em setembro, o FGTS (Fundo de Garantia do Tempo de Serviço) é também tema de debate sobre a modificação de suas regras. O governo sinalizou que pretende mudar o modelo do fundo, ao lançar um edital, por meio do Tesouro Nacional, em agosto, para contratar um estudo sobre o tema, que apontava que as regras atuais do FGTS estimulam uma “rotatividade excessiva” no emprego, pela possibilidade que o trabalhador tem de sacar os recursos em casos de demissão sem justa causa, como noticiou *O Globo* (3/9). Diante da repercussão, Temer teve que se justificar em um vídeo, em sua página do Facebook (14/9), e afirmou que impedir que o trabalhador tenha acesso ao seu FGTS em caso de demissão seria “loucura”.

O aniversário de 50 anos do fundo e a ameaça colocada pelo governo levaram à publicação de outras notícias sobre o tema. Segundo o presidente da Caixa Econômica Federal, Gilberto Occhi, em artigo na *Folha de S. Paulo* (13/9), o fundo garante benefícios para toda a sociedade. Já uma reportagem no site *Nexo* (21/9) mostrou que o fundo foi criado durante a ditadura militar para garantir indenização a demitidos e substituir uma espécie de direito à estabilidade no emprego que os trabalhadores da iniciativa privada contavam na época. Segundo o site, aqueles que apoiam o modelo do fundo argumentam que ele dá segurança na hora

da demissão, força o trabalhador a poupar (com recursos que podem ser utilizados na compra de um imóvel, por exemplo) e aumenta os recursos disponíveis para investimentos do poder público. Já para os críticos, o trabalhador deveria poder gerir seu dinheiro, pois a remuneração oferecida é inferior à inflação, o que faz o dinheiro perder valor com o tempo. Ainda segundo a notícia, mudanças no fundo só devem ser discutidas junto com a reforma trabalhista, que ficou para o segundo semestre de 2017, como anunciou o governo.



Fonte: Caixa Econômica Federal.



FOTO: ABR

Negligência em nome do lucro

Mais medicamentos básicos e diagnóstico efetivo, menos preocupação com o lucro da indústria farmacêutica: essa é a reivindicação principal do relatório publicado pela organização humanitária Médicos Sem Fronteiras (MSF), para cobrar ações voltadas para as necessidades da população na área da saúde, junto aos países reunidos na Assembleia das Nações Unidas, ocorrida de 20 a 26 de setembro, em Nova Iorque. Com o título "Lifes on the Edge" ("Vidas no limite"), o documento afirma que é hora de alinhar pesquisa e desenvolvimento médicos às necessidades de saúde da população, e alerta que as empresas farmacêuticas investem pouco em pesquisas sobre doenças que não são lucrativas, assim como os governos também falham em utilizar o dinheiro público no financiamento de soluções em saúde que atendam às necessidades reais da população.

Ainda há muito o que se fazer no desenvolvimento de novos medicamentos, vacinas e diagnósticos, principalmente em relação a doenças negligenciadas, aponta notícia publicada no site da organização (14/9). Ao privilegiar o lucro, as empresas ignoram os impactos de novas doenças, como ebola e infecções resistentes. Outro exemplo ocorre em relação à tuberculose, que também possui lacunas em seu tratamento: segundo o documento, em 50 anos, somente dois medicamentos contra a doença infecciosa que mais mata no mundo foram lançados, como noticiou a Agência Brasil (14/9). No entanto, o assunto também foi negligenciado pela imprensa, pois essa foi a única notícia sobre o relatório da MSF publicada nos principais veículos de mídia. O papel da ciência na melhoria da qualidade de vida da população é o tema da matéria da *Radis* na página 23. Acesse o relatório: <https://goo.gl/JZ4Xvw>

ACS aguardam aprovação de benefícios

Os agentes comunitários de saúde (ACS) aguardam a sanção presidencial do projeto de lei que atualiza questões trabalhistas da categoria. O PLC 201/2015, aprovado pelo Senado no dia 12 de setembro, prevê alguns benefícios sociais para os agentes, como a preferência no programa Minha Casa Minha Vida, o reconhecimento do tempo de serviço para aposentadoria e o adicional de insalubridade. Em 2014 o Senado já havia aprovado o piso salarial da categoria. "Os agentes têm um papel importante, que todos nós reconhecemos. O projeto é uma forma de valorizar os agentes de saúde e garantir os seus direitos", declarou à Agência Senado a senadora Fátima Bezerra (PT-RN). A matéria informou que hoje existem no país mais de 250 mil agentes comunitários de saúde e mais de 60 mil agentes de combate às endemias.

De acordo com o projeto, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias — assim como suas famílias — terão atendimento prioritário no programa Minha Casa, Minha Vida,

do mesmo modo que famílias residentes em áreas de risco ou com pessoas com deficiência. A proposta foi considerada "inadequada" pelo líder do governo, senador Aloysio Nunes Ferreira (PSDB-SP), o que motivou o relator, senador Flexa Ribeiro (PSDB-PA), a alertar para a possibilidade de veto a esse item por parte do governo.

Entre os outros benefícios aprovados pelo projeto estão também a contagem do tempo de serviço na função para todos os fins previdenciários (tanto aposentadoria quanto benefícios) — Hoje, os profissionais são concursados e sua atividade segue o regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mas ainda não há especificações quanto ao seu reconhecimento pela Previdência Social — além de o direito ao adicional de insalubridade, a inclusão em programas de escolaridade e profissionalização para os agentes sem ensino médio completo e a ajuda de custo para transporte quando participarem de cursos técnicos ou de capacitação profissional.

RADIS ADVERTE

A CULPA NUNCA É DA VÍTIMA

INFELIZMENTE, UM EM CADA TRÊS BRASILEIROS CONCORDA QUE A MULHER VÍTIMA DE ESTUPRO É RESPONSÁVEL PELA VIOLÊNCIA SEXUAL SOFRIDA.

Dado da pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública/Instituto Datafolha (21/9)



FOTO: WIKIMEDIA

A medalha de prata que a velocista belga Marieke Vervoort conquistou na competição de 400 metros classe T52 na Paralimpíada no Rio quase não recebeu destaque na imprensa, em função da repercussão do fato de a atleta ter autorização legal para eutanásia, prática legalizada em seu país. Vítima de muitas dores decorrentes de uma doença degenerativa sem cura, Marieke, 37 anos, negou, no entanto, a informação que planejava acabar com a própria vida logo após os jogos. "Já tenho a permissão para morrer, mas vou viver dia a dia e colocar minha energia na família e nos amigos, com quem não pude conviver em função dos treinamentos", declarou.

Planos "populares"

Na seção Mercado, da *Folha de S.Paulo* (20/9), vem a notícia: "Governo vai discutir com as operadoras de saúde a possibilidade de os planos populares terem regras regionais e uma maior participação dos clientes nos custos". A informação, creditada a Solange Mendes, presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), diz respeito à redução de serviços em cidades onde não haja prestadores e à ampliação de 30% para até 50% no valor que o beneficiário pagará por "gastos utilizados", informa o jornal.



**CORAÇÕES
PARAM DE BATER
DIARIAMENTE NO
BRASIL POR FALTA
DE CUIDADOS**

Só em 2015, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por quase 350 mil mortes no País, informou a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), no Dia Mundial do Coração (29/9). Entre as principais causas das doenças estão hipertensão arterial, diabetes e colesterol muito alto, alertam especialistas.

Retrato perverso (I)

As famílias mais pobres têm maior ocorrência de baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino e prematuridade. A conclusão é de Ana Daniela Izoton de Sadovsky, em tese de Doutorado Interinstitucional em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), que será defendida em 11 de outubro. Os resultados reforçam a importância das políticas de saúde pública de apoio e inserção social, de incentivo a melhoria de renda, de escolaridade em famílias com vulnerabilidade socioeconômica, defenda a pesquisadora. Saiba mais: <https://goo.gl/onDplo>

Retrato perverso (II)

A Região Norte é a que apresenta a maior proporção de crianças e adolescentes no Brasil, justamente onde está o pior índice de saneamento: os domicílios sem acesso à rede de água representam 45,52%, contra uma média nacional de 17,15%. Também na região as residências sem acesso a esgotamento sanitário chegam a 67,18%. Os dados são de relatórios divulgados por Unicef Brasil e Fundação Abrinq — *Save the Children* sobre as crianças brasileiras, lançados em setembro, com informações sobre identidade racial, distribuição geográfica, índices de mortalidade, escolaridade, trabalho infantil e violações de direitos. Acesse <https://goo.gl/rC7jxX>

Retrato perverso (III)

Entre 2000 e 2015 foram registrados 752 casos de suicídio de indígenas apenas no Mato Grosso do Sul, aponta Relatório de Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil, divulgado pelo Conselho Indigenista Missionário (Cimi), em setembro. Segundo a entidade, estudo feito por Unicef e Grupo Internacional de Trabalho sobre Assuntos Indígenas afirma que "esses jovens indígenas carregam um trauma humanitário com histórias contadas por seus parentes, de exploração, violências, mortes, perda da dignidade, enfim, a história recente de muitos povos indígenas". A íntegra do relatório está disponível em <https://goo.gl/2HV7wD>

Racismo ou injúria racial?



Em agosto, depois de ofender uma jovem negra em uma praia do Rio de Janeiro, Sônia Valéria Rebello Fernandez foi presa em flagrante e autuada pelo crime de injúria racial. Acabou liberada após pagar fiança. Diante da indignação registrada nas redes sociais por conta da liberação da agressora, a jornalista Flávia Oliveira esclareceu, após consulta ao desembargador Paulo Rangel, diferenças entre racismo e injúria racial. Racismo é crime inafiançável e imprescritível, previsto no Artigo 5º, inciso 42 da Constituição Federal. Já a injúria racial, não. Segundo ela, "racismo pressupõe a supressão de direitos coletivos em razão de cor ou raça", enquanto a injúria racial é a ofensa, desqualificação, atribuição de característica negativa pela cor da pele. "É crime tipificado no Artigo 140, Parágrafo 3º do Código Penal. Prevê até três anos de reclusão, mas a pena de restrição de liberdade pode ser substituída por restrição de direitos. Significa que é possível trocar prisão por faxina numa escola da periferia, tal como se pode substituir arroz por painço, por exemplo", apontou. Flávia ainda revelou algo mais grave: até hoje, não temos conhecimento de ninguém preso no Brasil pelo crime de racismo. "Nossa cínica democracia racial explica", criticou a jornalista.

**ALERTA MÁXIMO
CONTRA RETROCESSOS.**

QUANDO O GOVERNO TEMER

APOIA PROJETO DE EMENDA QUE CONGELA — OU, PIOR, QUE

DIMINUI

— OS JÁ ESCASSOS INVESTIMENTOS FEDERAIS EM

SAÚDE

COMO ESPERAR QUE O SUS NÃO SEJA UM

SISTEMA VAZIO?

PLANOS ACESSÍVEIS

PARA “ALIVIAR” O SUS, NOVA FORMA DE RESSARCIMENTO QUE

BENEFICIA SEGURADORAS,

PEC 241 QUE ATÉ 2025 PODE TIRAR

R\$ 69 BILHÕES

DA SAÚDE, ENTRE OUTRAS MEDIDAS, ALÉM DE

CORTES

DE DIREITOS SOCIAIS.

Elisa Batalha e Bruno Dominguez

O copo meio cheio (ou meio vazio) do SUS parece estar rachando, e a metade de água contida nele vazando em circunstâncias difíceis de serem contidas, avaliam sanitaristas em diversos espaços. A chegada ao poder de uma agenda rejeitada pelos brasileiros nas urnas pode quebrar os sonhos dos que lutaram para inscrever na Constituição e realizar a saúde como direito de todo cidadão, refletem pesquisadores, profissionais e usuários, que já vinham alertando para as imensas diferenças entre o SUS real e o SUS idealizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

“Se antes falávamos contra o subfinanciamento, agora é um claro desfinanciamento que está proposto. É um cenário muito dramático”, afirmou José Gomes Temporão, ex-ministro da Saúde e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). A frase de Temporão foi pronunciada durante a mesa redonda “SUS — o que é? o que poderá ser na atual conjuntura?”, que aconteceu no campus da Fiocruz, no Rio de Janeiro, no mesmo momento em que era votado o processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseff, em Brasília. O ex-ministro se referia ao contexto de incertezas caracterizado pela transição de governos, e sinalizava para o risco que representa a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241, que congela os gastos públicos — inclusive os destinados à Saúde e à Educação — por 20 anos (ver matéria na página 13).

O público que compareceu ao debate, promovido pela Casa de Oswaldo Cruz (COC) na manhã de 31 de agosto — trabalhadores, estudantes e sanitaristas convidados — acompanhava com apreensão as discussões, tomado por inquietações e tensões sobre o futuro da democracia, e o temor de que se esvaziem as conquistas da Reforma Sanitária. A situação do SUS, muitas vezes representada metaforicamente por um copo “meio vazio”, corre o risco de agora ser ilustrada por um copo drenado e até estilhaçado, avaliou-se.

Durante o debate, não faltaram palavras de autocrítica em relação à esquerda, reavaliação de rumos e sugestões para estratégias de luta. No geral, a tônica das falas era impedir o avanço de pautas que inviabilizem o SUS. Temporão observou que vivemos a hegemonia de um discurso no qual os gastos públicos aparecem como o principal problema do país. A mídia comercial, apontou ele, contribui para agravar o quadro, optando por “dar espaço em jornal defendendo copagamento de exames e consultas”, em detrimento da defesa de princípios fundamentais do SUS, como equidade, integralidade e universalidade. “Temos pela primeira vez um governo declaradamente anti-SUS”, alertou o ex-ministro.

O vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Nilton Pereira Junior, deu outro alerta: a ausência de interlocução do governo com setores que defendem a Saúde Pública. “O ministério da Saúde não está pleiteando recursos com a Fazenda”, enfatizou.

Temporão apontou que há um panorama geral de retrocessos, que põe em risco conquistas sociais históricas. “Estamos no limiar de uma nova realidade política e social com consequências graves. Está sendo estabelecida uma agenda de extrema direita que pretende rever benefícios dos trabalhadores e mudar regras de aposentadorias. Temos o Poder Legislativo ‘travestido’ de Executivo, ou seja, um desvirtuamento que explicita, de maneira candente, outros interesses e lobbies de empresas”, diagnosticou. Para ele, o perigo é retroceder a visões superadas de saúde, restringindo o papel do SUS apenas à assistência da população mais pobre.



FOTO: ROBERTO JESUS OSCAR

“As entidades sindicais vão continuar APOIANDO O SUS SÓ NA RETÓRICA e na prática negociando planos de saúde para suas categorias?”

José Gomes Temporão, ex-ministro da Saúde

QUE DEMOCRACIA?

O momento de votação do impeachment suscitou também autocriticas, sugeriu Temporão. “A grande desigualdade econômica ainda presente e a violência cotidiana institucional crescente obrigam os setores progressistas a repensarem a democracia e a refletirem sobre ‘que democracia’ desejam”, apontou. O ex-ministro enfatizou como grave ameaça para a Saúde a possível aprovação da PEC 241. O foco, segundo ele, é combater a visão hegemônica, “equivocada e obtusa”, que apregoa que “saúde é gasto e a solução é o mercado”. A tarefa não será fácil, orientou. Se, por um lado, ele enxerga uma grande vitalidade nos movimentos sociais, de jovens, de mulheres e de negros, por outro percebe contradições nas instituições. “As entidades sindicais vão continuar apoiando o SUS só na retórica e na prática negociando planos de saúde para suas categorias?”, questionou. Para ele, a pergunta que fica é: “há possibilidade de uma agenda progressista para além da diferença entre as instituições?”

NÓS QUEM?

Para Ruben de Araújo Mattos, pesquisador do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), no momento em que o SUS precisa de defesa, manutenção e preservação, é preciso lembrar os tensionamentos internos e externos que fizeram parte de sua construção. “Como o SUS tornou-se o SUS possível? Quem participou da construção do SUS? Nós? Nós quem?”, provocou. O sanitarista relembrou que durante a Assembleia Constituinte, em 1988, os defensores da proposta consolidada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, precisaram negociar com o chamado “Centrão”, no Congresso, quando tiveram que fazer concessões. “É importante estudar os ‘centrões’, que parecem não ter ideologia. É com eles que se negocia”, advertiu.

A atualidade, segundo o pesquisador, reflete algumas lacunas e concessões feitas naquela época. Uma diferença, na sua opinião, é que os idealizadores do SUS — como Hésio Cordeiro e Sérgio Arouca — superaram divergências internas e “tiveram a capacidade de não ver o diferente como inimigo”. O cenário adverso era a regra, não a exceção. “Só viemos a ter ministros da Saúde alinhados com a construção do projeto original do SUS a partir de 2003”, relembrou. Hoje, Ruben acredita que há um problema na base política de sustentação do SUS, com vários vetores contrários.

“A mídia vem também construindo a ideia de que a população precisa de um plano de saúde. Observamos também um neoconservadorismo da classe médica, e há um discurso no movimento sindical que fala em ‘direito a plano de saúde’”, avaliou.

Tudo isto posto, o que fazer para impedir que não tenhamos nenhum direito a menos? Unidade na diversidade e engajamento parecem ser o caminho, sugeriu Ruben. “Quando eu digo nós, quero dizer os meios social, político, acadêmico, sindical e governamental. Precisamos suportar as nossas diferenças. Conseguiremos nos engajar?”, indagou.

QUAL O CONSENSO?

As consequências da PEC 241 serão catastróficas, alertou Nilton Pereira Junior. “É um desfinanciamento muito mais aprofundado para a Saúde do que o de outras políticas sociais. Aqui, no estado do Rio de Janeiro, já estamos vendo fechamento de leitos, cancelamento de cirurgias, e assistiremos à repetição desse quadro em outros estados”, previu. Ele avaliou, no entanto, que a disputa pelo ideário da Reforma Sanitária não está totalmente perdida. “Não devemos nos unir somente para ‘barrar’ a PEC 241”, defendeu. Para Nilton, há outras medidas que também trazem grande prejuízo à sociedade. “Quando um prefeito não pode investir em saneamento, nem em transporte público, nem em coleta de lixo, isso reflete imediatamente na saúde”, comentou, falando especificamente da PEC 31, já aprovada pelo Senado, que prorroga a Desvinculação das Receitas da União (DRU) e estende essa prática para estados, Distrito Federal e municípios, e também do Projeto de Lei 451, em tramitação no Congresso, cujo texto obriga todo empregador a contratar plano de saúde para seus funcionários. Segundo ele, estas propostas também fazem parte de uma “agenda de desmonte”.

O vice-presidente da Abrasco ainda defendeu que se volte a falar sempre sobre pagamento de juros da dívida e de perdas com a sonegação fiscal. “Nesse momento, esta questão não está nem em disputa, e essa é a gravidade do problema”, observou, lembrando que as eleições municipais serão “a primeira oportunidade, após o golpe, de disputarmos as eleições e o poder simbólico”. Nilton reforçou que é em momentos de maior dificuldade que devem ser fortalecidas as instituições, e lembrou ainda a necessidade de dialogar com os coletivos, como as ocupações em escolas, na busca por uma democracia mais direta e participativa. “A nova radicalidade do movimento sanitário vai ser feita na base, não vai ser feita por uma vanguarda”, afirmou. (E.B.)

PEC 241: o colapso do SUS

Texto pretende limitar despesas primárias — exceto as financeiras, como o pagamento de juros da dívida

Poucos dias antes da aprovação pelo Senado do impeachment de Dilma Rousseff, conselheiros de saúde de todo o país reunidos na Plenária de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, em Brasília, já davam como certo o afastamento definitivo da presidenta eleita e discutiam como defender um sistema público e universal de saúde em um momento de agravamento da agenda de cortes de direitos sociais. Em pauta, nos dias 24 e 25 de agosto, estavam as crescentes ameaças ao SUS e à própria democracia. Àquela altura, com a cassação de Dilma anunciada mas não consumada, o foco das atenções era a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 241, que “congela” os gastos públicos por 20 anos, em discussão na Câmara.

O texto determina um limite para despesas primárias — exceto para as financeiras, como o pagamento de juros da dívida. Saúde e educação, no lugar de um piso (ou seja, um valor mínimo de investimentos), teriam um teto (um valor máximo de investimentos). A medida foi considerada “imprescindível” para ajustar as contas do país pelo ministro da Fazenda do governo Temer, Henrique Meirelles. O consultor do Conselho Nacional de CNS Francisco Funcia estava na plenária para explicar que o ajuste fiscal se dá à custa da redução dos direitos sociais. “Ninguém é contra o controle de despesas públicas. Somos contra a ideia de que a única forma de realizar o ajuste fiscal seja congelando ações em saúde e educação”, comentou ele, antes de questionar o uso da palavra “congelar”.

CONGELANDO DIREITOS

O governo Temer usa o termo para tratar da fixação de um limite à despesa primária dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, nos próximos 20 anos. Para 2017, esse limite seria equivalente à despesa primária de 2016 corrigida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Nos anos seguintes, o limite seria definido pelo valor do ano imediatamente anterior corrigido pelo índice de inflação.

“Se o governo não alocar recursos adicionais, assistiremos ao COLAPSO DO SUS ainda em 2016”

Francisco Funcia, consultor do CNS

Como alerta estudo realizado pelo Grupo Técnico Interinstitucional de Discussão sobre o Financiamento do SUS (GTIF/SUS), a proposta desconsidera o crescimento populacional. Assim, ao limitar as despesas com ações e serviços de saúde de 2017 às de 2016 com correção pelo IPCA, na prática, Temer estaria reduzindo o gasto público per capita no setor já no ano que vem. Pelas contas do GTIF, se aprovada, a PEC 241 levaria ao seguinte cenário: a União aplicaria em 2017 no SUS praticamente o mesmo valor que aplicou em 2015 (R\$ 100,1 bilhões). Estudo técnico elaborado pela Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados (<https://goo.gl/LsiGRa>) corrobora essa visão. Caso a PEC seja aprovada, estimou-se que o orçamento federal da saúde teria perda de 2,8 bilhões em 2017: o que subiria para 7,4 bi em 2018, 23,9 bi em 2019, e 63 bi em 2025.

COPO ESVAZIADO

“A PEC 241 não apenas congela, mas reduz consideravelmente os investimentos em saúde, pois não leva em conta o crescimento populacional previsto por estudos nem a inflação real do setor, sempre maior que a inflação oficial medida pelo IPCA”, reforçou Funcia. O texto defendido pelo governo é alvo de críticas do CNS desde que foi protocolado. Em nota, o conselho afirma que “ao estabelecer um teto para gastos em saúde, o governo coloca em risco programas amparados hoje pelo SUS e o atendimento universal do sistema”. Ou seja, ressalta que não se trata de parar de encher o



FOTO: ARQUIVO CNS

copo meio cheio (ou meio vazio) do SUS, mas sim de esvaziá-lo.

“A PEC 241 não considera o crescimento populacional, tampouco considera o envelhecimento, nem os custos crescentes da incorporação de novas tecnologias e medicamentos nos gastos em saúde, o que levará ao sucateamento e queda na cobertura e na qualidade da oferta do SUS em todos os municípios brasileiros. Não considera ainda os efeitos positivos de uma possível retomada do crescimento econômico e de um aumento real de receita. Se o governo não alocar recursos adicionais, assistiremos ao colapso do SUS ainda em 2016”, avalia o CNS (<https://goo.gl/zs8C84>), levando em conta que o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO) de 2017 antecipa o dispositivo da PEC 241.

COMO DEFENDER O SUS?

Representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), José Eri Medeiros ainda citou outras ameaças à continuidade do SUS, como a proposta dos planos “acessíveis” de saúde (*Radis* 168), ao pedir união no momento de cortes de direitos. “Nosso sistema de saúde não foi dado, foi conquistado com nossa luta e a de vocês. A plenária precisa assumir o compromisso de estarmos juntos, pois só juntos vamos passar pelos desafios deste governo”, disse ele, se referindo ao governo Temer, então interino. “Não vai ser botando gestores de um lado, profissionais

de outro e usuários de outro que vamos conseguir barrar essas medidas”.

Juliana Acosta, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), lembrou da necessidade de se falar para fora dos conselhos de saúde, especialmente com as pessoas envolvidas em ocupações do SUS que não necessariamente integram espaços institucionalizados de participação. “Não basta ter lei para se garantir o direito à saúde. A sociedade precisa estar vigilante e mobilizada pela garantia desse direito, ainda mais agora que as forças no Executivo e no Legislativo não estão a nosso favor”, comentou ela. “O SUS não nos foi concedido, não é de nenhum governo nem de nenhum governante. O SUS é nosso. Nenhuma conquista que tivemos até aqui pode ser naturalizada; elas também estão em disputa”.

Paráfraseando o sanitarista Sergio Arouca, o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Ronald Ferreira dos Santos, dava o tom do período: “Não existe SUS sem democracia, nem democracia sem SUS”. O presidente do CNS tratou da necessidade de se recolocar o povo no centro da luta pelo direito à saúde: “As eleições municipais são uma oportunidade para dialogarmos com as necessidades da população e aliarmos forças nesses duro enfrentamento”. À entrada do Centro Internacional de Convenções do Brasil, durante a plenária, um quadro questionava “Por que defender o SUS?”. Entre cerca de 100 respostas curtas, se destacava a de Ronald: “Porque eu defendo a vida”.

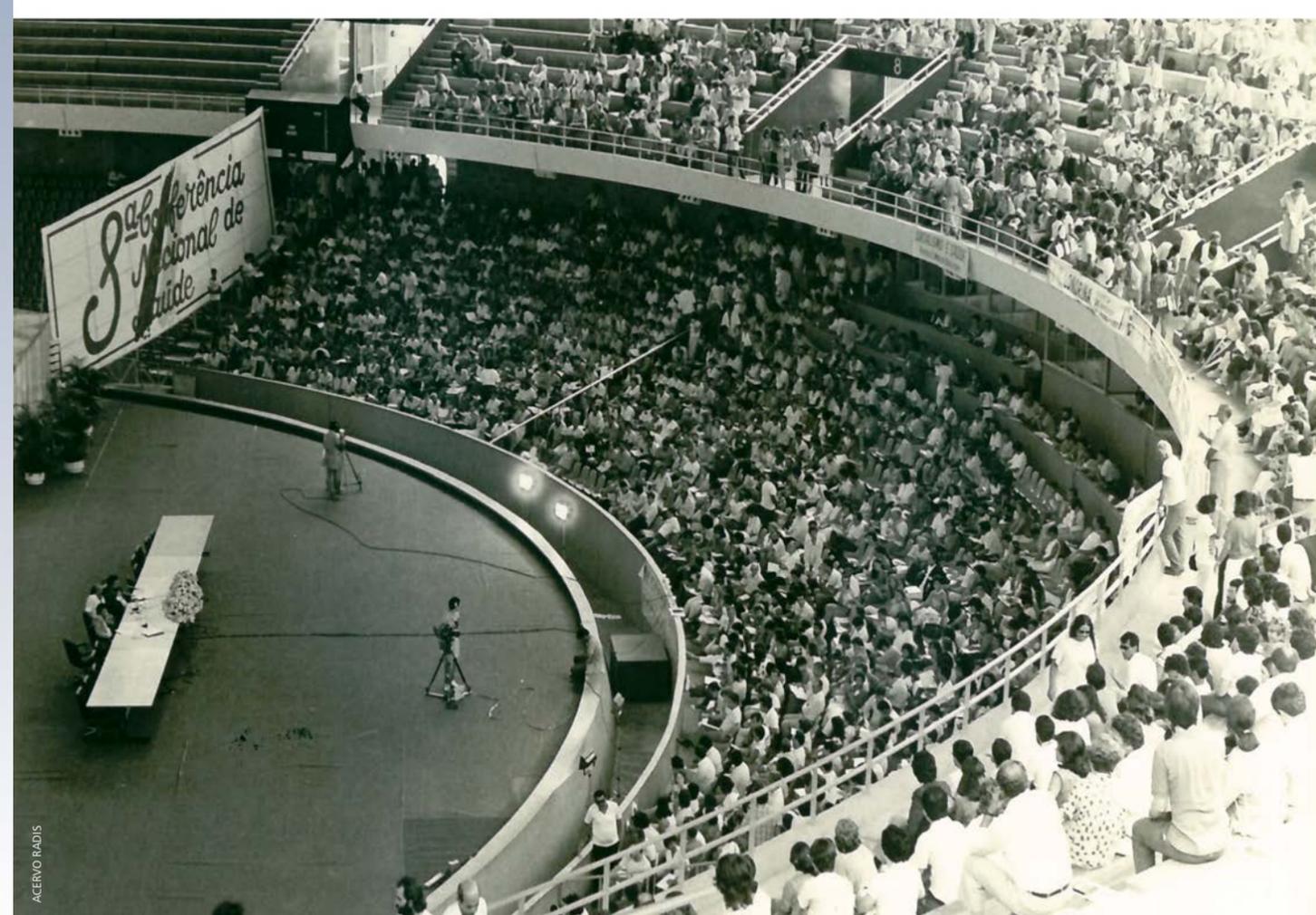
Nova forma de ressarcimento pode institucionalizar dupla porta

Terminada a Plenária de Conselhos de Saúde, o governo Temer anunciou o que pode ser mais uma ameaça ao SUS. O ministro Ricardo Barros defendeu nova forma de ressarcimento dos planos de saúde pelo uso da rede pública por seus segurados, em entrevista ao jornal *O Globo*, publicada em 26 de julho. Sob o título “Governo quer ressarcimento mais rápido de planos ao SUS”, o texto fazia crer que o ministro buscar evitar questionamentos das cobranças pelas empresas e alimentar rapidamente o caixa do SUS. Porém, sanitaristas alertam para os riscos da medida.

Professor da Universidade de São Paulo e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Mário Scheffer avalia que a nova forma de ressarcimento pode agravar a “dupla porta” em hospitais públicos — uma para pacientes com

plano e outra para os que não têm. “Onde tem dupla porta, tem dois agendamentos. Isso vai criar dificuldade maior para quem só pode recorrer ao SUS, disse o professor à *Folha de S. Paulo*.”

Ao *Globo*, a professora do Laboratório de Economia da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro Ligia Bahia observou, ainda, que a proposta de Barros pode acentuar as desigualdades no sistema: “O ressarcimento prevê que os recursos sejam direcionados para o Fundo Nacional de Saúde e distribuídos de acordo com prioridades sanitárias. Com a proposta do ministro, os recursos acabariam concentrados nos hospitais em regiões e cidades de maior renda, já que os segmentos populacionais com piores situações de saúde estão em áreas denominadas vazios sanitários”. (B.D.)



1986 . 2016

PEDRA FUNDAMENTAL

Conferência que definiu princípios do SUS completa 30 anos e inspira luta atual contra cortes no direito à saúde

Exatos 30 anos depois que a Saúde se uniu na 8ª Conferência Nacional para pedir a criação de um sistema público e universal, a mesma e uma nova geração se veem diante da necessidade de lutar batalha semelhante — se não mais para criar o SUS, ao menos para fazê-lo ficar de pé. Foi assim, pensando em 1986 e em 2016, no que assemelha e distingue esses momentos decisivos para o setor, que a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) celebrou seus 62 anos.

“É preciso resgatar os princípios e valores da 8ª, especialmente neste momento de golpe jurídico/parlamentar, em que é necessário impulsionar a resistência”, deu o tom o diretor da Ensp, Hermano Castro. “O SUS não será abandonado. Estaremos atrás de cada trincheira lutando contra aqueles que pensam que o SUS pode ser terminado ou que a 8ª pode ser apagada da memória. A história se faz com homens, mulheres, índios, com nossa comunidade do entorno, das periferias, que podem ter prejuízos enormes na vida diária diante de tantos ataques recentes”.

A frase de Hermano é um eco de outra do professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Jairnilson Paim, que poderia ter sido dita em 2016, mas é de 1986: “Para que o direito à saúde e à democracia não sejam palavras gastas e vazias, o momento histórico requer a ação de um protagonista fundamental e insubstituível: o povo”. Ou de uma do ex-presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Sergio Arouca, também proferida durante a 8ª: “Temos que aprender a viver com a diversidade. Nós temos que aprender a viver com o coletivo. E vai ser na diversidade, vai ser no coletivo, que nós vamos construir o nosso projeto, imaginando que na construção disso muitas vezes nós vamos errar, mas nunca vamos errar o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa”.

SAÚDE É DEMOCRACIA

As palavras de Arouca expressam a combinação das lutas por saúde e por democracia que marcou a 8ª, realizada entre 17 e 21 de março de 1986. “O lema ‘Saúde é Democracia’ pode parecer trivial hoje, mas não era naquele momento”, comentou a vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz Nísia Trindade no aniversário da Ensp, na semana de 12 a 16 de setembro.

A participação social não era só uma demanda da 8ª, mas também um componente fundamental dela. “Centenas de conferências municipais e estaduais aconteceram antes da etapa nacional, reunindo 50 mil pessoas, para que as teses da saúde fossem construídas desde a base”, lembrou o ex-presidente da Fiocruz e atual Centro de Relações Internacionais em Saúde, Paulo Buss.

Em Brasília, no estádio Mané Garrincha, estiveram quase 5 mil participantes — dos quais mil delegados, em distribuição paritária de usuários, trabalhadores e gestores da saúde — para ao final propor um sistema único universal, que não se restringia a um redesenho da assistência à saúde no Brasil. “Podemos dizer hoje, sem medo de errar, que a 8ª foi a Constituinte da saúde”, afirmou Buss.

MEMÓRIAS DE LUTA

Delegada representante dos usuários, a hoje servidora pública Karla Cristina Chrispim ainda guarda na memória a riqueza — e as dificuldades — do momento. “Fui eleita delegada sem saber nem para que lado ficava Brasília. Do Rio de Janeiro saíram 19 ônibus para 19 horas de viagem, sem água para beber. Dormimos no Estádio Mané Garrincha, tomamos banho com água na lata de milho”, contou, com orgulho, ela que à época integrava a Central Única de Bairros. “Em 1986, estava engajada no movimento de moradores de Campo Grande, que tinha como demanda a situação de grileiros assassinando presidentes de associação por disputa de terra. Havia a compreensão, pelos sanitaristas, que a questão da moradia interferia na saúde”.

Na 8ª, ela disse, foi que começou a entender o quanto podia contribuir para a construção de políticas sociais a partir das experiências de vida. “Hoje, na nossa dita democracia, está muito mais difícil mobilizar as pessoas, sem uma demanda por sobrevivência estar empurrando elas. Perdemos esse tipo de mobilização”, avaliou Karla, para quem é preciso aproximar a saúde da comunidade, do território.

Karla foi uma das homenageadas nos 62 anos da Ensp, ao lado de outros nomes que participaram e ajudaram a construir a conferência: Ana Maria Costa, Ana Maria Meirelles Palma, Arlindo Fábio de Souza, Ary Miranda, Francisco Braga, Jaime Antonio Oliveira, Manuel Caetano Mayrink, Mario Roberto Dalpoz, Paulo Gutierrez, Paulo Buss, Sarah Escorel, Silvia Disitzer, Christina Tavares e Ziadir Coutinho. “Hoje relembramos alguns dos princípios do SUS que nos empolgaram. É preciso dizer que esses mesmos princípios continuam nos empolgando”, observou o sanitarista Hésio Cordeiro, homenageado especial.

BASE PARA CONSTITUIÇÃO

“Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor Saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira. Exige-se uma reformulação mais profunda do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção

“Para onde vão ser canalizados os recursos que deveriam garantir os direitos sociais? Não tenham dúvida que para pagar uma dívida pública IMPAGÁVEL, jamais auditada”

Paulo Buss, ex-presidente da Fiocruz

e recuperação da saúde, e constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária”, dizia o relatório final da 8ª.

A saúde foi descrita como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. “É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.

O texto tratava da saúde como um direito, “a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade”.

O consenso dos delegados era de que o “novo sistema nacional de saúde” deveria ser regido pelos princípios de descentralização dos serviços, integralização das ações, unidade na condução das políticas, regionalização e hierarquização das unidades prestadoras, participação da população na formulação de política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde, universalização em relação à cobertura populacional, equidade no acesso dos que necessitam de atenção, atendimento oportuno, segundo as necessidades, respeito à dignidade dos usuários, entre outros.

HERANÇA AMEAÇADA

Princípios que estão em risco, especialmente pela PEC do teto de gastos. “Estão tomando o meio copo do SUS em pequenos goles sem que tenhamos condições políticas favoráveis de contraposição. Seria importante que a militância da Saúde percebesse isso. Que nossas instituições se envolvam substancialmente com o momento político, em salvaguarda das conquistas da



FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA

sociedade brasileira”, alertou o superintendente do Canal Saúde, Arlindo Fábio Gómez.

“Esse tipo de ataque a direitos que estamos vendo não acontece no Canadá, na Inglaterra. A Margaret Thatcher [primeira ministra britânica entre 1979 e 1990] fez suas reformas, mas não passou de certo ponto porque a sociedade não deixou. Aqui, passa batido. O fim da CPMF, por exemplo, foi comemorado pela mídia, e todos acharam bom acabar com ela. Com todo desvirtuamento que havia com relação a esse imposto, isso representou um baque importante no financiamento da saúde”, disse Arlindo.

Paulo Buss conclamou o setor a se unir novamente, agora para defender a Constituição de 1988 e a herança da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em risco na conjuntura do governo de Michel Temer. “Ao chegarmos aos 30 anos da 8ª, ameaças pairam sobre os direitos conquistados. A PEC 241, por exemplo, põe em risco definitivamente os direitos sociais, políticas e espaços de participação assegurados pela Constituição. Para onde vão ser canalizados os recursos para garantia dos direitos sociais? Não tenham dúvida que para pagar uma dívida pública impagável, jamais auditada e para alavancar determinados segmentos empresariais de interesse desigual e inequitativo”.

A avaliação dele é de que estão limitando a capacidade estatal de agir pela redistribuição de renda, criminalizando movimentos sociais e manifestações públicas e perseguindo lideranças sociais. “Há cortes para organizações não governamentais e imprensa alternativa que não combinarem com a visão do governo. A diversidade está sendo podada”. A tal diversidade que, segundo Arouca, é fundamental para se construir uma sociedade mais justa. (B.D.)

SAIBA MAIS

“Democracia é Saúde”: discurso de Sergio Arouca na 8ª CNS
<https://www.youtube.com/watch?v=-HmqWCTEeQ>

Anais da 8ª CNS
<https://goo.gl/2AVmiQ>



FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA

“O SUS não será abandonado. Estaremos LUTANDO contra aqueles que pensam que o SUS pode ser terminado ou que a 8ª pode ser apagada da memória”

Hermano Castro, diretor da Ensp

Com cerca de 700 mil homens, a polícia brasileira é a que mais mata e a que mais morre no mundo, dado que justifica o debate sobre a desmilitarização

Reportagem
Ana Cláudia Peres

Danilo (nome fictício) é policial militar no Rio de Janeiro. Segundo ele, matar suspeitos de serem membros de facções criminosas era uma rotina em seu batalhão. Certa vez, Danilo testemunhou um tenente ser repreendido porque apenas deteve um homem em posse de um fuzil, ao invés de matá-lo. “Não existe vivo com fuzil”, teria dito o oficial superior ao tenente naquela ocasião. “Matar bandido é o que era exigido como bom resultado por meus superiores”, confessou.

João (nome fictício) foi membro do Grupamento de Ações Táticas (GAT) em um batalhão da PM carioca. Durante uma operação, a guarnição de João usou um carro particular para se aproximar de uma favela. Com os companheiros, ele deitou na mata em uma área que sabia ser rota de fuga para supostos traficantes de droga. Outro grupo de policiais entrou na favela pelo lado oposto. Pouco depois, dois homens fugiram em sua direção. Os policiais abriram fogo, matando um dos homens imediatamente, enquanto o outro caiu no chão com os ferimentos das balas. “Para se manter lá, tem que matar, apreender armas”, disse.

À exceção dos nomes fictícios, os depoimentos acima são reais e integram um relatório divulgado em julho pela ONG Internacional *Human Rights Watch* que, entre outros dados, aponta que a Polícia Militar do Rio de Janeiro matou 8 mil pessoas na última década — 645 só em 2015. No Brasil inteiro, de acordo com o 9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 3.009 pessoas foram mortas por PMs, em 2014. Por outro lado, a vitimização policial também é um fato. Nesse mesmo ano, 398 policiais morreram exercendo suas atividades, o que corresponde a pelo menos um por dia.

Há alguma coisa errada quando a polícia de um país é considerada a que mais mata e, ao mesmo tempo, a que mais morre no mundo — dupla carga que pesa sobre os ombros dos agentes brasileiros, segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Os altos índices de mortalidade apontados em diferentes relatórios e pesquisas fizeram com que o Conselho de Segurança da Organização das Nações Unidas (ONU) recomendasse, ainda em 2012, a supressão da Polícia Militar no Brasil. Quatro anos depois, o debate sobre a desmilitarização toma corpo no momento em que manifestantes voltam às ruas do país contra o impeachment da presidenta Dilma Rousseff. Em São Paulo, a Força Tática da PM tem utilizado balas de borracha, bombas de gás lacrimogêneo e spray de pimenta para conter os protestos com violência, a exemplo do que ocorreu nas manifestações de junho de 2013. Para os críticos da militarização ouvidos nesta reportagem, esses são exemplos da lógica bélica que impera na polícia brasileira.

FOTO: MÍDIA NINJA

POLÍCIA



O CONSELHO DE SEGURANÇA DA ONU RECOMENDOU O FIM DA POLÍCIA MILITAR NO BRASIL

70% DOS BRASILEIROS NÃO CONFIAM NA POLÍCIA

O FIM DA POLÍCIA?

“Não acabou, tem que acabar, eu quero o fim da Polícia Militar”. No senso comum, essa queixa ouvida repetidas vezes nas manifestações, ou mesmo a conhecida expressão “Desmilitarização da polícia”, pode dar margem para alguns mitos que se criaram em torno do assunto — entre eles, o de que o termo “desmilitarizar” significa que “a polícia vai trabalhar desarmada” ou que “serão tiradas a farda e a viatura da polícia” ou ainda que “vai haver demissão em massa dos policiais”. Mas nada disso é verdade.

“Desmilitarizar a polícia implica em trazê-la para os marcos democráticos. Isso não quer dizer seu desarmamento ou a precarização do trabalho dos profissionais de segurança”, esclarece a psicóloga Ana Vlândia Holanda Cruz. Nas palavras da psicóloga, desmilitarizar é “permitir aos policiais direitos civis, proteger contra os abusos da rígida hierarquia militar que frequentemente se transmuta em assédio moral e violência, primar pela prevenção e humanizar a formação e a atuação dos agentes: da perspectiva bélica para uma segurança centrada na garantia de direitos e na preservação da vida”.

Ana Vlândia integra o Comitê Cearense pela Desmilitarização da Polícia e da Política — uma aglutinação de pessoas e entidades sensíveis ao tema da violência urbana, entre eles, educadores, policiais, ex-policiais e integrantes de movimentos sociais, que decidiram se organizar em diversos estados para contribuir de forma crítica com as discussões e ações em torno da segurança pública. Em entrevista à *Radis*, ela lembra que o termo militarização traduz muito mais do que a forma como um corpo de polícia se organiza, que tipo de estatuto cumpre ou qual modelo administrativo comporta. “O militarismo constitui um vasto conjunto de hábitos, interesses, ações e pensamentos associados a uma perspectiva bélica para atingir objetivos específicos, incluindo a função de controle social”, relata Ana Vlândia.

No Brasil, a militarização das polícias é uma herança da ditadura. Até o golpe de 1964, às polícias militares cabiam um papel secundário no trato das questões de segurança pública interna como o policiamento dos quartéis ou regiões de fronteira. Uma cartilha lançada pelo Comitê pela Desmilitarização explica que, embora já existisse a atual separação entre as polícias civil e militar desde a Guarda Real da Polícia em 1809, foi o decreto lei 667 de 1969 que disciplinou a reorganização e acentuou a diferença entre as polícias. Para que fique claro, ambas são responsáveis pela segurança pública, mas enquanto a polícia civil está ligada às atividades investigativas de um crime, a polícia militar responde pelo patrulhamento ostensivo das ruas, inibindo ações suspeitas de pôr em risco à segurança pública. Para Ana Vlândia, desde que a PM assumiu esse papel, isso tem implicado, por um lado, na ideologia de um inimigo interno a ser combatido e exterminado — e que pode ir do “subversivo” ao “traficante”. “Por outro, na manutenção da ordem hierarquizada e desigual, sobretudo através da ocupação territorial e da repressão aos protestos públicos”, diz.

Como informa a cartilha elaborada pelo Comitê, os defensores da desmilitarização propõem, em linhas gerais, tratar a questão da segurança de maneira mais abrangente e integrativa, encarando a violência não como uma causa em si mas como algo diretamente relacionado à desigualdade social do país. Para eles, segurança é direito básico e as políticas de segurança devem atuar de forma integrada com outras políticas públicas, como saúde e educação. “Não se administra o problema da conflitualidade por meio de mais violência e criminalização”, afirma Ana Vlândia, sugerindo que, em vez dos mecanismos de repressão, o que deve se destacar na ação do Estado é a promoção dos direitos humanos.



FOTO: TUANE FERNANDES

98,2% DOS POLICIAIS CONSIDERAM A FORMAÇÃO DEFICIENTE



FOTO: TUANE FERNANDES

“POLICIAL NÃO SENTE DOR”

O tenente-coronel reformado da PM de São Paulo, Adilson Paes de Souza, mexeu num vespeiro. Em sua dissertação de mestrado, depois transformada no livro “O Guardião da Cidade: Reflexões sobre Casos de Violência Praticados por Policiais Militares”, ele faz uma crítica à disciplina Educação e Direitos Humanos, ofertada no curso de formação de oficiais da Academia de Polícia Militar do Barro Branco, em São Paulo. Para tanto, realizou entrevistas com policiais assassinos — aqueles que cometem os chamados “auto de resistência” ou “resistência seguida de morte”, termos usados por policiais que matam suspeitos alegando defesa.

“Eu comprovei que essa disciplina não atende as necessidades do que se espera de uma verdadeira educação em direitos humanos”, disse Adilson por telefone à *Radis*. “Esses policiais me relataram que, nos bancos escolares, nunca foi falado uma linha sequer sobre a realidade social que eles iriam enfrentar, sobre violência policial, sobre corrupção, sobre letalidade”. Ao contrário disso, completa Adilson, a formação é centrada na virilidade. “O policial deve ser o macho, o herói, aquele que não sente dor. Prevalece o mito do homem que tem de negar a dor em si mesmo e, ao negar a dor em si mesmo, vai descarregar a dor em alguém. Ele vai ter um comportamento agressivo porque aprendeu que ter autoridade é ser violento e arbitrário”.

O tenente-coronel se declara a favor da desmilitarização da polícia. “Em qualquer contexto e confronto, nossos policiais tratam o oponente como um inimigo no campo de batalha. Tal qual ocorria com a atuação das forças policiais no Regime Militar, contra os ditos subversivos, que eram caçados e eliminados, ou, quando menos, capturados e torturados”, analisa Adilson. Para ele, enquanto o pensamento de guerra prevalecer na polícia, o país não viverá uma democracia de fato. “A gente vive numa democracia formal porque o processo de redemocratização não está concluído”.

POLÍCIA PARA QUEM?

A violência policial está no centro da questão da desmilitarização. Na opinião de Adilson, o uso exacerbado da força — que, segundo ele, foi favorecido inclusive pela aprovação no início deste ano da Lei Antiterrorismo no Congresso Nacional (ver *Radis* 158) — traz como consequências mais retrocesso e violência. “Mais violência não só por parte dos órgãos oficiais do Estado, mas também da população que poderá se valer de atos de violência na vã tentativa de enfrentar os agentes do Estado. Isso é um retrocesso em termos civilizatórios”. Dados do Fórum de Segurança Pública revelam que 70% dos brasileiros não confiam na polícia e 63% se declaram insatisfeitos com sua atuação. Entre 2009 e 2013, 11.197 pessoas foram mortas por PMs no Brasil.

Ana Vlândia chama ainda a atenção para o fato de que, no modelo atual de segurança militarizada, a criminalização da pobreza é uma constante, com o inimigo número um encarnado em milhares de jovens de periferia, negros, com bermuda, cordão e chinelo. “Comunidades inteiras são consideradas perigosas antecipadamente e tratadas como desprovidas de qualquer direito, inclusive à vida”, acrescenta. Segundo a psicóloga, o uso abusivo da força policial se faz notar também quando a ação violenta do Estado inibe os jovens de ocupar os espaços públicos e aposta na criminalização antecipada, em vez da educação. Ela diz que o estímulo ao desejo de

SAIBA MAIS

9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública - 2015

<https://goo.gl/kWVGJuc>

Relatório “O bom policial tem medo”: Os custos da violência policial no Rio de Janeiro”, da entidade humanitária Human Rights Watch

<https://goo.gl/mAfxkh>

Cartilha pela Desmilitarização da Polícia e da Política

<https://goo.gl/EX1nzi>

Pesquisa: Opinião dos Policiais Brasileiros sobre Reformas e Modernização da Segurança Pública / Fórum Brasileiro de Segurança Pública e FGV

<https://goo.gl/bbUjzF>

398 POLICIAIS MORRERAM EXERCENDO SUAS ATIVIDADES EM 2014



punir e a consolidação da execução sumária, ao revés da garantia de direitos, acirram ainda mais as contradições urbanas.

No debate pela desmilitarização, além de retirar a perspectiva militar da ação policial, há quem defenda a extinção da PM e a criação, no âmbito dos estados, de uma só polícia de natureza civil que promova o Ciclo Completo de polícia, que reúne o policiamento ostensivo fardado e a investigação criminal. Mas isso está longe de ser um consenso. Adilson argumenta em favor da unificação das polícias. Ele diz que manter dois tipos de polícia mais atrapalha do que ajuda. “Existe um clima de competição e desconfiança. Elas concorrem entre si”, diz, citando o exemplo da Irlanda do Norte como inspiração para uma mudança. “Nesse modelo, a polícia é subordinada a uma comissão independente sem vínculo hierárquico com o Estado e, portanto, não sujeita a pressões políticas ou de outra sorte que poderão inibir o seu trabalho”, justifica. “Isso confere transparência e prestação de contas à sociedade que é a maior cliente da polícia e aquela que sofre as consequências”.

PODER DIVINO

Em uma pesquisa publicada em 2014 pelo Centro de Pesquisas Jurídicas Aplicadas (CPJA), da Escola de Direito da FGV de São Paulo, e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 98,2% dos policiais entrevistados afirmaram que a formação e o treinamento deficientes são fatores que compõem a dificuldade dos trabalhos da polícia. Além disso, 35,7% concordam que o atual modelo de segurança pública no Brasil deve ser amplamente reformulado.

Crítico às propostas de desmilitarização, o coronel da Polícia Militar do Estado de São Paulo, Azor Lopes da Silva Júnior, relativiza esses dados. Na reserva há dois anos e professor de Direito há 18, Azor acredita que o modelo militar tem vantagens e desvantagens. “Não é o fato de

sermos militares que nos faz ser mais belicosos ou viver numa expectativa de guerra eterna”, diz. Ele reconhece que há de fato um modo de pensar e de agir típicos do militarismo, onde os valores máximos são hierarquia e disciplina, que preparam o indivíduo para ações de combate. Mas, segundo ele, não se trata de um combate “nos moldes da Segunda Guerra Mundial”. “Na verdade, é o trabalho cotidiano de um órgão público que tem por missão o combate à criminalidade”.

Em entrevista à *Radis*, o coronel disse acreditar ser possível oferecer uma formação mais humana e eficiente aos policiais militares sem que para isso seja preciso alterar a natureza militar da PM. “O que vemos como patológico não é a regra. Quando na formação, algum instrutor exagera na dose e tem posturas que se encaixam em um modelo psicológico desviante, você vê cenas como a que assistimos em filmes ou alguns programas de TV”, argumenta. “É preciso entender que arma é um instrumento para controle. O policial não pode pegar aquele poder letal que tem nas mãos legitimado pelo Estado e usar como um poder divino”.

CAMINHO LEGAL

Em uma coisa, todos os especialistas ouvidos por *Radis* concordam: o Brasil precisa promover de uma vez por todas o debate sobre a desmilitarização. Em ano eleitoral, é comum candidatos sugerirem militarizar a Guarda Municipal — uma proposta que caminha na contramão de uma discussão mais responsável sobre segurança pública. Para Ana Vlândia, justamente por ter a polícia que mais mata e mais morre no mundo, o Brasil tem urgência de encarar a desmilitarização. “Isso passa por uma alteração do modelo militar na segurança, mas igualmente por uma disputa simbólica, em grande medida alimentada por programas policiaiscos. Deve-se superar a tradição histórica que rejeita visceralmente a noção de direitos universais e divide os seres humanos em ‘cidadãos de bem’ e ‘não-cidadãos’ que devem ser eliminados a qualquer custo”.

Além do debate, há um longo caminho legal. Para que a desmilitarização seja respaldada em Lei, é preciso alterar o artigo 144 da Constituição Federal que mantém os militares no policiamento ostensivo. Hoje, há três Propostas de Emenda Constitucional (PECs) que tratam do assunto. Mas, segundo Ana Vlândia, o que tramita, na conjuntura atual, são propostas de recrudescimento penal. Ela explica que as PECs estão sendo substituídas por propostas que abordam unicamente o Ciclo Completo. Enquanto isso, ela sugere que a população participe do debate. “Proporcionar encontros para debater o tema em escolas, universidades, praças etc também é uma maneira interessante de ampliar a discussão; assim como pressionar parlamentares e participar das manifestações que têm abordado não apenas a desmilitarização, mas denunciado o extermínio das juventudes nas periferias”.

Colaborou: Liseane Morosini

POLÍCIA BRASILEIRA É A QUE MAIS MATA E A QUE MAIS MORRE NO MUNDO



CIÊNCIA

PARA A VIDA REAL

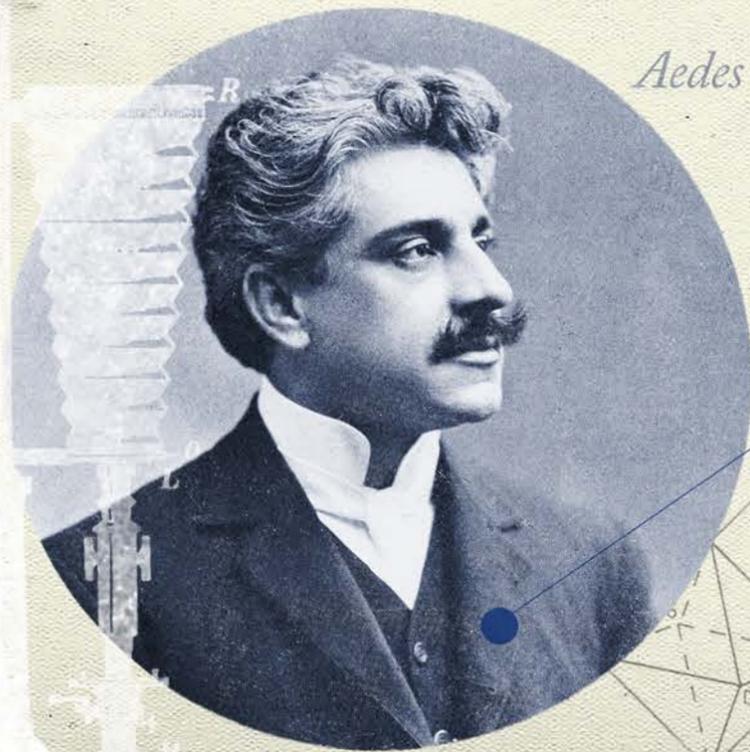
Congresso de Medicina Tropical aponta para relação direta entre garantia da Saúde e melhoria nas condições sociais

Luiz Felipe Stevanim

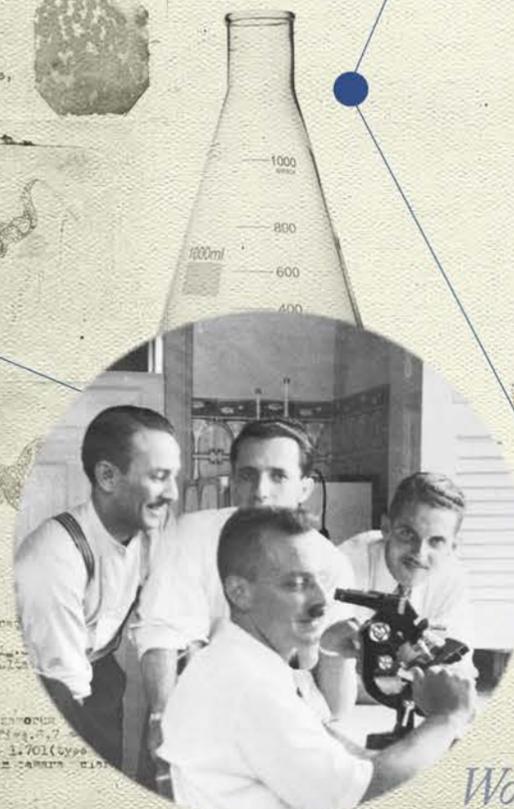
Quem já teve dengue uma vez, nunca se esquece. A frase é do epidemiologista Pedro Luiz Tauil, que nas últimas quatro décadas tem trabalhado com as chamadas doenças tropicais, e conhece de perto seus impactos na saúde pública. Dores intensas no corpo, febre alta e indisposição são sintomas que incomodam o doente durante cerca de uma semana e diminuem a capacidade para fazer coisas simples do cotidiano. Para além de dengue, malária, febre amarela e esquistossomose, velhas conhecidas da ciência, os agravos emergentes — como aqueles causados pelos vírus de zika e chikungunya — demandam novas necessidades de pesquisa e assistência.

Se para a dengue, presente no Brasil há 30 anos, o desafio é o controle do mosquito transmissor — *Aedes aegypti* — e o

desenvolvimento de vacinas, para novas doenças ainda há muito o que aprender. “Algumas pessoas que têm chikungunya passam até três anos com dores articulares e impossibilitadas de fazer tarefas simples. Já a zika toca a gente por causa do impacto em relação às gestantes, que é um quadro dramático”, avaliou Pedro Luiz, que também é professor aposentado da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB). Diante das dúvidas e angústias de quem já sofreu ou convive com uma dessas enfermidades, só há um caminho para a ciência: buscar alternativas para melhorar a vida das pessoas, apontaram os especialistas reunidos no 52º Congresso Brasileiro de Medicina Tropical (Medtrop), que aconteceu em Maceió, entre 21 e 24 de agosto. Durante o encontro, novos e velhos problemas mobilizaram a atenção de participantes, que destacaram a responsabilidade da ciência com as vivências e as necessidades da população.



Aedes aegypti



Wolbachia



Radis acompanhou o Medtrop e sintetizou antigos e atuais desafios que se colocam para a saúde coletiva — como a recente preocupação em relação à chikungunya, que aumentou mais de quatro vezes o número de casos até a metade de 2016, em relação a todo o ano de 2015. Para além da ciência feita nos laboratórios, o congresso também indicou que as doenças tropicais possuem suas raízes nas condições em que vivem as “pessoas reais”. “São doenças que atacam fundamentalmente pessoas mais pobres, então existe um componente social e econômico importante”, explicou o professor. É preciso levar em conta a urbanização e a migração dessas enfermidades, causadas por vírus, bactérias e outros microorganismos, do campo para a cidade. “No passado, doença tropical era coisa de quem morava no campo, mas as doenças acompanharam a população em direção à cidade”, destacou o presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT), Marcus Vinícius Lacerda, pesquisador do Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane (Fiocruz Amazonas). Ele defende que a pesquisa médica precisa interagir com outras áreas do conhecimento. “A gente trata a doença apenas no âmbito da saúde, mas o que determina hoje essas doenças são questões sociais”, ressaltou.

DOENÇAS DE TODOS OS TEMPOS

Rio de Janeiro, 1904. O médico sanitário Oswaldo Cruz inicia a campanha de erradicação da varíola e da febre amarela, por meio da vacinação obrigatória e de uma guerra contra o mosquito

Aedes aegypti, com o uso de exércitos de “mata-mosquitos” — técnica simples, mas bastante eficaz na época. Em 2016, cento e doze anos depois, o Brasil ainda convive com a tríplice epidemia causada por três vírus transmitidos pelo mesmo mosquito — dengue, zika e chikungunya. O que deu errado? “As técnicas antigas que ajudaram a resolver o problema da febre amarela urbana no passado não se adaptam mais a essas grandes metrópoles e cidades superpovoadas”, avalia Pedro Luiz. Adaptadas às cidades, essas doenças encontraram condições propícias para se perpetuar no tempo. “Mais de 85% da população brasileira vive hoje em área urbana, o que demanda condições adequadas de habitação e saneamento, como abastecimento de água e coleta regular de dejetos”, completa.

O controle da febre amarela urbana, iniciado com Oswaldo Cruz e concluído na década de 1940, só foi possível numa época em que a população era essencialmente rural, lembra Marcus. “As cidades começaram a ser ocupadas de maneira desordenada. O grande desafio passou a ser as doenças urbanas e globais”, afirma. O trânsito de pessoas e a facilidade para viajar de um país a outro também levaram à circulação de doenças, como foi o caso de zika e chikungunya. Mas em sua avaliação, como o Brasil tem incentivado a realização de eventos de massa e o turismo, é preciso ter consciência de que o país está vulnerável a doenças vindas de outros lugares, caso as políticas públicas não deem conta de reverter as condições propícias para propagação, como a falta de saneamento básico. “O vírus zika só

se instalou no Brasil porque encontrou o *Aedes aegypti* espalhado pelo território”, comenta. Em outras palavras, a doença só se disseminou porque achou condições favoráveis.

“Em 1928, Clementino Fraga [sanitarista que também atuou no controle da febre amarela] tinha o mesmo número de guardas trabalhando para a eliminação do mosquito *Aedes* que nós tínhamos no início dos anos 80, com uma população cinco vezes maior”, analisa Pedro Luiz, ao enfatizar que novas técnicas de controle devem ser buscadas, adequadas ao novo ambiente urbano, de alta concentração de populações. “A concentração urbana intensa faz com que se tenha que mobilizar muita gente para ações de controle vetorial”, pondera. Para além do “mata-mosquito”, ele considera que outras saídas precisam ser encontradas pela ciência para serem revertidas em benefícios para a população, como a pesquisa em relação à vacina (no caso de dengue e zika) e a melhoria na oferta de diagnóstico e tratamento.

O VELHO E O NOVO

O que instiga a ciência é o desconhecido: novas enfermidades costumam atrair a atenção dos pesquisadores, com o risco das velhas doenças perderem espaço nas investigações. “Todos vão na direção da coisa nova, porque falta informação e o pesquisador quer preencher o espaço do que a gente ainda não sabe”, reflete Marcus. Mas, segundo ele, é nesse fascínio pelo novo que está a armadilha: ao serem negligenciadas, as velhas doenças,

que ainda não foram erradicadas completamente, podem voltar com força total, sem que haja um grupo de pesquisadores com conhecimento e capacidade de agir. “A nossa única chance é erradicá-las completamente, porque enquanto ainda houver um pouco dessas doenças, se a vigilância diminuir, elas voltam”, completa.

É o caso da doença de Chagas, muito comum no passado, que foi controlada com o êxito na eliminação de seu principal vetor (o barbeiro), mas que hoje convive com novas formas de propagação. “Na Amazônia principalmente, começa a haver a transmissão oral da doença, que é um problema emergente”, aponta o pesquisador, referindo-se à ingestão de alimentos contaminados pelo protozoário causador da doença, por meio, por exemplo, de açaí produzido de maneira artesanal. Outro problema é quando a doença não desaparece da vida da população, mas apenas da atenção da imprensa e das autoridades, por afetar apenas os mais pobres: “A malária ficou jogada para regiões onde não há saneamento básico e uma boa rede de atenção primária em saúde”, avalia.

Em relação às chamadas arboviroses (causadas por vírus transmitidos por artrópodes, como os mosquitos), os novos desafios se concentram em como melhorar o desempenho no controle do mosquito transmissor de quatro grandes problemas de saúde pública: dengue, febre amarela, zika e chikungunya, avalia Pedro Luiz Tauil. No caso da dengue, ele considera promissora a iniciativa testada pela Fiocruz, com o uso da bactéria *Wolbachia*, capaz de impedir que

o mosquito passe essa e outras doenças adiante. Já sobre a vacina, ele afirma que as pesquisas ainda devem buscar soluções mais eficazes. “O vírus da dengue não é único. Ele tem quatro sorotipos e isso exige uma vacina muito complexa para ser eficaz”, pondera. Segundo ele, em relação à zika, deve ocorrer de modo diferente, pois estudos recentes indicaram que o vírus só possui um sorotipo, o que pode levar ao desenvolvimento de uma vacina em menos tempo do que se esperava.

Quanto à malária, na avaliação do professor, o Brasil tem vivido uma situação melhor, porque conseguiu reduzir o número de casos drasticamente nos últimos anos. “O diagnóstico e o tratamento nas primeiras 48 horas, por meio de medicação eficaz e amplamente distribuída, fez com que diminuisse”, destaca. Mas ainda não dá para descansar, porque o sucesso nos próximos anos depende de decisão política para manter as ações de controle nos estados e municípios. “A gente tem muito medo de que, no momento que começa a cair a incidência da doença, desaparecem os recursos destinados a ela”, ressalta. O mesmo controle bem-sucedido aconteceu com a filariose (chamada no passado de elefantíase): atualmente apenas a região metropolitana do Recife é considerada área endêmica. Ações de diagnóstico e tratamento oportuno dos portadores levaram à diminuição em sua ocorrência.

Sem saneamento básico, não há sucesso no controle das doenças tropicais, é o lema de Pedro Luiz. “Essas doenças que são urbanizadas, como

leishmaniose, zika, dengue e chikungunya, dependem das condições de vida da população, particularmente habitação e saneamento”, considera. Na sua avaliação, os governos não deram conta de atender à migração do espaço rural para o urbano, ocorrido nas últimas décadas. Doenças que eram do campo passaram a ocupar as periferias das grandes cidades, como se deu com a leishmaniose visceral: tipicamente rural, a enfermidade migrou para os grandes centros junto com a população e seus cães contaminados com o protozoário causador. Atualmente essa é uma epidemia em expansão no país.

Na visão de outro epidemiologista, Pedro Vasconcelos, diretor do Instituto Evandro Chagas (IEC), em Belém, um dos principais desafios que se colocam para as doenças tropicais é o desenvolvimento de teste sorológico para diferenciar zika, dengue e chikungunya. “É preciso elaborar testes confiáveis para ter um diagnóstico de certeza, com base na sorologia, que é um método mais barato, mais rápido, mais fácil e mais universalizado para o uso”, aponta. As pesquisas também devem se voltar para o desenvolvimento de antivirais, capazes de impedir a ação do vírus no organismo, e de vacinas, que possam ser utilizadas na população em geral ou nas mulheres em idade fértil, por causa da infecção congênita causada pelo vírus e das consequências para os bebês. Em relação a esses novos agravos, não se trata apenas de conhecer melhor a doença, mas de oferecer melhorias no atendimento prestado à toda a população.

CHIKUNGUNYA

- **Transmissão:** pelos mosquitos *Aedes (aegypti e albopictus)*
- **Casos no Brasil:** 169.656 casos prováveis até julho, segundo o Ministério da Saúde (em 2015 foram 38.332)
- **Principais sintomas:** febre alta e dores articulares (a fase crônica pode durar até 3 anos)
- **Desafios apontados:** melhorar o diagnóstico e a assistência aos pacientes
- **Saiba mais:** <http://combateaesdes.saude.gov.br/>

Não é dengue nem zika: o principal alerta dos epidemiologistas para 2016 e 2017 é em relação à febre de chikungunya, doença que tem alguns sintomas parecidos com essas outras viroses, mas que se tornou conhecida principalmente porque, ao atingir a fase crônica, pode persistir ao longo de anos. Com a transmissão também a cargo do mosquito *Aedes aegypti*, o vírus da chikungunya já deixou sua marca registrada em números: dos cerca de 38 mil doentes prováveis em 2015, saltou para 169.656 casos prováveis contados pelo Ministério da Saúde em 2016, até o último boletim divulgado em julho. Enquanto a atenção da imprensa, da sociedade e das autoridades se voltava para o zika, por causa das consequências para os recém-nascidos, esta outra doença se espalhou pelo país, como avaliou no encontro o epidemiologista Rivaldo Venâncio, diretor da Fiocruz Mato Grosso do Sul: “Silenciosamente, chikungunya tem tomado conta do Brasil”.

O número por si só não expressa a magnitude da doença, alerta Rivaldo, ao considerar o alcance nas cidades brasileiras e o impacto para os serviços de saúde. “Estamos falando de uma doença que tem uma gravidade nas suas manifestações clínicas muito grande”, afirmou. Outro dado importante a se colocar na balança é o modo como o vírus se espalhou pelo país e não está restrito somente ao Nordeste, embora a maior parte dos casos ainda esteja localizada nessa região: enquanto em 2015, 696 municípios registraram a ocorrência da doença, em 2016 já são 2154 (o que corresponde a cerca de metade das cidades brasileiras). Ao considerar que as informações sobre o vírus estão defasadas e que há subnotificação, Rivaldo não hesitou em ir além: “Não seria exagero se nós apontássemos no mínimo 300 mil casos de chikungunya em 2016 no Brasil”.

Mais do que números, o vírus

— cujas consequências ainda não são totalmente conhecidas pelos cientistas — muda a rotina daqueles que têm a doença. Além da fase aguda, com dores articulares e febre alta, os pesquisadores acreditam que cerca de metade dos casos evoluem para as fases subagudas (que dura cerca de 90 dias) e crônicas (de 90 dias a três anos). “Esses doentes muitas vezes ficam incapacitados para tarefas cotidianas por um longo tempo, por causa da intensidade das dores, sensibilidade, inflamação e rigidez nas articulações”, contou Rivaldo.

No dia a dia de quem passou a conviver com a doença, significa muitas vezes não conseguir digitar no computador, tomar banho sozinho, dirigir ou até mesmo se pentear. Não é por acaso o nome complicado que, na língua maconde, idioma bantu da África oriental, quer dizer “aqueles que se curvam” [em razão das dores]. As chamadas poliartalgias (*dores em mais de uma das articulações, das pernas e dos braços*) são graves e debilitantes, trazem alterações na rotina pessoal e de trabalho e exigem um olhar cuidadoso dos profissionais de saúde. “É um doente que vai precisar com recorrência dos serviços de saúde e, nós, profissionais, precisamos de generosidade no acolhimento”.

CUIDADO COM A DOR

Para quem lida diretamente com os doentes, a experiência e a observação ajudam a apontar a diferença desta para as outras duas viroses — e o diagnóstico clínico, dado pelo médico, torna-se ainda mais necessário por não haver teste sorológico disponível para confirmar a presença do vírus. “No decorrer da tríplice epidemia, já é possível diferenciar as três doenças por meio dos aspectos clínicos”, contou o médico da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Carlos Brito, como quem aprendeu a “observar” para

compreender. Febre alta com início súbito, acompanhada de intensas dores nas articulações (dos braços e pernas ao mesmo tempo, por isso chamadas de poliartalgias), além de dores nas costas, na cabeça e cansaço, são os principais sintomas da fase aguda, que dura em média sete dias.

Carlos foi um dos primeiros epidemiologistas a alertar, ainda em 2015, para a possibilidade de chikungunya se converter numa epidemia em todo o país. Hoje ele se questiona se os profissionais e os serviços de saúde estão preparados para atender essa demanda adicional, não somente na fase aguda, mas principalmente para os casos que evoluem para a fase crônica, como o de pacientes que mesmo depois de três anos ainda precisam de ajuda para se levantar ou outras tarefas, o que traz grande impacto sobre a qualidade de vida. “Uma das características da chikungunya é a dor articular, persistente, intensa e pouco responsiva a analgésicos, que impacta de forma significativa na qualidade de vida do paciente”, explicou.

Lidar com a dor do outro não é simples e, segundo Carlos, esse tema não é ensinado na formação dos estudantes da área de saúde. “Os profissionais de saúde não estão familiarizados com o manejo da dor e não há protocolos bem definidos a respeito da dor crônica para esses pacientes”. Segundo ele, o SUS não conta com reumatologistas suficientes para atender todos esses casos, por isso é preciso pensar na reorganização dos serviços para oferecer assistência adequada. Outra questão que preocupa é o modo como, ao se estender para a fase crônica, a doença altera a capacidade produtiva do indivíduo, sua qualidade de vida, seus afetos e seu humor. Além das dores articulares, outras complicações graves já foram notadas, como insuficiência nos rins, hepatites agudas, distúrbios do sono e depressão.

Além da melhoria no cuidado, Rivaldo Venâncio aponta que é preciso rever as políticas de controle em relação ao agente transmissor, o *Aedes*. “São 30 anos que nós estamos fazendo a mesma coisa sem a solução esperada”, considerou, ressaltando ainda que não há solução mágica contra o mosquito, como a pulverização aérea, proposta pelo governo federal com a lei 13.301/2016 (*Radis 167*). “A pulverização aérea é uma aventura num país com a extensão do Brasil. Pode até baixar os índices de infestação, mas os prejuízos ambientais são incalculáveis”, completou.

ZIKA

- **Transmissão:** o principal meio de transmissão é o *Aedes*, mas também pode ocorrer transmissão sexual (há pesquisas investigando se o pernilongo ou muriçoca também são vetores – *Radis 168*)
- **Casos:** 174 mil casos prováveis em 2016
- **Principais sintomas:** febre baixa ou ausente e manchas vermelhas na pele
- **Desafios apontados:** conhecer as consequências para os bebês e dar assistência às famílias e crianças com zika congênita
- **Saiba mais:** *Radis 161, 162, 163*

O que parecia uma versão mais fraca de dengue, com febre baixa e manchas na pele na forma de pequenos pontinhos vermelhos, tornou-se uma doença temida principalmente pelas grávidas. A razão foi a descoberta da associação entre a infecção por zika e malformações nos bebês, após o crescimento dos casos de microcefalia, no segundo semestre de 2015. Atualmente, o que a ciência já descobriu para responder à angústia de mães e mulheres na idade fértil que buscam respostas sobre a doença é que a tão falada microcefalia é apenas uma das consequências da síndrome de zika congênita, que ocorre quando a mãe teve infecção pelo vírus e transmite a doença para o filho ainda no útero.

“Microcefalia é a ponta do iceberg, o sinal maior, mas outras alterações podem ser vistas através da ultrassonografia e devem ser buscadas”, apontou a obstetra especialista em medicina fetal, Adriana Melo, de Campina Grande (PB). Adriana foi a médica que primeiro identificou a presença do vírus zika em duas grávidas que tiveram a infecção e cujos bebês desenvolveram a microcefalia (*Radis 161*). Mesmo conhecendo de perto a realidade das mães e dos bebês com zika congênita, ela não hesita em dizer: “Ainda

temos mais perguntas do que respostas”. Uma das questões que considera que ainda precisam ser respondidas é porque alguns bebês desenvolvem as malformações de maneira grave, enquanto outros têm sinais considerados leves.

Com o maior registro de casos, Pernambuco esteve no centro das atenções quando a epidemia de microcefalia ganhou a imprensa, em 2015. “Quando a epidemia começou, nenhum hospital da rede tinha capacidade de dar assistência a essas crianças integralmente”, destacou o médico e pesquisador da Universidade Estadual de Pernambuco (UPE), Demócrito Miranda. Para evitar a peregrinação das mães, de um centro a outro de tratamento, ele avalia que os serviços de saúde têm tentado se estruturar para prestar assistência integral às crianças com zika congênita. Ele ainda acredita que as instituições de pesquisa têm a função de ajudar o SUS a se instrumentalizar para atender melhor a população.

Para outro pesquisador de Pernambuco, Ricardo Ximenes, professor de Medicina Tropical da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), uma das principais perguntas a serem respondidas é sobre o risco real de a criança ter alguma alteração em seu desenvolvimento se a mãe teve zika. “Esse risco não é de 100%, mas o valor exato ainda não se sabe. Outra questão é relacionar o tipo de alteração que o bebê apresenta com o momento em que a infecção ocorreu durante a gravidez”, afirmou à *Radis*. Também não se sabe se as infecções sem sintomas — que os especialistas acreditam ser a grande maioria dos casos — podem trazer consequências para os bebês, da mesma forma que a infecção sintomática. O sinal mais conhecido são as manchas vermelhas na pele (*exantema*).

De acordo com Pedro Vasconcelos, do IEC, há o relato de crianças que nasceram aparentemente normais, sem microcefalia, e que desenvolvem lesões oculares graves ou outras manifestações no sistema nervoso depois de nascer. “Provavelmente as mães foram infectadas, mas os exames não identificaram a microcefalia nos fetos”, explica. Para a *Radis*, ele também afirmou que muitos aspectos já foram identificados pelos estudos, mas permanecem como a “ponta do iceberg”. A urgência tanto da pesquisa em saúde quanto dos serviços é garantir o acompanhamento dessas famílias e crianças. “Existe uma necessidade de melhoria no atendimento do SUS principalmente para essas famílias. Essas crianças vão ter dependência por muito tempo, talvez por toda a vida: não só familiar, mas de terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia”, completa.

DENGUE

- **Transmissão:** mosquito *Aedes*
- **Principais sintomas:** febre alta; dores no corpo; prostração; náuseas e vômitos
- **Dados:** mais de 1,3 milhão de casos (início de julho)
- **Desafios apontados:** pesquisa de vacina; controle vetorial; tratamento adequado dos casos para evitar complicações
- **Saiba mais:** <http://combateaedes.saude.gov.br/>

Se zika é preocupante, pelas complicações neurológicas nos fetos, uma velha conhecida não pode ser negligenciada: como lembra Pedro Vasconcelos, a dengue mata mais do que zika. Até o início de julho de 2016, já foram registrados mais de 1,3 milhão de casos prováveis, de acordo com o Ministério da Saúde, com 419 mortes confirmadas. “O desenvolvimento de uma vacina contra a dengue é uma urgência internacional”, afirma o pesquisador.

Atualmente a vacina licenciada pela Anvisa para a dengue foi desenvolvida pelo laboratório Sanofi-Pasteur. Ela é indicada somente para pacientes entre 9 e 45 anos (nas demais idades pode ter efeitos adversos) e deve ser aplicada em três doses. Os estudos também indicaram que ela é mais eficaz em áreas de alta transmissão, pois tem um efeito maior sobre quem já teve dengue. Na avaliação do chefe do Laboratório de Epidemiologia



LARVA

de Fiocruz Bahia, Edson Moreira Jr., a eficácia dessa vacina não é menor do que a de outras disponíveis no Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde. “Essa é uma das vacinas mais desafiadoras, porque é uma doença muito complexa”, afirmou. Outras iniciativas estão sendo testadas pelo Instituto Butantã e pela Fiocruz.

Já segundo Pedro Luiz Tauil, a vacina Sanofi-Pasteur é eficaz na redução da internação e dos casos graves, mas tem algumas limitações, como problemas operacionais e de eficácia. “A OMS propôs que seu uso seja realizado em áreas com prevalência de mais de 70%, pois ela se mostrou mais eficaz quando a pessoa já teve dengue”, explica. Na visão de Edson Jr., a vacina não vai substituir as estratégias atuais de prevenção. “A introdução da vacina deve ser complementar a estratégias de controle de vetor, tratamento e manejo adequado dos casos”, afirmou.

Como apontou o pesquisador da Fiocruz Bahia, a dengue é a arbovirose de maior importância global, pois mais de 140 países são considerados endêmicos para a doença. Segundo ele, é preciso avaliar o impacto nos serviços de saúde de uma enfermidade com essa ocorrência. “O lixo da sociedade moderna promove locais perfeitos para a proliferação do *Aedes aegypti*”, citou, ao lado de outros fatores como mudança no clima e aumento da temperatura que também favorecem o mosquito. Para ele, é preciso rever as estratégias voltadas para o controle vetorial. “A borrifação em domicílio e peridomicílio [nas redondezas das casas] tem impacto duvidoso: pode diminuir as taxas de infestação, mas não há comprovação de que diminui o número de casos”.

Para Edson Jr., o aumento da mobilidade e do tráfego aéreo tem uma importância enorme na disseminação da doença. “A globalização e a facilidade de circulação permitem que algumas doenças que estavam confinadas em algumas populações comecem a circular”, explicou, ao apontar que a dengue é a maior febre entre viajantes. “A expansão da dengue também ocorreu devido ao crescimento populacional e à urbanização rápida e sem planejamento, com a completa falta de infraestrutura”.

MALÁRIA

- **Transmissão:** mosquito *Anopheles*
- **Principais sintomas:** febre e dores no corpo
- **Dados:** cerca de 138 mil casos em 2015 (Brasil)
- **Desafios apontados:** reduzir mortalidade; garantir acesso a prevenção e tratamento
- **Saiba mais:** www.saude.gov.br/malaria

HEPATITES

- **Dados:** Estima-se 1 milhão e 450 casos no Brasil
- **Desafios apontados:** garantia de diagnóstico e tratamento pelo SUS
- **Saiba mais:** www.aids.gov.br/hepatites-virais

Diagnosticar e garantir tratamento para os pacientes pelo SUS — esses são os principais desafios em relação à hepatite C no Brasil, na visão do chefe do Serviço de Moléstias Infecciosas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Marcelo Simão Ferreira. Considerada um problema grave de saúde pública, a hepatite é uma inflamação do fígado — as mais comuns no Brasil são os vírus A, B e C, sendo o tipo A transmitido principalmente por contágio de fezes e alimentos contaminados e apresenta-se apenas na

forma aguda. Já as hepatites B e C têm transmissão sanguínea e podem evoluir para complicações crônicas, como cirrose ou câncer de fígado. O SUS atualmente disponibiliza vacina contra a hepatite B nos postos de saúde (RADIS 116 e-157).

“Essa é uma doença silenciosa, assintomática na grande maioria dos casos, que tem uma evolução para cronicização entre 50 e 90% dos casos”, explicou o professor, em relação à hepatite C. Se tratada entre o terceiro e o sexto mês, permite até 90% de cura, aponta Marcelo. Mas sem tratamento, ao evoluir para a fase crônica, pode se prolongar por mais de quatro décadas — fatores como álcool e outras comorbidades, como diabetes e HIV, ajudam a acelerar a evolução da doença. Para Radis, Marcelo explicou que o governo precisa liberar medicamento pelo SUS para os pacientes de hepatite C menos graves. Ele estima que existam 750 mil pessoas hoje na urgência de tratar, enquanto somente cerca de 16 mil recebem tratamento.

“Esse é um desafio muito grande: encontrar o paciente e submetê-lo a tratamento”, afirma. Ele também aponta que há um grupo de risco, que são adultos que nasceram entre 1945 e 1970, que precisam realizar o teste para diagnóstico. São pessoas que podem ter recebido transfusão de sangue sem teste ou estiveram mais suscetíveis à transmissão sexual, pela ausência de métodos de prevenção na época. “A oportunidade de diagnosticar a hepatite C aguda é muito importante, pois essa é uma doença que nós raramente diagnosticamos”, completa.



A meta de riscar a malária do mapa esbarra em obstáculos como a sua presença em regiões mais pobres do globo, o que dificulta ações como a garantia de acesso à prevenção e ao tratamento eficaz. Mas na visão do médico e pesquisador Quique Bassat, que trabalha com a doença em Moçambique, no Centro de Investigação em Saúde de Manhica (na província de Maputo), o panorama é promissor: nos últimos 15 anos, houve um aumento do número de países que tiveram menos de 10 casos anuais de malária, o que os coloca perto da eliminação. “Todos os países podem acelerar a eliminação, com envolvimento comunitário e intervenções nos contextos locais, como aponta o programa das Nações Unidas”, enfatizou durante o encontro. Uma das metas da Organização Mundial da Saúde (OMS) até 2030 é reduzir em 90% as taxas de mortalidade pela doença em relação a 2015.

A malária é típica de áreas tropicais, transmitida pela fêmea do mosquito *Anopheles*, e sua principal manifestação é febre alta e recorrente. Uma das ações simples de prevenção é a política de distribuição de mosquiteiros, que evita a propagação em áreas endêmicas. No Brasil, a doença se concentra na região amazônica (Acre, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia,

Roraima e Tocantins), com cerca de 138 mil casos autóctones em 2015 (ou seja, transmitidos dentro do território nacional). Como explicou Quique Bassat, enquanto o controle de uma doença significa a redução da sua incidência até não ser um problema de saúde pública, a eliminação implica em interromper a sua transmissão em uma área geográfica — panorama que antecede a erradicação, que corresponde à eliminação em nível global, como aconteceu com a varíola. “Temos que pensar se queremos atingir a eliminação algum dia e quais esforços são necessários para interromper a transmissão”, completou.

O pesquisador, que é também médico pediatra, conhece a doença de perto porque trabalha num dos países mais endêmicos do mundo (Moçambique, na África), com 7 milhões de casos anuais e o registro de 20 a 40 mil mortes por ano pela doença. Para expandir as políticas de prevenção e acesso a medicamentos e tratamento, é preciso investimento — seja no Brasil ou nos países africanos. “Tem que haver um compromisso político em todos os níveis, local, regional e global, sobre a decisão de eliminar essa ou outra doença específica”. Como ele lembra, há um custo enorme do fracasso, pois a negligência pode fazer os números da doença voltarem a crescer.

ESQUISTOSSOMOSE

- **Transmissão:** Contato da pele com a água com a presença do verme
- **Sintomas:** na fase aguda, pode haver febre, dor na cabeça, calafrios, suores, fraqueza, falta de apetite e diarreia; nos casos graves, ocorre o aumento do abdômen (barriga d'água)
- **Dados:** cerca de 27 mil casos no Brasil em 2015 (480 mortes em 2014)
- **- Desafios apontados:** prevenção, melhoria da qualidade de vida e saneamento; desenvolvimento e acessibilidade da vacina
- **- Saiba mais:** Página do Instituto Oswaldo Cruz sobre o desenvolvimento da vacina e o ciclo da doença goo.gl/hx7Krj

BARRIGA D'ÁGUA

Uma das doenças parasitárias mais devastadoras socioeconomicamente, atrás apenas da malária, a esquistossomose infecta atualmente mais de 200 milhões de pessoas, essencialmente em países pobres, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS). Na visão do médico patologista e professor da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fernando Bezerra, o agravo não deixou de ser uma doença negligenciada. "Nós temos em média 500 pessoas morrendo por ano no Brasil, levando em conta apenas as mortes notificadas", apontou durante o 52º Medtrop. Entre 2001 e 2011, foram mais de 8.700 mortes pela doença registradas no Brasil. Pela relação direta com as condições sociais, principalmente falta de saneamento básico e água tratada, ele destaca ainda que as áreas endêmicas já são conhecidas, assim como as soluções a serem implementadas. Falta apenas vontade política. "Os locais de transmissão não mudaram. Nós precisamos ter um plano definido para eliminação como problema de saúde pública".

Em agosto de 2016, a Fiocruz divulgou uma notícia que pode minimizar este cenário. A vacina Sm14 entrou na Fase II dos testes clínicos (*Radis 168*). É a primeira vez que uma vacina parasitária produzida com tecnologia brasileira de última geração chega a essa fase, em que a segurança e a capacidade de induzir imunidade do produto será avaliado em voluntários adultos moradores de região hiperendêmica do Senegal. "São áreas de plantio de arroz, que não dispõem de saneamento algum", descreveu Andrew Simpson, da empresa de biotecnologia Orygen, que participou da parceria público-privada para desenvolvimento da vacina.

O destaque do projeto da Sm14, segundo os cientistas envolvidos, é a cooperação entre países do Sul no desenvolvimento de um produto que vem sendo chamado de "vacina humanitária". O desenvolvimento foi pensado para o produto ser acessível, custar até um dólar a dose. A produção e o fornecimento estão dentro de critérios que a OMS estabelece, com foco em alto grau de pureza, aumento de segurança, baixo custo e alto rendimento", explicou a pesquisadora do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) Miriam Tendler, em entrevista coletiva sobre a vacina inédita.

Conhecida popularmente como "barriga d'água", "xistose" e "doença dos caramujos", a verminose pode evoluir de forma pouco sintomática em fase inicial, progredindo para formas clínicas mais graves e óbito. Causada por parasitos do gênero *Schistosoma*, a doença é endêmica em mais de 70 países, onde 800 milhões de pessoas vivem sob risco de infecção, a maioria na África. No Brasil, a esquistossomose é encontrada em 19 estados, especialmente os da região Nordeste, além do Espírito Santo e Minas Gerais.

Caramujos do gênero *Biomphalaria* atuam como hospedeiros intermediários, enquanto o homem é o hospedeiro definitivo dos parasitos. Locais de água doce com pouca correnteza ou água parada e a presença de caramujos infectados são ambientes propícios para a transmissão da esquistossomose, que ocorre quando a larva do verme penetra na pele do indivíduo. Após infectada, a pessoa libera ovos do parasita nas fezes — que podem ser depositadas em ambientes de água doce quando o tratamento de esgoto é precário. Em contato com a água, os ovos eclodem dando origem a novas larvas que se alojam em caramujos, desenvolvem-se em cercárias, que são liberadas na água. O ciclo, então, reinicia, e as cercárias podem infectar outro hospedeiro definitivo.

A doença se manifesta em duas formas: aguda e crônica. Na aguda, a mais comum, o indivíduo pode apresentar manifestações clínicas como coceiras e dermatites, fraqueza, febre, dor de cabeça, diarreia, enjôos e vômitos. Na forma crônica, apesar de geralmente ser assintomática, a enfermidade pode evoluir para um quadro mais grave com fibrose do fígado, aumento do baço, e eventualmente hemorragias provocadas por rompimento de veias do esôfago e a dilatação do abdômen, conhecida como barriga d'água.

O tratamento da esquistossomose é realizado com medicamentos antiparasitários. "Existem drogas que tratam a doença, mas as reinfeções são frequentes e uma das razões é a falta de saneamento. Só a imunização levará a redução das infecções", ressaltou Andrew. (Elisa Batalha)



SONO DE VERDADE

NA SEGUNDA REPORTAGEM DA SÉRIE, *RADIS* DISCUTE ASPECTOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, ABORDANDO O SONO DO SER HUMANO, ESTIMULADO A DORMIR CADA VEZ MENOS

Ana Cláudia Peres

Três da madrugada e a professora Lucicley Modesto de Moura já está de pé. O expediente na Escola Municipal João Esperidião dos Santos, na cidade de Magé, Rio de Janeiro, só começa às sete, mas ela não consegue dormir. Vai arrumar o armário, mudar um móvel de lugar, brincar com o cachorro, porque não consegue dormir. Em volta dela, todos parecem estar em sono profundo, mas ela não consegue dormir. Daqui a pouco o sol vai nascer e ela não consegue dormir. Faz 10 anos que Lucicley não sabe o significado de uma boa noite de sono. Naquela época, passava madrugadas em claro estudando para concluir o curso de Biologia. "Trabalhava de dia e frequentava as aulas à noite. Não tinha outro horário para estudar", conta. "O sono foi se perdendo. Acho que meu corpo acostudou".

Aos 40 anos, Lucicley conhece de cor todos os benefícios do sono para a saúde e compreende que dormir é uma função tão essencial para

o organismo quanto comer ou beber água. Mas sofre com a insônia, distúrbio que afeta 40% dos brasileiros, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Hoje, ela dorme cerca de três horas por noite — isso, quando toma o medicamento aconselhado pelo neurologista. "Nos dias em que não tomo o remédio porque ele não deve ser tomado diariamente, o sono é apenas de uma horinha. Quase como um cochilo", diz a professora, que apesar disso não chega a sentir cansaço ou fadiga durante o dia e vive uma rotina de trabalho e lazer sem grandes dificuldades de concentração. "Percebo que fico apenas um pouco mais agitada. Mas quando consultei um médico, foi exatamente por saber que não dormir não é normal".

Especialistas apontam que o sono de qualidade melhora o equilíbrio físico, mental e emocional do ser humano, fortalece o sistema imunológico, ajuda a prevenir doenças e tem grande importância para o bom funcionamento do cérebro. De acordo com a pneumologista Luciana Palombini, são duas as funções principais do sono: o descanso





do organismo e a preparação para o dia seguinte. “Quando dormimos, existe a limpeza de toxinas que são acumuladas durante o dia. Não é só descanso. O cérebro passa por um tipo de preparo para que a gente possa agir bem depois de acordado”, diz, ressaltando que estudos apontam ainda o grande potencial do sono para a preservação da memória. “Durante os estágios do sono, há uma organização da memória em que são descartadas as memórias menos úteis, digamos assim, para que haja uma reserva cerebral para conservação de outras”. Segundo Luciana, hoje a ciência considera que as

O sistema de defesa do organismo é prejudicado quando o indivíduo dorme pouco ou mal e isso aumenta o risco de doenças

toxinas acumuladas quando a pessoa não dorme podem aumentar o risco de demências.

Mas além disso, o sono é importante para a prevenção de doenças. Na professora de Magé, a insônia acarretou ansiedade e problemas de peso. Especialista em medicina do sono e integrante da equipe do Instituto do Sono, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), a médica Luciana explica que o sistema de defesa do organismo é prejudicado quando o indivíduo dorme pouco ou mal e isso aumenta o risco de doenças, principalmente as cardiovasculares — hipertensão arterial, pressão alta, infarto, derrame cerebral — e as doenças metabólicas que incluem obesidade e diabetes.

DISTÚRBIOS DO SONO

Com base nas informações de uma pesquisa do Instituto do Sono que acompanha as consequências dos diferentes distúrbios do sono na população da cidade de São Paulo — e cujos resultados ainda estão em fase de avaliação de dados —, Luciana afirma que atualmente ocorre uma “epidemia do sono insuficiente”, com os paulistanos dormindo em média seis horas e meia durante a noite. A primeira parte do estudo (intitulado Episono) revela que 77% dos paulistanos sofrem de algum tipo de distúrbio do sono; 60% queixam-se de insônia — sendo 45% apenas queixa e 15% configurando transtorno de insônia; 41,7% roncam; 32,9% são portadores de apneia obstrutiva do sono; 24,3% têm pesadelos constantemente; e 9,3% sofrem com o bruxismo (*ranger ou apertar os dentes*).

No consultório de Luciana, as queixas mais frequentes são a insônia e a apneia — parada respiratória devido a obstrução das vias aéreas. Depois entram as parassonias que se referem aos comportamentos inadequados durante o sono, a exemplo do sonambulismo, terror noturno, sonilóquio e paralisia noturna. “São fenômenos que podem estar ligados a um componente genético mas também existe uma tendência comportamental que, a partir de uma mudança de hábitos, pode

gerar uma diminuição dos episódios”, diz Luciana, comprovando a tese de que a restrição do sono está relacionada tanto a fatores internos quanto externos. “A preocupação, o estresse ou mesmo um ambiente de sono barulhento ou luminoso também são responsáveis pela má qualidade do sono”. Entram nesse rol ainda, segundo ela, os distúrbios psicológicos, como a depressão, que também levam à falta de sono.

HOMEM SEM SONO

Some-se a isso o fato de a vida contemporânea favorecer o estado de alerta do corpo 24 horas por dia. Certa vez, o médico e pesquisador brasileiro Sergio Tufik, referência mundial nas pesquisas sobre o sono, assim explicou a mudança do ritmo biológico do homem moderno. Antigamente, o sol nascia e bloqueava a melatonina (*hormônio que faz a pessoa dormir*). “Com a iluminação artificial tudo mudou. As pessoas podem trabalhar e se divertir à noite, isso sem falar na televisão, na internet e em todos os outros recursos disponíveis. A modernidade fez com que as pessoas passassem a dormir menos”, disse. Para Luciana, não há dúvidas de que o estilo de vida moderno está prejudicando o sono. Dormir com aparelhos eletrônicos como computadores e celulares ligados, atrapalha. Levar trabalho para a cama, também não ajuda. E recorrer à medicação estimulante para driblar o cansaço, a fim de dar conta das atividades durante o dia, é uma péssima ideia que causa dependência e traz efeitos colaterais.

Dormir pouco ou mal também pode ser sintoma da falta de tempo muito associada à vida urbana e circunstâncias de trabalho inadequadas. Para a medicina do sono, há um grupo de trabalhadores que merecem atenção especial: motoristas de ônibus profissionais, maquinistas de trem, pilotos de avião e trabalhadores noturnos. Na década de 90, um estudo do Instituto do Sono de São Paulo monitorou motoristas e trabalhadores por turno (aqueles que a cada dia trabalham em um horário ou sempre trabalham à noite). Ao entrevistar 400 motoristas, constatou que 16% relatavam que dormiam enquanto estavam dirigindo — em uma média de oito cochilos por viagem. Os dados alarmantes acabaram contribuindo para uma mudança na legislação e ajustes nas condições de trabalho. Hoje, entre os critérios para obtenção da Carteira Nacional de Habilitação de tipos C, D e E, está uma avaliação dos distúrbios de sono. A nova legislação do trânsito também limita o tempo para dirigir a 11 ou 12 horas, e estabelece, no mínimo, 11 horas de descanso entre um período de trabalho e outro.

Mas o que acontece no organismo quando dormimos? De onde vem o sono? Luciana explica que o primeiro estágio (cientificamente chamado de N1) corresponde à transição da vigília para o sono mais profundo, mas o organismo ainda se encontra em sono leve. Somente no estágio seguinte (N2), o cérebro se desconecta totalmente dos estímulos do mundo real. Depois disso, o indivíduo entra no estágio 3, ou N3, que é o momento do sono profundo ou sono de ondas lentas. “Durante esse estágio, que corresponde ao sono reparador,

existe um descanso da atividade cerebral, ocorre a diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial e há um aumento da produção do hormônio do crescimento”, continua a médica.

O último estágio, conhecido como sono REM (do inglês, movimento rápido dos olhos), é a fase em que ocorrem os sonhos mais complexos e de maior significado emocional. Nesse estágio, a atividade cerebral é intensa levando a um estado que, de tão ativo, se assemelha à vigília. “A gente diz que é um outro estado de consciência”, continua Luciana. “Essa alternância que ocorre durante o sono de períodos de menos atividade cerebral com picos de muita atividade prepara o cérebro para o indivíduo estar física e emocionalmente bem durante o dia”.

APRENDEDO A DORMIR

Cair nos braços de Morfeu — como se diz na expressão popular que remete ao deus grego que personifica os sonhos — não é tão simples. É comum ouvir que, para um sono tranquilo e reconfortante, são necessárias de sete a oito horas por noite. Ocorre que essa necessidade é individual e geneticamente determinada, assegura Luciana. Há os dormidores curtos que são mais resistentes à privação de sono e que, ao dormir por cinco ou seis horas, ficam bem. E existem aqueles que precisam de nove horas. A boa notícia é que é possível aprender a dormir bem.

Segundo Luciana, a insônia, por exemplo, já conta com um tratamento baseado na terapia cognitiva comportamental que aposta na mudança de hábitos, o que significa alterar o modo como a cabeça funciona para o sono. “É preciso ensinar o cérebro a relaxar antes de ir pra cama”, diz. Dentro da higiene do sono — que pode ser definida como um conjunto de regras gerais para garantir uma boa qualidade de sono — entram desde evitar o uso de eletrônicos e contar com ambiente pouco ruidoso e de baixa luminosidade até manter os horários mais regulares. Não é mito: alimentação leve ajuda; álcool e estimulantes atrapalham. E

quanto aos exercícios físicos, eles também auxiliam mas o horário ideal para praticá-los vai variar de pessoa para pessoa. “Você não pode comparar o seu sono com o do vizinho”, acrescenta Luciana.

Mas o mais importante, assegura a especialista, é consultar o médico especializado. A polissonografia — exame que monitora os pacientes dormindo por uma noite é o método diagnóstico mais objetivo para a avaliação do sono e das variáveis fisiológicas. Luciana diz que, depois de diagnosticado o distúrbio, os tratamentos podem variar. No caso do ronco e apneia, por exemplo, pode envolver tratamento para perda de peso ou intervenção nasal, em alguns casos, cirurgia, e muito frequentemente, o uso de aparelhos ou máscaras durante o sono.

NO SUS

O SUS oferece tratamento integral para casos relacionados ao distúrbio do sono. À *Radis*, o Ministério da Saúde informa que o atendimento inicial é feito nas Unidades Básicas de Saúde e, quando necessário, o paciente é encaminhado para atendimento em uma unidade especializada. A polissonografia — que quantifica e qualifica o sono do paciente — pode ser feita no laboratório do sono em ambiente hospitalar ou em domicílio e registra, entre outras coisas, ronco, frequência de pulso, fluxo de ar, oxigenação, posição, esforço respiratório e eletrocardiograma.

Atualmente, o Brasil conta com 79 estabelecimentos que atendem pelo SUS e possuem serviços especializados em neurologia e neurocirurgia, com classificação da polissonografia. De acordo com o Ministério da Saúde, existem ainda outros 277 hospitais especializados que não possuem classificação do procedimento, mas que estão aptos a realizar os atendimentos necessários para tratar dos distúrbios do sono. Cabe aos estados e municípios identificar as necessidades de acordo com as regionalizações e disponibilizar a assistência diagnóstica e terapêutica necessárias. 



Qual a importância do SONO?

- O sono de qualidade melhora o equilíbrio físico, mental e emocional do ser humano, fortalece o **SISTEMA IMUNOLÓGICO**, **PREVINE DOENÇAS** e ajuda no bom funcionamento do **CÉREBRO**
- **40% dos brasileiros sofrem com a INSÔNIA**
- **DORMIR POUCO OU MAL** aumenta o risco de doenças cardiovasculares e metabólicas
- O SUS oferece **TRATAMENTO** para casos relacionados aos **DISTÚRBIOS DO SONO** em 79 estabelecimentos que possuem serviços especializados em neurologia e neurocirurgia

PUBLICAÇÕES

Previdência em pauta

Com o objetivo de esclarecer dúvidas sobre a Previdência social, a Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal (Anfip), em parceria com diversas associações, sindicatos e entidades nacionais, estaduais, municipais e distritais, lançaram a cartilha **Desmistificando o déficit da Previdência – Propostas para uma Previdência Social pública, justa e solidária**. A publicação marca o relançamento da Frente Parlamentar mista em defesa da Previdência Social, que defende uma reforma estrutural da captação de recursos nos termos da legislação atual, com o propósito de garantir a segurança jurídica e atuarial do sistema de Seguridade Social Brasileiro. O documento está disponível *online* para consulta pública. <http://goo.gl/ixT1Yz>



Redação científica

Na 4ª edição do livro **Dicas para Redação Científica** (editora Best Writing), Gilson Volpato orienta a elaboração de artigos científicos eficientes, de modo que sejam aceitos por revistas científicas de relevância internacional. São 380 dicas, que apontam para a ideia de que os erros vão muito além da escrita e acontecem, principalmente, por conta de falhas de entendimento dos conceitos de ciência e comunicação científica. O autor aproveita sua experiência de mais de 30 anos no ensino de ciência e redação científica para também sugerir para qual revista enviar cada artigo, como utilizar termos em inglês, jargões e se evitar e recomendações para dialogar com editores e revisores.



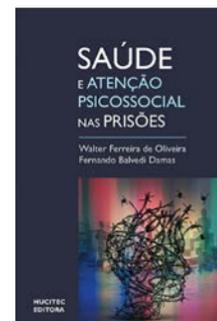
Identidades sanitárias

Allan Gomes e Marco Akerman tratam em **Uma ou várias? Identidades para o sanitário** (Editora Hucitec) a discussão sobre identidade a partir da experiência vivida no cotidiano da graduação em saúde pública da USP. De natureza interdisciplinar, a obra discute a produção teórica de Claude Dubar, Zygmunt Bauman e Stuart Hall, mas propõe a discussão do tema a partir de “uma cartografia que aborda a saúde coletiva sem ‘devorar’ a subjetividade das pessoas que integram a sua contínua construção; uma pesquisa que não se encerra em conclusões estanques, mas se amplia na provocação do leitor para refletir”, registrou o site do programa HumanizaSUS.



Saúde prisional

Em **Saúde e atenção psicossocial nas prisões**, Walter Ferreira de Oliveira e Fernando Balvedi Damas abordam as questões envolvendo a saúde nos ambientes penitenciários a partir da análise de prisões, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, bem como as bases jurídicas e políticas em saúde mental e atenção psicossocial voltadas para o sistema prisional. Também no livro, os autores discutem a lei da reforma psiquiátrica e as políticas contemporâneas para a saúde no sistema prisional; a pesquisa sobre o sistema prisional de Santa Catarina; condições gerais das unidades prisionais catarinenses; acesso à saúde e ressocialização nas prisões; condições gerais de saúde e (des)assistência nas prisões, entre outros assuntos.



LEI ORGÂNICA 26 SUS ANOS

Danielle Marinho e Silva*

No dia 19 de setembro celebramos 26 anos de um dos maiores símbolos da seguridade social e da democracia brasileira, a Lei 8.080/1990, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do SUS. A sanção da Lei 8080/90 é um dos grandes marcos da conquista dos sanitários em estabelecer que a saúde é direito de todos, dever do Estado e que tenha como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade com participação e controle social.

Mas a conjuntura política atual do país coloca nossa saúde pública em risco. Com as propostas que tramitam no Congresso Nacional que limitam investimentos em áreas sociais, o SUS pode acabar. Acredito que o Sistema Único de Saúde deva ser cada vez mais fortalecido para garantir a qualidade no acesso e aos serviços oferecidos para população. Mas, no entanto, hoje o “teto de gastos” que tramita no legislativo federal (PEC 241 e PLP 257) asfixia por 20 anos o orçamento da saúde e fere de morte o SUS. Há ainda outras propostas como a dos planos de saúde populares, que visa nada menos do que transferir recursos do Fundo Nacional de Saúde diretamente para salvar a falência de empresas de planos privados. O posicionamento político contrário a estas medidas é decisivo para a sobrevivência, fortalecimento e consolidação do SUS.

Precisamos reafirmar o direito a um SUS público, gratuito e universal. Entender que o sistema é uma conquista da sociedade brasileira. É talvez a política mais inclusiva e democrática que temos no Brasil. Pois ele não é um simples plano de saúde que socorre as pessoas no momento de doenças e agravos. Para além da doença, seu

objetivo é promover, proteger e recuperar a saúde, garantindo atenção especializada e contínua aos indivíduos e à coletividade, de forma equitativa e com participação da sociedade na elaboração de suas políticas.

Pesquisas de opinião têm demonstrado que a saúde tem sido uma das principais preocupações do eleitor em todas as esferas. Por isso, nós cidadãos comprometidos com mais e melhor saúde para nossa população, podemos contribuir como fortalecimento e consolidação do SUS através das eleições municipais. O controle social tem conclamado a sociedade a questionar os candidatos(as) a prefeito(as) e vereadores(as) a assumir compromisso com os princípios constitucionais do SUS tais como a integralidade, universalidade e equidade com participação e controle social.

O compromisso dos candidatos(as) com o direito à Saúde se dá ao não alinhar-se às medidas fiscais e econômicas que reduzem a capacidade da União, estados e municípios em garanti-lo, causando mortes, sofrimento e doenças. Em Anápolis entre 2010 e 2016 tivemos em média 18,05% dos recursos do município aplicados em saúde. Mas para os próximos anos é necessário não só a manutenção destes percentuais, mas também ampliá-los, para que nossa rede esteja a cada dia mais integrada e sua cobertura ampliada. Precisamos exigir posição firme dos candidatos e candidatas em defesa do SUS e seu compromisso com a saúde de todos. Não vamos esperar o leite derramar. Não podemos achar que não temos nada com isso. É necessário defender o SUS em todos os municípios brasileiros. E essa tarefa começa com você cumprindo sua parte. 

Fisioterapeuta e presidente do Conselho Municipal de Saúde de Anápolis (GO). Artigo publicado em 19/9/2016 no jornal Diário da Manhã

EVENTOS



2ª Conferência Nacional da Saúde das Mulheres

O evento pretende avaliar e discutir a Política Nacional de Saúde Integral das Mulheres e tem como tema principal: “Saúde da Mulher: Desafios para a Integralidade com Equidade”. Até fevereiro de 2017, reuniões com representantes de entidades ligadas à saúde da mulher estão sendo feitas para avaliar o que será abordado na conferência. As sugestões que surgirem nessas reuniões serão encaminhadas para o Pleno do Conselho Nacional de Saúde, para que então sejam avaliadas.

Data 1 a 4 de agosto de 2017

Local Brasília, DF

Info <http://goo.gl/QY9vJC>



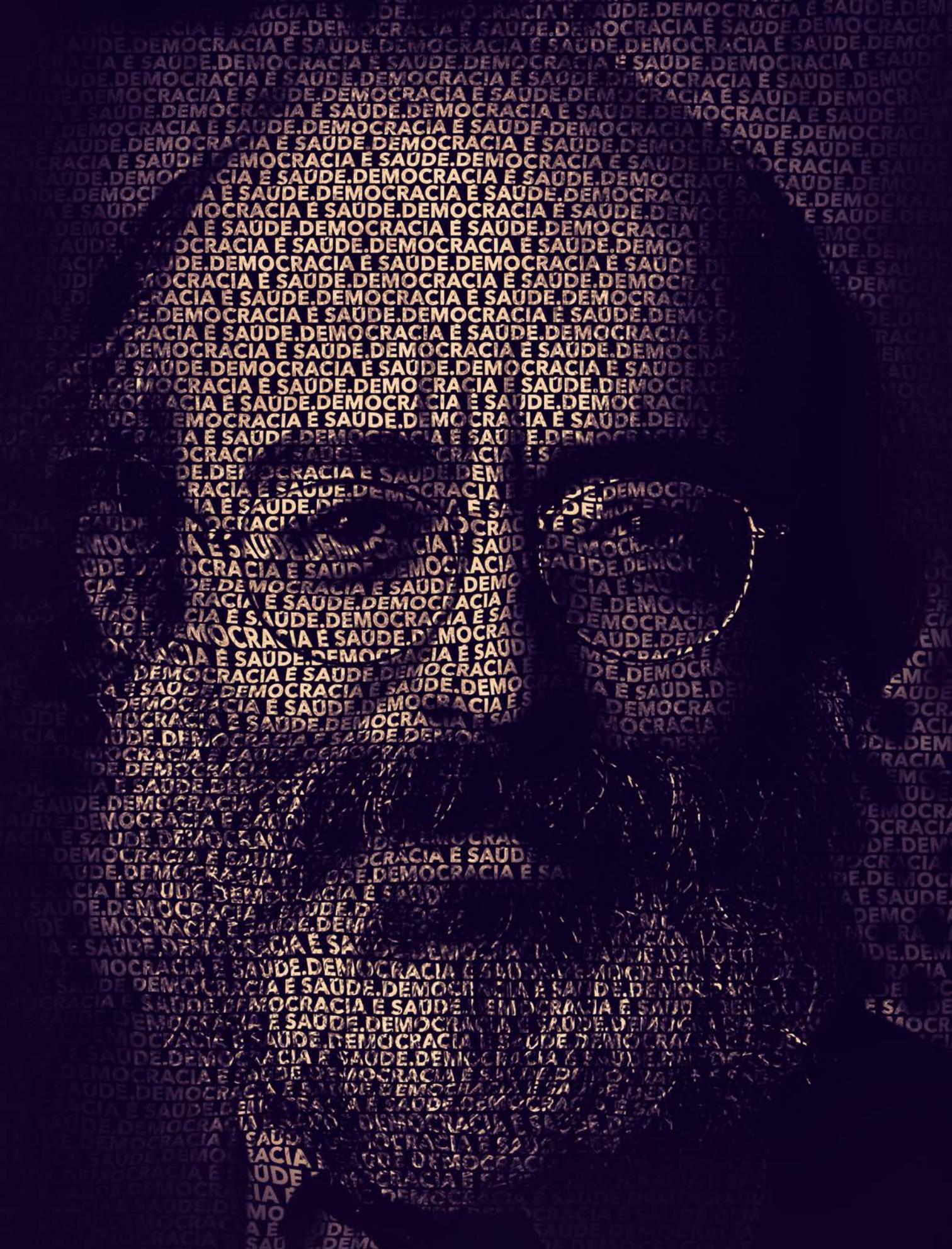
1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde

Coordenado pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde e presidido pelo ministro da Saúde, o evento terá como tema “Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS público e de qualidade”. O objetivo é propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e ações de vigilância em saúde no país.

Data 21 a 24 de novembro de 2017

Local Brasília, DF

Info <http://goo.gl/ol1Ee2>



RADIS

Comunicação em defesa da **saúde** e da **democracia**, desde 1982.