

RADIS



PLANOS POPULARES

**O BARATO
QUE SAI CARO!**

PREVIDÊNCIA

Reforma é questionável e retira direitos, advertem especialistas

COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Democratização e acesso devem movimentar conferência sobre o tema



#DONAS DA RUA

Projeto usa personagens de quadrinhos para incentivar empoderamento de meninas e luta por efetivação de direitos

Ludmila Silva*


“Lugar de mulher é onde ela quiser”. A frase, muito repetida nos dias de hoje, caracteriza, desde os anos 60, as atitudes de uma das mais famosas personagens dos quadrinhos brasileiros. Criada em 1963 por Maurício de Sousa, a menina Mônica sempre foi decidida, autêntica e orgulhosa de si, desde que estreou em uma tirinha do amigo Cebolinha. Já naquele momento ela apresentava sua forte personalidade, bem distante dos estereótipos comuns a meninas e mulheres da época. De olho na identificação criada entre Mônica e sua turma com crianças do Brasil e do mundo, a Maurício de Sousa Produções criou o projeto *Somos todas #DonasDaRua*, cujo intuito é elevar a autoestima feminina.

O projeto, que surgiu na página da Turma da Mônica no Facebook, apresenta a biografia de personagens reais que se destacaram na vida e nas artes, como a artista mexicana Frida Kahlo, a ativista paquistanesa Malala Yousafzai, a cientista polonesa Marie Curie e a brasileira Carolina de Jesus — primeira escritora negra do país — e incentiva meninas a relatarem suas histórias. O objetivo é “contribuir para que os direitos das meninas

sejam respeitados, para que elas possam ser o que quiserem ser”, lê-se no site do projeto. A ideia é inspirar as crianças a acreditar que podem superar obstáculos com determinação, responsabilidade e solidariedade. “Queremos usar essa força natural delas para que cada menina encontre o potencial que traz dentro de si, mostrando a beleza que existe na diversidade”.

Somos todas #DonasDaRua é produzido em parceria com a Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres (ONU mulheres), e tem seus conteúdos distribuídos nas mídias sociais e também nos gibis. “Queremos que cada menina seja sua própria heroína”, defendem seus criadores, indicando no site outros fundamentos do projeto, além do empoderamento: identidade, igualdade de direitos, diversidade, acesso a serviços de saúde — “para poder usufruir de seus direitos, é preciso, em primeiro lugar, ter saúde, o que inclui acesso à alimentação adequada, atendimento médico, vacinas e medicamentos” — acesso à educação de qualidade, oportunidades, autoestima, segurança e acesso aos esportes. “Seja sua própria heroína. Pois as meninas fortes de hoje serão as mulheres incríveis de amanhã!”, recomendam.

Além dos exemplos históricos, a página do *Somos todas #DonasDaRua* abre espaço para depoimentos de “donas da rua” reais, que compartilham suas conquistas. A bibliotecária Mônica Pereira da Silva é uma dessas mulheres. Grande fã da turma da Mônica, ela diz à *Radis* que admira a personagem por ser uma menina poderosa, que inspira muitas outras pelo país. “É um projeto lindo que incentiva a força feminina”, opina. Ela conta que se identificou com o projeto pois vê muito de si na personagem Mônica. “Ela é forte e não aceita abusos, mas também é determinada, solidária e leal”, comenta.

A bibliotecária lamenta que, ainda em 2017, haja muito o que lutar em relação aos direitos das mulheres na sociedade, tanto no aspecto pessoal como profissional. E disse também que se considera uma dona da rua, pois além de forte e independente, faz outras pessoas refletirem sobre questões importantes como gênero e educação de meninas e meninos, além de orientar a filha adolescente sobre seus direitos. Ela acredita que o apoio das mulheres entre si é fundamental para se ter uma sociedade de mulheres empoderadas. “Não somos rivais uma das outras. Juntas somos mais fortes”, completou. 

*Estágio Supervisionado

Queima total

Desde a Constituição de 1988, sucessivos governos federais contribuíram para não implantar o Sistema Único de Saúde na sua plenitude, ora desfigurando seu financiamento, ampliando repasses à iniciativa privada e retardando a estruturação e o controle social do SUS, como na década de 1990, ora mantendo o subfinanciamento e permitindo ou promovendo saídas privatizantes para sua gestão e contratação de força de trabalho, como nos primeiros 16 anos desta década.

Com o atual governo, o sonho e o direito da população brasileira ter um sistema público de saúde de qualidade pode ser liquidado. Além de congelar o orçamento por 20 anos, o governo adota políticas que não melhoram a situação do SUS, visam atender o sistema privado, oneram o cidadão e ameaçam o direito à saúde.

A oferta de planos populares de saúde, com serviços fragmentados e reduzidos, representa, além de um atentado contra a economia popular, a desregulamentação da saúde suplementar. Planos “baratos” já existem e encabeçam lista de queixas e interdições da Agência Nacional de Saúde. Agora, querem autorizá-los a descumprir regras atuais e aumentar preços com base nas próprias planilhas de custo, cobrar participação de mais de 50% do valor de procedimentos, não se responsabilizar pela cobertura contratada nas regiões menos assistidas, aumentar prazos de atendimento e criar obstáculos para consultas e o início de tratamentos necessários.

Nossa matéria de capa detalha a proposta do Ministério da Saúde, construída com empresas de seguro e planos de saúde, e traz a avaliação de entidades que não foram chamadas para esta discussão, como o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Federal de Medicina, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor.

Nesta edição, mais sobre a queima total de direitos que assola o país. Economistas, auditores-fiscais, sindicalistas

e a Ordem dos Advogados do Brasil questionam os pressupostos, os critérios e a legalidade da reforma da Previdência e apresentam medidas que, de fato, trariam equilíbrio ao sistema. A Consolidação das Leis do Trabalho está sob ataque com a reforma trabalhista pretendida pelo governo e com o Projeto de Lei que permite terceirização no trabalho de forma irrestrita, aprovado a toque de caixa pela Câmara de Deputados, levando insegurança a trabalhadores diretamente contratados, terceirizados e desempregados.

Especialistas veem retrocesso também na regulamentação do setor farmacêutico, com Medida Provisória que permite aumento de preços de remédios de custo considerado “inviável” pela indústria. A proteção civilizatória contida do Estatuto da Criança e do Adolescente corre risco de ser descaracterizada por 53 projetos de lei no Congresso. Na política indígena, preocupa o alinhamento maior do Ministério da Justiça com o agronegócio, desconsiderando a relação entre a demarcação de terras e identidade, cultura e saúde dos povos indígenas.

Mas há resistência. O mês de março foi marcado por grandes manifestações convocadas e lideradas por mulheres. Em abril, a Conferência Livre de Comunicação em Saúde, convocada pelo Conselho Nacional de Saúde, debate a democratização e os direitos a informação, comunicação e saúde, a comunicação pública e a criação de uma rede de comunicadores.

Na seção Pós-Tudo, uma análise do contexto crítico em que ocorre a eleição da direção da Organização Mundial da Saúde, em maio: emergência de epidemias sem fronteiras, políticas econômicas que aumentam iniquidades e fragilizam os sistemas de saúde, retrocessos no desenvolvimento sustentável, o drama da migração e do refúgio de milhões de pessoas por todo o planeta.

Rogério Lannes Rocha

Editor chefe e coordenador do programa Radis

Expressões e Experiências

• #Donas da Rua 2

Editorial

• Queima total 3

Cartum

3

Voz do leitor

4

Súmula

5

Toques da Redação

9

Seguridade social

• Jogo dos 7 erros da Reforma da Previdência 10

Medicamentos

• Aumento autorizado 14
• Sentença de vida 15

Capa | Planos populares



• Mercadão da saúde 16
• Ofertas 18
• Compre um plano, perca direitos 21

Comunicação e saúde

• Canais de diálogo 22

Entrevista

• Celina Turchi | No tsunami da epidemia 25
• Linha de frente contra o zika 26

Enfermagem

• Formação em questão 28

Educação ambiental

• A lama que sustenta 30

Serviço

34

Pós-Tudo

• Diplomacia da saúde global em disputa 35

Capa: Tipografia de Marcelo Puiba

CARTUM



RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN



Reforma da Previdência

Prezados, parabéns pela edição 173 da *Radis*. A matéria central é muito clara e precisa. Uma ótima orientação do quadro de perdas que nos avizinham. Precisamos lutar contra tudo o que quer esse governo que vai na contramão das conquistas sociais. A capa é especialmente linda, gostei muito. Torço para que seja inspiração nessa tão difícil luta. E sempre agradeço ao excelente trabalho que vocês fazem. É um benefício para a comunicação e saúde, pois é informação segura e de qualidade. É isso, repetindo a *Radis*: o nosso lado é o SUS!

• Eliane Pontes, Rio de Janeiro, RJ

Quero parabenizar a todos que fazem a *Radis*, pelo excelente trabalho no que tange a comunicação e saúde, levando informação de qualidade até o público leitor. Parabéns pela matéria publicada na edição nº 173, que fala de forma didática sobre a proposta de reforma da Previdência como ameaça à seguridade dos brasileiros. Sugiro uma pauta sobre o profissional agente comunitário de saúde, categoria que tem contribuído imensamente dentro do contexto da prevenção e promoção de saúde

na atenção básica do Brasil. Esse profissional passa por um processo de desvalorização, apesar das várias conquistas trabalhistas ao longo do tempo, e também sofre descaracterização no que diz respeito a seu vínculo funcional e atribuição. Muitos exercem seu trabalho de forma precária. Esse seria um tema para a *Radis* explorar a fundo, e tenho certeza que esta competente equipe poderá comprovar o que afirmo. Mais uma vez, parabéns!

• Evanio Teixeira, Pilar, PB

R: Obrigada, Eliane e Evanio! *Radis* continua atenta em defesa dos direitos trabalhistas e sociais! Os agentes comunitários são personagens importantíssimas na condução e construção do SUS! Já abordamos questões relacionadas à sua atuação nas edições 166, 135 e 82. Voltaremos ao assunto em breve!

Enfermeiros coadjuvantes?

Recebi a revista deste mês (*Radis* 171) e estou perplexa demais! Têm certeza que são os médicos da família quem são importantes!? Até quando o enfermeiro será coadjuvante? Até quando não nos citarão!? Quem faz a diferença na estrutura do SUS? O médico? O que mais me deixa triste é ver que até a *Radis* não nos valoriza! E sabe que quem faz a diferença, briga mesmo sem forças — inclusive contra alguns médicos — somos nós! Uma pena!

• Renata Izavi, Jundiá, SP

R: Renata, *Radis* não considera que os enfermeiros são coadjuvantes em qualquer situação! Para nós, todos os profissionais de saúde têm a sua função e a sua importância! Nossa matéria surgiu da cobertura da 21ª Conferência Mundial de Médicos de Família, por isso o destaque dado a estes profissionais naquela edição. Mas *Radis* vem tratando de questões específicas dos enfermeiros e demais profissionais do SUS. Confira as edições 162 e 154, e também esta edição. Espero que possamos continuar com sua leitura!

Serviço social

Gostaria de sugerir uma pauta sobre o trabalho do serviço social hospitalar, em ações que contribuem para o atendimento integral, segundo os objetivos do SUS. Sou assistente social no Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães (Hospam) e sinto falta de textos que contemplem este assunto.

• Rita Jussara Barros, Serra Talhada, PE

R: Sugestão anotada, Rita! Aguarde!

Ansiedade e Burnout

Sou assinante da revista, que é um tesouro para a minha profissão. Peço que me enviem por favor revistas que falem sobre ansiedade e Síndrome de Burnout. Estou fazendo um projeto que trata destes problemas nos enfermeiros.

• Daniela da Silva Lapa, Campo do Brito, SE

R: Daniela, você encontra o que a *Radis* já publicou sobre ansiedade em <https://goo.gl/0qmvhX>. Sobre Síndrome de Burnout, já tratamos na edição 152, e

em breve publicaremos uma matéria sobre o tema.

SUS na TV

Li a reportagem sobre a série televisiva que aborda o cotidiano de profissionais do SUS (*Radis* 172) e gostaria de saber como ter acesso a esta série. O meu interesse é de mostrar esse cotidiano para os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) e gestores como instrumento de reflexão sobre nossos serviços.

• Mariza Carneiro Matos, Recursolândia, TO

R: Mariza, a primeira temporada da série *Unidade Básica* foi exibida pelo canal de TV Universal. Saiba mais em goo.gl/diJLwQ

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

Editor-chefe e coordenador do *Radis*

Rogério Lannes Rocha

Subcoordenadora **Justa Helena Franco**

Edição **Adriano De Lavor**

Reportagem **Bruno 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 **Alexandra Santos Sabino** (Administração)

Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cadastro)
Periodicidade mensal | Tiragem 101.800 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](https://www.facebook.com/RadisComunicacaoeSaude)

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



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Marcha Mundial de Mulheres levou multidões às ruas no 8 de março, tendo a Reforma da Previdência como alvo principal



FOTO: MARCELO CAMARGO/ABR

8 DE MARÇO: MULHERES NAS RUAS

No Dia Internacional da Mulher (8/3), quatro projetos selecionados pela bancada de deputadas foram aprovados no Plenário da Câmara, em Brasília: duas medidas de incentivo à amamentação; uma que põe fim ao uso de algemas em presas parturientes; e uma outra que homenageia Zuzu Angel, estilista que se notabilizou na luta contra o regime militar durante busca incansável pelo filho desaparecido. Mas a data este ano, no Brasil, foi marcada principalmente por uma sombra de ameaças às questões de gênero.

Durante a Marcha Mundial de Mulheres, movimento internacional que leva multidões às ruas no 8 de março, as brasileiras elegeram a Reforma da Previdência como alvo principal. Como informou a edição de *Radis* 173, esse grupo será um dos mais afetados pelo projeto de reforma do governo, que passa a fixar a idade mínima de aposentadoria de 65 anos, para homens e mulheres, estabelecendo ainda 25 anos de contribuição. “É uma reforma muito perversa com as mulheres”, assegurou a economista Joana Mostafa em entrevista à *Carta Capital* (17/3). “No futuro, 47,3% das mulheres não vão alcançar os 25 anos de contribuição. Para os homens, esse percentual será de 30%”.

No mesmo momento em que mulheres tomavam as ruas de pelo menos 70 cidades do país, o presidente Michel Temer realizava um discurso em que reduzia o papel da mulher às tarefas domésticas. “Tenho absoluta convicção, até por formação familiar e por estar ao lado da Marcela [Temer], do quanto a mulher faz pela casa, pelo lar. Do que faz pelos filhos”, disse. Ao falar da participação da mulher na economia, afirmou que ninguém melhor do que elas para “indicar desajustes nos preços do supermercado”, destacou o *Estadão* (9/3). O *El País Brasil* (9/3) lembrou que não é a primeira vez que Temer “se coloca na berlinda por ações ou declarações vistas como machistas”. Ao assumir a presidência logo após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff em maio de 2016, montou um gabinete só com homens. Agora, nas 28 pastas ministeriais, há duas mulheres: uma na Advocacia-Geral da União e outra em Direitos Humanos.

Após o evento, a secretária nacional de Política para Mulheres Fátima Pelaez negou que o presidente tenha sido machista em seu discurso. Mas as declarações provocaram mais protestos; dessa vez, nas redes sociais.

Nas ruas, as mulheres protestaram ainda pela igualdade de direitos e contra a violência machista, pelo fim da cultura do estupro, por liberdade sexual e igualdade salarial no mercado de trabalho, entre outras demandas feministas, apontou o site do *El País Brasil* (9/3). Mas justamente nesse dia, quando mulheres empunhavam faixas e cartazes para lembrar dados nacionais estarrecedores — a cada 11 minutos uma mulher é estuprada e apenas 13% dos casos são denunciados —, os jornais traziam notícias como esta: “Juiz rejeita denúncia por estupro sofrido por presa política” (*Agência Brasil*, 8/3), em que a Justiça Federal de Petrópolis (RJ) “ignora ou desqualifica” as provas do estupro da ex-presa política e única sobrevivente da Casa da Morte Inês Etienne Romeu.

Repercutiu bastante no período o caso do ex-goleiro Bruno Fernandes, que em 2013 havia sido condenado em primeira instância a 22 anos e três meses por homicídio triplamente qualificado e ocultação de cadáver de Eliza Samudio, e agora foi beneficiado por liminar (24/2) do Supremo Tribunal Federal (STF) passando a aguardar julgamento em liberdade. A imprensa chegou a exibir entrevistas com o ex-goleiro e a divulgar notícias com os clubes que lhe fizeram propostas de emprego, enquanto nas redes sociais pessoas postavam *selfies* com Bruno. O assunto provocou um debate abrangente no site *Justificando*, que publicou três artigos (entre 7 e 13/3) colocando em discussão feminismo, punitivismo e complacência com a violência contra a mulher. Em um dos textos (10/3), a colunista Maira Zapater discute a leniência de uma parte do público “que, de um lado, tão rapidamente se volta para linchar quem pratica um furto ou picha um muro, e de outro faz questão de tirar *selfies* com alguém que é retratado pelo sistema de justiça criminal e pela mídia como alguém condenado pelo assassinato de sua ex-mulher”.

Terceirização é 'boia fria.com'

A aprovação na Câmara do Projeto de Lei 4.302/98, que determina a terceirização irrestrita para qualquer tipo de atividade em empresas dos setores público e privado, representa um ataque aos direitos dos trabalhadores, advertem centrais sindicais, magistrados e parlamentares. O texto, encaminhado pela mesa diretora à Presidência da República, também é questionado no Supremo Tribunal Federal (STF). Segundo os seus opositores, do modo como foi aprovada, a proposta vai permitir a precarização do trabalho, o aumento no número de acidentes e a negação de direitos dos trabalhadores — posição defendida inclusive por integrantes da base aliada do governo.

Um manifesto assinado por nove senadores do PMDB, divulgado no dia 29, recomendou o veto ao projeto de lei. Como noticiou o El País, o grupo considera que o PL precariza as relações de trabalho,

derruba a arrecadação, revoga conquistas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e piora a perspectiva da aprovação da Previdência. Ainda segundo o site, o senador Renan Calheiros, um dos signatários da nota, seria contrário à terceirização da atividade-fim das empresas: “Na crise, ela [a lei] vai precarizar as relações de trabalho, a terceirização é o 'boiafria.com', isso é retroceder”, declarou ao El País.

De acordo com o PL aprovado pela Câmara, uma unidade de saúde poderá terceirizar serviços de limpeza (atividade-meio) e de equipes de saúde (atividade-fim), por exemplo. A proposta amplia também a permissão para contratação de trabalhadores temporários, que passa de até três meses para até 180 dias, consecutivos ou não. Após o término do contrato, o trabalhador temporário só poderá prestar novamente o mesmo tipo de serviço à empresa após esperar três meses.

Precarização, acidentes e perda de direitos

Em nota divulgada dia 23 de março, Força Sindical, CUT, UGT, CTB, Nova Central e CSB também reprovaram o PL, afirmando que a medida fará com que trabalhadores passem a ganhar menos, atacando direitos como férias, 13º salário, jornada de trabalho, garantias de convenções e acordos coletivos, noticiou o *Estado de S. Paulo* (24/3). A aprovação também foi criticada pelo procurador-geral do Trabalho, Ronaldo Fleury, para quem o projeto vai gerar maior insegurança jurídica no mercado de trabalho, com a precarização das relações empregatícias e substituição de contratos indeterminados por temporários, como declarou ao *Globo* (23/3).

Já a Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho (Anamatra) alertou que a aprovação do PL agravará problemas como a alta rotatividade dos terceirizados, o elevado número de acidentes, além de gerar prejuízos para a saúde pública e para a Previdência Social — segundo a Anamatra, de 10 acidentes, oito acontecem com empregados terceirizados. Os magistrados advertiram ainda que o projeto agrava o quadro em que se encontram aproximadamente 12 milhões de trabalhadores terceirizados — contra 35 milhões de contratados diretamente, números que podem ser invertidos com a aprovação do texto — alertando que os terceirizados trabalham em média três horas a mais que os contratados.

Para os parlamentares da oposição, o PL não só é “nocivo ao conjunto dos trabalhadores” como “atropela” o encaminhamento da reforma trabalhista na Câmara, registrou a Agência Brasil (22/3). O deputado Alessandro Molon (Rede-RJ) acredita que a maioria das empresas vai trocar os contratos permanentes por temporários. “Essa proposta tem por objetivo uma contratação mais barata, precarizando e negando direitos. O próximo passo é obrigar os trabalhadores a se transformarem em pessoas jurídicas, abrindo mão de férias, licença-maternidade e outros direitos”, declarou à agência. “Essa matéria não passou pelo debate dessa legislatura e seguramente representa um duro ataque aos direitos dos trabalhadores”, advertiu a deputada Jandira Feghali (PCdoB-RJ).

O Nexo Jornal destacou (23/3) que a medida faz parte de um pacote mais amplo de medidas, que incluem as reformas da Previdência e trabalhista, que irá estabelecer a prevalência de acordos e convenções coletivos entre patrões e empregados sobre a CLT.



FOTO: FÁBIO RODRIGUES POZZEBOM / ABR

Durante a votação do PL, parlamentares protestaram com patos infláveis, em referência ao movimento “Chega de Pagar o Pato”, que criticava o governo Dilma Rousseff (PT)

STF pede esclarecimentos

Apesar de não paralisar a tramitação do APL 4.302, o ministro Celso de Mello, do Supremo Tribunal Federal (STF), notificou a Câmara dos Deputados, no dia 28 de março, exigindo explicações sobre o texto aprovado. O ministro responde aos pedidos do senador Randolfe Rodrigues (Rede-AP) e do deputado federal André Figueiredo (PDT-CE), que entraram com ações questionando a tramitação do projeto [o PL foi encaminhado à Câmara em 1998 pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso e lá aprovado em 2000. Em 2002, também foi aprovado no Senado, onde sofreu alterações, e de lá voltou

à Câmara]. Os parlamentares sustentam que a Câmara não poderia dar andamento ao projeto após um pedido feito pelo ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, para que a matéria fosse retirada de pauta. A proposta aprovada pela Câmara é amplamente defendida pelos empresários, que afirmam que a existência de uma lei sobre o assunto é fundamental para garantir a segurança jurídica deles e dos trabalhadores. Como não há uma lei específica para a terceirização, o tema vem sendo regulado pelo Tribunal Superior do Trabalho através da súmula 331, de 2003, registrou o El País (29/3).

ACAMPAMENTO TERRA LIVRE



As terras e a barriga dos indígenas

“Terra não enche barriga”, declarou o ministro da Justiça Osmar Serraglio à *Folha de S. Paulo* (10/3), três dias após assumir o cargo. Para ele, o que importa para os indígenas é ter “boas condições de vida”. A crítica, endereçada às lideranças “envolvidas em conflitos no campo”, sinalizou a posição do novo ministro em relação à disputa entre povos indígenas e ruralistas, embora ele tenha se recusado, na mesma entrevista, a assumir um “lado na batalha”. São os dados biográficos de Serraglio apresentados pela própria reportagem que apontam para outra interpretação.

O jornal lembrou que, ligado ao agronegócio, o deputado Osmar Serraglio (PMDB/PR) foi o relator da PEC 215. Elaborada na Câmara, a proposta altera a Constituição para transferir ao Congresso a decisão final sobre a demarcação de terras indígenas, territórios quilombolas e unidades de conservação no Brasil. Atualmente, somente o Poder Executivo, munido de seus órgãos técnicos, pode decidir sobre essas demarcações. A *Folha* também ressaltou que 30% dos recursos de campanha do parlamentar, em 2014, foram financiados por empresas ligadas ao setor. “Ele sempre foi um deputado atuante na bancada ruralista. Para um índio, a terra é um elemento central, ela não só enche a barriga, mas enche também o sentido da vida para os indígenas”, refutou Cleber Buzatto, secretário-executivo do Conselho Indigenista Missionário (Cimi).

Em nota divulgada no mesmo dia, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) lamentou que o discurso do ministro confirmava sua notória ignorância sobre a história, identidade, cultura e cosmovisão dos povos indígenas” e criticou as

“sucessivas gerações de invasores”, para os quais a terra só tem uma finalidade: “prover lucro a qualquer custo, mesmo que isso implique destruição e morte, de territórios e povos, de bens comuns, conhecimentos e saberes milenares”. A Apib ressaltou ainda que “boas condições de vida” para os povos indígenas, jamais serão conquistadas sem “a garantia de viverem em paz e livres nos seus territórios, com condições dignas de sustentabilidade”.

No blog que mantém no portal Uol, o jornalista Leonardo Sakamoto também criticou a declaração de Serraglio (10/3), lembrando a situação que vivem os Guarani Kaiowá, no Mato Grosso do Sul, onde aguardam a demarcação ou a liberação de terras já demarcadas, emperradas por conta de ações judiciais por parte dos fazendeiros. “Incapazes de garantir qualidade de vida, o confinamento em favelas-reservas acaba por fomentar altos índices de suicídio e de desnutrição infantil, além de forçar a oferta de mão de obra barata. Pois, sem alternativas, tornam-se alvos fáceis para os aliciadores e muitos acabaram escravizados em usinas de açúcar e álcool no próprio Estado nos últimos anos”, denunciou o jornalista.

Dez dias após a declaração do ministro, a Apib convocou povos e organizações indígenas do país para mais uma edição do Acampamento Terra Livre (ATL) que será realizado em Brasília, entre 24 a 28 de abril de 2017. O objetivo do acampamento é: “Reunir em grande assembleia lideranças dos povos e organizações indígenas de todas as regiões do Brasil para discutir e se posicionar sobre a violação dos direitos constitucionais e originários dos povos indígenas e das políticas anti-indígenas do Estado brasileiro”.

Lista suja denuncia trabalho escravo

250 empresários estão citados na “Lista de Transparência sobre Trabalho Escravo Contemporâneo”, divulgada pelo site Repórter Brasil (14/3). Obtida por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI), a relação (que pode ser acessada em <https://goo.gl/ywNxbY>) apresenta empregadores autuados em decorrência de caracterização de trabalho análogo ao de escravo e que tiveram decisão administrativa final. O jornalista Leonardo Sakamoto, autor da reportagem, informou que o intuito é “garantir transparência à política de combate a essa violação aos direitos fundamentais

enquanto o governo federal não voltar a divulgar a informação, como costumava fazer”.

A não divulgação dos dados causou polêmica, após o Ministério do Trabalho, órgão responsável por sua publicização semestral desde 2003, evitar, na Justiça, a divulgação do cadastro de empregadores flagrados por esse crime. O Ministério alegou a necessidade de aprimorar as regras a fim de não prejudicar empregadores, salientou o Repórter Brasil. No dia 20 de março, o Brasil foi denunciado na ONU por conta da decisão de vetar a lista de empresas flagradas pela prática. A iniciativa foi da entidade Conectas, que levou o caso ao Conselho de Direitos

Humanos da ONU, em Genebra. “Qualquer decisão do Judiciário de suspender a lista com base no argumento de violação de liberdades individuais favorece as corporações privadas envolvidas em trabalho escravo em detrimento dos mais vulneráveis”, defendeu a entidade no Conselho, como noticiou o site da IstoÉ (21/3). Logo depois (23/3), o MT divulgou uma lista menor, com o nome de 68 empregadores flagrados que receberam uma punição sem possibilidade de recurso. A maior parte das irregularidades foi registrada em fazendas, 45 no total. Além disso, nove empresas da construção civil aparecem na lista, como registrou a EBC (24/3).

Brasil assume meta de conter a obesidade

O Ministério da Saúde apresentou no dia 14 de março metas para frear o crescimento do excesso de peso e da obesidade no país. O anúncio foi feito durante o Encontro Regional para Enfrentamento da Obesidade Infantil, em Brasília, evento que faz parte da implementação da Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição (2016/2025). A medida incentiva o acesso universal a dietas mais saudáveis e sustentáveis. O Brasil assumiu como compromisso atingir três objetivos até 2019: deter o crescimento da obesidade na população adulta, por meio de políticas intersetoriais de saúde e segurança alimentar e nutricional; reduzir o consumo regular de refrigerante e suco artificial em pelo menos 30%, também entre os adultos; e ampliar em no mínimo de 17,8% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente.

Para cumprir as metas, é importante a formação de hábitos alimentares saudáveis nas crianças, como demonstrou a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2016). Segundo o estudo, a ingestão de alimentos ultraprocessados começa já nos primeiros anos de vida: 40,5% das crianças menores de cinco anos consomem refrigerante com frequência. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, de 2013, apontam que 60,8% das crianças menores de dois anos comem biscoitos ou bolachas recheadas. Uma em cada três crianças brasileiras apresenta excesso de peso, como indicou a Pesquisa de Orçamentos Familiares, feita entre 2008 e 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O problema não atinge somente os adultos no país. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2013), mais da metade dos brasileiros está com excesso de peso. A incidência é maior em mulheres (59,8%) do que em homens (57,3%). A obesidade também segue o mesmo padrão. 25,2% das mulheres adultas do


país estão obesas contra 17,5% dos homens. O índice mantém a mesma proporção na América Latina.

Desde 2014, o Guia Alimentar para a População Brasileira orienta a população com recomendações sobre alimentação saudável e consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados. A publicação é reconhecida mundialmente pela abordagem integral da promoção à nutrição adequada. Os principais vilões dos hábitos saudáveis são os alimentos industrializados, diferentemente da explicação dada pelo ministro da Saúde Ricardo Barros, que relacionou o problema à ausência das mães — “Hoje as mães não ficam em casa, e as crianças não têm oportunidade, como tinham antigamente, de acompanhar a mãe nas tarefas diárias de preparação dos alimentos. E vai ficando cada vez mais distante a capacidade de pegar um alimento natural e saber consumi-lo”, disse o ministro, ao fazer o anúncio do plano de metas para reduzir a obesidade no país.

Ainda de acordo com o guia, adotar uma alimentação saudável não é meramente questão de escolha individual. Muitos fatores — de natureza física, econômica, política, cultural ou social — podem influenciar positiva ou negativamente o padrão de alimentação das pessoas, como morar em bairros ou territórios onde há feiras e mercados que comercializam frutas, verduras e legumes com boa qualidade torna mais factível a adoção de padrões saudáveis de alimentação. “Outros fatores podem dificultar a adoção desses padrões, como o custo mais elevado dos alimentos minimamente processados diante dos ultraprocessados, a necessidade de fazer refeições em locais onde não são oferecidas opções saudáveis de alimentação e a exposição intensa à publicidade de alimentos não saudáveis”, aponta o documento.

Projeto de lei ameaça os jovens

O projeto de Lei (PL) 7.191/02, que visa alterar a Lei 8.069/90, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), foi duramente criticado por representantes de direitos humanos em audiência pública realizada (14/2) pela comissão especial da Câmara que trata de mudanças nas medidas socioeducativas aplicadas a menores infratores. O texto do PL englobará 53 projetos de lei que tramitam na Casa sobre o tema e inclui propostas de redução da maioridade penal e o aumento do tempo de internação dos adolescentes que cometeram crimes graves. Ao Portal Terra (14/3), Romero José da Silva, integrante do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e presente à reunião, lembrou que o Brasil tem cerca de 22 mil adolescentes e jovens cumprindo medida de internação

ao custo de R\$ 5 bilhões — uma média de R\$ 13 mil gastos para cada adolescente internado. “É um custo caro, que vai de encontro à pauta do governo de corte de gastos”, argumentou. Em entrevista à *Radis*, Valéria Brahim, gerente de Programas Sociais da Associação Brasileira Terra dos Homens, considera o projeto um retrocesso. “O PL vai promover um extermínio da população jovem negra e pobre. Não é o melhor caminho a ser feito”. Para ela, é preciso rever as internações, mas é inaceitável trancafiar mais jovens nos presídios, convivendo com adultos que cometeram crimes bárbaros. “As prisões são fábricas de criminosos. A penitenciária não promove a ressocialização nem de adultos que estão presos e muito menos promoverá a de jovens e adolescentes que estão em fase de desenvolvimento”, afirmou. 

RADIS ADVERTE



OBESIDADE NÃO É ESCOLHA

A alimentação adequada e saudável também depende de fatores externos, como o custo mais elevado dos alimentos minimamente processados diante dos ultraprocessados, a necessidade de fazer refeições em locais onde não são oferecidas opções saudáveis de alimentação e a exposição intensa à publicidade de alimentos não saudáveis. Informe-se, coma bem e viva melhor!

Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira (<https://goo.gl/KR7hFP>)



FOTO: ROYENNA/AGF/ABR

Cobertura seletiva

No dia 15 de março, trabalhadores foram às ruas protestar contra as reformas trabalhista e da Previdência em todo o país. A grande imprensa televisiva, no entanto, focou suas câmeras quase exclusivamente nos transtornos causados ao trânsito nas grandes cidades, ignorando manifestantes e suas razões. No Rio de Janeiro, embora os helicópteros das TVs tenham acompanhado todo o protesto organizado no Centro da cidade, os telejornais só exibiram cenas de um

grupo de mascarados que entrou em conflito com a polícia, invisibilizando a grande multidão que ocupou grande parte da Avenida Presidente Vargas. O mesmo aconteceu em São Paulo, de onde não se exibiram imagens aéreas da Avenida Paulista tomada de manifestantes, mas sim entrevistas com pessoas impedidas de circular pela cidade, dada a falta de transporte. Aos manifestantes, apenas o silêncio comprometedor da parcialidade.

Ressocialização ou aclamação?

A contratação do goleiro Bruno pelo clube Boa Esporte de Varginha (MG) reafirma a importância de se discutir a violência contra a mulher no país. O atleta foi condenado em primeira instância, em 2013, como mandante do assassinato de Eliza Samudio — mãe de seu filho — e, por conta da morosidade do Judiciário brasileiro, aguarda em liberdade o desfecho do processo. O clube, mesmo com a repercussão negativa e a perda de seus principais patrocinadores, manteve o acordo com Bruno, que posou para fotos com torcedores e declarou seu objetivo de integrar a Seleção Brasileira. “Embora dentro da lei, a contratação de Bruno é uma representação machista da insensibilidade que segue banalizando a violência contra a mulher”, alertou Breiller Pires em texto no El País (15/3). Em Varginha, um grupo de mulheres protestou na sede do clube, usando mordanças e cartazes onde denunciavam: “Seu contrato tem dias contados; nossa luta, não!”. Nas redes sociais, a contratação do jogador gerou polêmica. De um lado, críticos do “sistema punitivo” defendiam seu direito ao trabalho como uma forma de ressocialização; de outro, indignados com a oportunidade dada a um assassino condenado, antes mesmo do fim do processo penal.

Em defesa da ciência

Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) convoca para a Marcha pela Ciência, que sairá às 14 horas do dia 22 de abril do Largo da Batata, em São Paulo. O objetivo é disseminar a ideia de que a ciência é fundamental para a construção de políticas e regulamentos de interesse público. Saiba mais: <http://marchapelacienciasp.com/>

Sanitarista: profissão reconhecida

A profissão de sanitário foi oficialmente reconhecida pelo Ministério do Trabalho (17/3) na nova tabela de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). O documento define como atribuições do profissional planejar, coordenar e avaliar ações de saúde; definir estratégias para unidades e/ou programas de saúde; coordenar interfaces com entidades sociais e profissionais. A CBO é o documento que reconhece a existência de determinada ocupação. A regulamentação da carreira é outra etapa, que deve ser assegurada por lei e sancionada pela Presidência da República. Os dados da CBO alimentam as bases estatísticas de trabalho e servem de subsídio para a formulação de políticas públicas de emprego. A atualização é feita levando em conta mudanças nos cenários tecnológico, cultural, econômico e social do país, que provocam alterações na dinâmica do mercado de trabalho brasileiro. O MT também considerou que o sanitário é responsável por atividades voltadas à área de epidemiologia, ciências sociais e políticas públicas de vigilância sanitária.

400%

Foi o aumento registrado pela Vigilância Sanitária no número de animais diagnosticados com esporotricose no Rio de Janeiro, em 2016. A doença, que pode ser fatal para gatos e também é transmitida para cachorros e humanos, é hoje uma epidemia na cidade. Foram 13.536 atendimentos em 2016 — seja nos institutos públicos veterinários, em assistência domiciliar ou comunitária — um número bem maior que em 2015, que registrou 3.253. A VídeoSaúde Distribuidor, da Fiocruz, lançou, em 2016, vídeo de Eduardo Thielen que discute a doença. Confira em <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/video-esporotricose>.

JOGO DOS 7 ERROS DA REFORMA DA PREVIDÊNCIA

Proposta de reforma retira direitos da população e se baseia em argumentos questionáveis, apontam especialistas

Luiz Felipe Stevanim

“**S**e a reforma da Previdência não sair...” Com esse mote, uma peça publicitária na página do PMDB no Facebook dava o tom da estratégia do governo federal para aprovar a reforma da Previdência. O anúncio (2/3) dizia que, caso a reforma não seja aprovada, será o fim dos programas sociais, do programa de financiamento estudantil do governo (FIES) e da construção de novas estradas. A publicação teve grande repercussão negativa em comentários que definiam a estratégia como “chantagem”. Dias depois (7/3), em reunião no Palácio do Planalto com o Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, o próprio presidente Temer reagiu às críticas que o projeto vem recebendo: “Quem reclama é na verdade quem ganha mais”, declarou.

No entanto, o documento “Previdência: Reformar para excluir?”, divulgado em fevereiro pela Plataforma de Política Social, em parceria com a Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil (Anfip) e o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) — que *Radis* antecipou na edição 173 —, revela que o governo se baseia em premissas e justificativas questionáveis ou enganosas para levar adiante a reforma da Previdência. “A reforma tem premissas erradas. A primeira é essa ideia do déficit. Isso é uma ‘pedalada’ constitucional, é desonestidade intelectual”, afirmou à *Radis* o coordenador do relatório e economista da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Eduardo Fagnani.

Atualmente a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 287, que altera a configuração da Previdência, está em tramitação na Câmara dos Deputados. A principal mudança se refere à fixação da idade mínima de aposentadoria em 65 anos para homens e mulheres, trabalhadores rurais e do campo. Para se aposentar, o

trabalhador terá de contribuir, pelo menos, 25 anos (e não mais 15); porém, se quiser ter acesso ao salário integral (limitado ao teto de R\$ 5.531,31), vai precisar contribuir durante 49 anos (a conta soma 51% da média de todas as contribuições desde 1994 mais 1% por cada ano trabalhado). Por exemplo, aqueles que se aposentarem com 65 anos e 25 de contribuição terão direito a 76% do salário na forma do benefício, que terá o acréscimo de 1% a cada ano a mais de contribuição. Também altera regras da pensão por morte, da aposentadoria por invalidez e do Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social (BPC). No caso das pensões, o valor pago à viúva ou ao viúvo cai para 50% do salário do contribuinte que faleceu, com um adicional de 10% para cada dependente do casal. Já o BPC, que garante um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos em situação de extrema pobreza e às pessoas com deficiência, só será pago a partir dos 70 anos e não mais vinculado ao valor do mínimo salarial.

Críticas às mudanças foram levantadas por lideranças sindicais de diferentes categorias reunidas no seminário “Desmistificando a Reforma da Previdência”, promovido pelo Sindicato dos Trabalhadores da Fundação Oswaldo Cruz (Asfoc-SN), em 20 de fevereiro. Para o presidente da Central Pública do Servidor, Nilton Paixão, a Constituição de 1988 criou um modelo de Estado social e democrático de Direito, ao garantir o princípio da dignidade humana e a Seguridade Social — formada pelas áreas de Saúde, Assistência e Previdência Social. “Dignidade não se nasce com ela, conquista-se. A reforma fragiliza frontalmente a noção de dignidade humana prevista na Constituição”, ressaltou.

Ao contrário da mensagem divulgada pelo governo, a reforma é impopular, avaliou o presidente do Sindicato dos Servidores do Poder Legislativo Federal e do Tribunal de Contas da União (Sindilegis), Petrus Elesbão da Silva. “Quem são os primeiros interessados nessa reforma? É o mercado financeiro, que vai ser

um dos grandes beneficiados”, afirmou. Segundo ele, o cenário no Congresso é favorável à aprovação da PEC, mas é preciso levar a pressão popular até o Legislativo para mudar os rumos do projeto. “Quem vai determinar o tamanho dessa reforma seremos nós, a população”, completou.

Também a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB- Conselho Federal) se posicionou contrária à reforma e se somou à campanha “A Previdência é nossa!”, que tenta mostrar para a população de que forma as mudanças propostas afetam o princípio fundamental da dignidade humana previsto na Constituição de 1988. “A proposta

de reforma apresentada pelo governo desfigura o sistema da previdência social conquistado ao longo dos anos e dificulta o acesso a aposentadoria e demais benefícios à população brasileira que contribuiu durante toda a sua vida”, afirmaram OAB e dezenas de entidades sindicais em uma carta aberta, divulgada no fim de janeiro. Ainda segundo o texto, a PEC 287 se baseia no discurso de uma catástrofe financeira e na ideia do “déficit”, que não existem na realidade. O mesmo aponta Nilton Paixão: “No fundo estamos vivendo uma reforma que se baseia na repetição da mesma ideia mil vezes até que seja entendida como verdade”.

Para contribuir com o debate, *Radis* listou alguns argumentos utilizados para justificar a reforma e buscou entender até que ponto eles se sustentam

1

“A PREVIDÊNCIA NÃO É SUSTENTÁVEL” E O MITO DO ROMBO

A principal justificativa do governo está no chamado “rombo da Previdência”: segundo os dados oficiais, o ano de 2016 fechou com um déficit de R\$ 149,7 bilhões. Este ano, a projeção é que esse rombo chegue a R\$ 181 bilhões, caso o sistema seja mantido. No entanto, como *Radis* já noticiou nas edições 167 e 173, dados divulgados por economistas e auditores fiscais da Receita apontam que não há déficit na Seguridade. Segundo o economista Eduardo Fagnani, o argumento do déficit vem de um “erro” de cálculo do governo nessa conta: os dados divulgados contabilizam somente as contribuições de empregados e empregadores e não levam em conta a parcela arrecadada pelo governo com as contribuições sociais, como Cofins (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social), CSLL (Contribuição Social sobre Lucro Líquido) e PIS/Pasep (Programa de Integração Social). Segundo a carta divulgada pela OAB e por outras dezenas de entidades sindicais (31/1), a Previdência se insere no sistema da Seguridade Social, junto com a Saúde e a Assistência Social, e no conjunto esse sistema tem sido “altamente superavitário em dezenas de bilhões de reais”. “O superávit da Seguridade Social tem sido tão elevado que anualmente são desvinculados recursos por meio do mecanismo da DRU (Desvinculação de Receitas da União), majorada para 30% em 2016”, diz o texto. Esses recursos são retirados da Seguridade Social e destinados para outros fins, especialmente para o pagamento de juros da dívida pública, tema também tratado pela *Radis* na edição 162. De acordo com a Anfp, o saldo da seguridade em 2015 foi positivo em cerca de R\$ 11 bilhões, mesmo com a crise econômica: o governo somou R\$ 694 bilhões com as fontes das contribuições sociais e gastou R\$ 683 bilhões nas três áreas (Saúde, Previdência e Assistência Social).



FOTO: ISADORA FREIXO LIMA/MÍDIA NINUA

2

“SE O BRASIL ESTÁ ENVELHECENDO, O QUE SERÁ DAS CONTAS DO FUTURO?”

Na visão de Eduardo Fagnani, o envelhecimento populacional é uma conquista da sociedade e não motivo para previsões catastróficas. De acordo com o documento “Previdência: Reformar para excluir?”, há pouca transparência nos dados divulgados pelo governo. Segundo os especialistas que assinam o estudo, os cálculos que apontam uma projeção catastrófica para as contas públicas diante do envelhecimento crescente da população são “guardados a sete chaves, bem longe do conhecimento público”. “Na verdade, não se sabe absolutamente nada sobre o modelo atuarial adotado pelo governo”, diz o texto. Segundo o presidente do Sindicato Nacional dos Analistas e Técnicos de Finanças e Controle (Unacon), Rudinei Marques, ao culpar o envelhecimento populacional, o governo não leva em conta o aumento crescente da produtividade e da lucratividade, que impactam de forma positiva na geração de riqueza do país. “Quando o governo baseia o discurso da reforma da Previdência somente em questões demográficas, ele está maquiando os dados para chegar na conclusão que ele espera”, defendeu no seminário promovido pela Asfoc-SN.

3

“IGUALDADE ENTRE HOMENS E MULHERES”

A proposta de Temer para a reforma da Previdência se sustenta na ideia de “igualdade de gênero” para instituir a mesma idade de aposentadoria para homens e mulheres: 65 anos. No entanto, as desigualdades persistem: mesmo sendo mais escolarizadas, as mulheres têm rendimento médio mensal menor (R\$ 1.250,00) que os homens (R\$ 1.800,00), segundo os dados da Pnad-IBGE de 2014, citados pelo documento da Plataforma de Política Social. “As mulheres ocupadas dedicam, em média, 19,21 horas por semana aos afazeres domésticos; os homens, apenas 5,1 horas”, afirma ainda o relatório.

“Os argumentos da melhoria das condições de vida não consideram as enormes desigualdades entre homens e mulheres, a diferença salarial e a jornada de trabalho extensiva aos filhos e à casa, também diferenciada”, afirmou à *Radis* a professora da Universidade Federal Fluminense (UFF), Lenaura Lobato, especialista em políticas sociais. Ela acrescenta ainda que essas diferenças são mais agudas entre as mulheres mais pobres.



FOTO: JOAQUIM LINAMÍDIA NINJA

4

“A PREVIDÊNCIA É O MAIOR GASTO DO GOVERNO”

O maior gasto público do governo são as despesas financeiras com o pagamento e amortizações de juros da dívida pública (42,43% do orçamento geral executado em 2015), e não a Previdência, que aparece em segundo lugar (com 22,69%) — aponta o documento “Previdência: Reformar para excluir?” (Anfip/Dieese/Plataforma de Política Social), produzido com a colaboração de dezenas de economistas e especialistas em políticas públicas. “Em 2015, o Brasil pagou R\$502 bi de juros e R\$436 bi com benefícios previdenciários”, diz o texto.



FOTO: MÍDIA NINJA

5

“SERVIDORES PÚBLICOS SEM PRIVILÉGIOS”

Atualmente existem dois regimes previdenciários: o Regime Geral da Previdência Social (RGPS), que rege a iniciativa privada, e o chamado Regime Próprio, voltado para os servidores públicos. Uma das principais mudanças seria a unificação das regras para os dois sistemas. Para Nilton Paixão, é preciso enfrentar a ideia de que os servidores públicos têm “privilégios”, quando na verdade são uma categoria essencial para os serviços prestados à população. “Os servidores públicos trabalham na formulação das políticas públicas e, uma vez formuladas, nós somos aqueles que executamos essas políticas para a população. Temos compromisso com as políticas de Estado e não com as políticas transitórias de governo”, afirmou.

Segundo ele, a reforma da previdência tem por trás uma lógica de desmonte dos serviços públicos em benefício do capital privado. “O ataque da PEC 287 não é somente em relação aos servidores públicos, mas um ataque à Seguridade Social brasileira”, completou. Ele ainda acredita que o próximo passo do governo será um plano de demissão voluntária para os servidores. Vale lembrar que militares, policiais e bombeiros não estão incluídos na reforma; e também não há consenso sobre a inclusão de políticos e servidores do alto escalão.

6

“O BRASIL TERÁ AS MESMAS REGRAS DOS PAÍSES DESENVOLVIDOS”

Outro argumento utilizado é a ideia de igualar a idade mínima de aposentadoria no Brasil com aquela praticada nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Porém, o documento divulgado pela Plataforma de Política Social reúne dados que apontam que o Brasil não está em pé de igualdade com esses países em relação a diversos indicadores sociais. “Não há país-membro da OCDE com distribuição da renda do trabalho mais desigual que o Brasil”, destaca o relatório. Ao estabelecer a idade mínima de aposentadoria em 65 anos, muitos brasileiros não chegarão a se aposentar, pelo simples fato de que não vivem até essa idade: “estimativas do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) para o período 2000-2005 revelam que a probabilidade de um homem não atingir 65 anos de idade no Brasil era de 37,3%, enquanto que no Canadá, por exemplo, essa possibilidade era de 15%”, acrescenta o estudo. Outro dado relevante é a expectativa de vida saudável, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS): no Brasil, ela é de 64 anos (ou seja, num patamar abaixo do que pode passar a ser a idade mínima de aposentadoria); já na Itália, ela é de 73 anos e, no Peru, 67.

Também existem grandes desigualdades entre as regiões brasileiras e dentro de uma mesma região ou cidade, ou ainda entre os trabalhadores urbanos e rurais. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013, revelou indícios de que a saúde dos trabalhadores do campo é mais frágil do que aqueles que trabalham na cidade, lembra ainda o estudo. Essas pessoas serão algumas das mais afetadas, como *Radis* mostrou na edição 173, porque perderão o direito à aposentadoria rural. “Muitos não terão condições de realizar contribuições individuais, e ficarão de fora do sistema previdenciário. Isso vai impactar muito na condição de vida, porque a atividade rural é muito vulnerável a dois aspectos: o clima e o mercado”, explicou à *Radis* a advogada especialista em direito previdenciário Jane Berwanger.

7

“MAS A REFORMA NÃO É NECESSÁRIA E URGENTE?”

Na visão da advogada e presidente da Comissão de Previdência Social da OAB/RJ, Suzani Ferraro, algum tipo de reforma da Previdência deve ser feito, mas não da forma como proposta pelo governo. “A Previdência Social como um todo precisa ser reformada, mas, da forma como querem, ela é inconstitucional, porque retira direitos”, afirmou. Ela menciona a necessidade de combater as fraudes, que representam mau uso dos recursos, além de ampliar a inclusão dos trabalhadores informais no mercado de trabalho, o que aumentaria a arrecadação do sistema. Ela também questiona o fato dos impactos recaírem sobre aqueles que já estão no mercado de trabalho. “Ninguém faz uma reforma para a regra ser aplicada amanhã. Não dá para mudar a regra do jogo com o jogo já acontecendo”, enfatizou.


Segundo o documento divulgado pela Plataforma de Política Social, há sim alternativas — e essas “passam pelo cumprimento da Constituição Federal e pela preservação do espírito nela consagrado, no que concerne à Seguridade Social, profundamente desvirtuado desde 1989”. Entre as medidas, o estudo aponta a necessidade de extinguir a DRU e alterar a forma inconstitucional de contabilizar as receitas da Previdência, além de acabar com as renúncias tributárias que incidem sobre o orçamento da Seguridade Social e as desonerações patronais sobre a folha de pagamento. Também menciona que é preciso rever as isenções para entidades filantrópicas e clubes de futebol, acabar com as isenções, ampliar a contribuição do agronegócio no financiamento do setor e cobrar os valores devidos à Previdência e inscritos na dívida pública. 



FOTO: J. SADORIA FREIXO LIMA/MÍDIA NINJA



FOTO: JOAQUIM LIMA/MÍDIA NINJA

AUMENTO AUTORIZADO

Medida Provisória permite elevação no preço de remédios e abre caminho para desregulamentação do setor farmacêutico

Liseane Morosini

Medida provisória que permite a flexibilização no preço de determinados medicamentos pode incentivar a desregulamentação do setor farmacêutico. Publicada no Diário Oficial em 20 de dezembro de 2016, a MP 654 altera a Lei nº 10.742/03, que regula o setor farmacêutico, e tem o objetivo de incentivar a produção de medicamentos de baixo custo que, embora eficazes, não são produzidos por não gerarem lucro para os laboratórios, argumentou o ministro da Saúde Ricardo Barros. O governo alega que o ajuste nos preços (para mais ou para menos), previsto pela MP, ocorrerá apenas em casos excepcionais, quando houver desabastecimento, em períodos de calamidade pública ou epidemias. Segundo divulgou o Ministério da Saúde, pode acontecer um aumento excepcional para garantir ao SUS “oferta de medicamentos que deixaram de ser economicamente viáveis”, mas também redução ocasional de preço, com o objetivo de “diminuir distorções que não refletem a realidade do mercado”.

De acordo com o texto da MP, a alteração no preço só ocorrerá após decisão unânime dos ministros que fazem parte do Conselho de Ministros da Câmara de Regulação de Medicamentos (Cmed), órgão responsável pela adoção, implementação e coordenação de atividades relativas à regulação econômica do mercado de medicamentos. Presidido pelo ministro da Saúde, o Cmed conta também com os representantes da Fazenda, Justiça, Indústria, Comércio Exterior e Serviços, além da Casa Civil da Presidência da República. Os ministros avaliarão a mudança no valor, levando em conta, por exemplo, o comportamento dos preços nos mercados nacional e internacional; e a produtividade da indústria farmacêutica. Até agora, o aumento era autorizado apenas a cada 31 de março e baseado em cálculos que envolvem inflação, produtividade e concorrência no setor farmacêutico.

Integrante do Painel de Alto Nível da Organização das Nações Unidas sobre o Acesso a Medicamentos, o pesquisador Jorge Bermudez, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), criticou a medida e disse à *Radis* não acreditar na possibilidade de os preços diminuírem. Segundo ele, se o preço cair, será algo inédito.

O governo usa como justificativa os problemas causados pela falta de penicilina, antibiótico utilizado para tratar uma série de infecções, entre elas a sífilis. Barros afirmou que o país vive uma epidemia da doença e vários países do mundo, entre eles o Brasil, enfrentam o desabastecimento do remédio desde 2014. “A penicilina benzatina é importada e o governo não tem conseguido comprar quantidades suficientes para atender a demanda”, declarou. “Vamos ajustar o preço de custo para que se tenha uma margem para quem produz, seja laboratório

público ou privado, e dessa forma poderemos abastecer o mercado e evitar essa epidemia”, argumentou. O ministro também citou outros medicamentos considerados de interesse público, mas “inviáveis economicamente”, como Benzonidazol, L-asparaginase, Dactinomicina (indicados para o tratamento de câncer) e componentes utilizados em procedimentos médicos, como o contraste para exames de radiografia.

DOENÇAS DA POBREZA

Na análise de Bermudez, normalmente são os produtos destinados às doenças negligenciadas, que atingem as populações pobres, que estão mais sujeitos ao desabastecimento. “O interesse da indústria é movido pelo lucro. E esses são produtos importantes, mas baratos”, explica. Ele lembra que a indústria farmacêutica deixou de produzir a penicilina para dar preferência a outros antibióticos, que são mais caros e garantem mais rentabilidade. “Esse é um problema mundial. Por isso não há interesse na produção econômica desses medicamentos”, salienta.

O pesquisador concorda que é necessário produzir medicamentos mais baratos, mas discorda que o governo regule as ações no setor apenas pelo critério de rentabilidade da indústria. “De quem é a responsabilidade pela produção desse produto barato? Não é possível pensar só em produtos que deem retorno para a indústria. É preciso lembrar que o medicamento tem um importante papel social”, argumenta. Para ele, o correto seria monitorar os produtos, de modo a antecipar a falta dos medicamentos. “Na hora que está faltando não adianta correr atrás, pois não vai dar conta da demanda”, observa. Ele recomenda ainda o incentivo e






FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA

Sentença de vida

Está nas mãos dos juizes do Supremo Tribunal Federal (STF) o julgamento de dois recursos que vão impactar a vida de milhares de brasileiros: um, sobre o fornecimento de remédios de alto custo não disponíveis na lista do SUS, e outro de medicamentos não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O julgamento vem sendo acompanhado por pacientes e familiares com doenças graves, que não podem arcar com os custos do tratamento. Caso o STF não dê ganho de causa, a sentença de morte será proferida para portadores de doenças raras, crônicas e contínuas, acredita Sérgio Sampaio, presidente da Associação Brasileira de Assistência à Mucoviscidose (Abram): “Haverá um extermínio brutal de pacientes que terão a vida abreviada”, comentou, por telefone, à Radis.

Sérgio entende que a luta desses doentes e de seus parentes está amparada pela Constituição, que garante que saúde é direito de todos e dever do Estado. “O entendimento deve ser o de que não é o valor do que a pessoa vai custar, mas o valor da vida humana”, analisa. Segundo informações do Ministério da Saúde, foram gastos R\$ 7 bilhões em 2016 para cumprimento destas medidas. A Advocacia Geral da União (AGU) argumenta que decisões judiciais referentes a medicamentos caros podem desequilibrar o sistema de saúde.

Para a sanitarista Vera Lúcia Pepe, pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), é importante que o assunto seja debatido por toda a sociedade. “Se não temos um acordo social é difícil decidir qual o melhor rumo a ser tomado, especialmente quando se trata de escolhas trágicas”, diz. Segundo ela, em outros países que possuem sistema público universal, como a Inglaterra, não há garantias de financiamento público integral para todos os medicamentos. “O acesso aos medicamentos, especialmente aqueles de alto custo, indicados no combate ao câncer e as doenças raras, é uma discussão mundial. Mesmo nos países centrais, há avaliação para seu financiamento público”. Vera lembrou ainda que, além do valor do produto, é importante discutir a segurança dos medicamentos, o porquê dos altos preços, as patentes e o financiamento do sistema de saúde como um todo.

O julgamento do STF vai vincular outros processos de judicialização da saúde no país. Sérgio explica que os recursos se referem à liberação de drogas que foram fruto de pesquisa e estudos clínicos. “Não lutamos por drogas experimentais, mas por medicamentos testados, reconhecidos e registrados por agências reguladoras internacionais”, disse. Para o ele, como o Brasil não dispõe de tratamento para doenças crônicas raras, pacientes e familiares ficam reféns do desenvolvimento da indústria internacional. “Esses medicamentos vão demorar muitos anos para chegar ao Brasil. Até lá, como ficam os doentes?”, pergunta. Entre eles, está seu filho, Henrique, de 20 anos, que sofre de mucoviscidose (também conhecida como fibrose cística) e cujo tratamento tem um custo mensal de R\$ 40 mil. O tratamento, ele explica, é bancado pelo governo do Paraná, que instituiu um programa para atender 450 pessoas com a doença. “Foi feito cadastro de pacientes e as compras são centralizadas, o que gerou uma grande economia para o poder público. Por que o governo federal não pensa em fazer o mesmo e racionaliza todo esse processo?”, questiona. Ele lembra ainda que, se esses pacientes não forem tratados, haverá um custo adicional ao SUS. “Eles desenvolvem intercorrências, são internados e demoram a chegar a óbito. Ou seja, ficam em tratamento paliativo por um longo período, o que aumenta em muito o custo do tratamento”, observa. 

investimento na produção de laboratórios públicos como forma de evitar o desabastecimento. “Produtos prioritários, que interessam ao SUS e que podem ser produzidos por laboratórios públicos a um preço baixo e que têm distribuição gratuita”, ressaltou.

Em entrevista ao site da Rede Brasil Atual, Ronald Santos, presidente do Conselho Nacional de Saúde, avaliou a medida provisória como um retrocesso. “Infelizmente, mais uma vez quem sairá prejudicado é o cidadão brasileiro. Acabar com as regras para esses reajustes atende apenas aos interesses do mercado”, analisou. Na Câmara, o deputado Ivan Valente (PsoL-SP), se posicionou contra a MP e avaliou que a medida só beneficia a indústria farmacêutica. “Não há por que editar uma medida provisória para dizer que, em casos excepcionais, pode haver um aumento fora da lei atual, que prevê o reajuste de acordo com o IPCA, uma vez ao ano”, comentou. “Além do mais, os conselheiros do Cmed são homens do mercado, da indústria e do comércio. Ali não há nenhum defensor dos trabalhadores, não”, acrescentou.

A MP também recebeu críticas até da indústria farmacêutica. Para o presidente do Sindusfarma de São Paulo, Nelson Mussolini, a medida gera insegurança jurídica e inibe a injeção de recursos no setor. “Demoramos de cinco a dez anos para lançar um produto no mercado, fazemos investimento de longo prazo e temos de ter certeza do preço das mercadorias que vamos colocar no mercado”, explicou. “Uma MP que tanto pode subir como abaixar preços trará uma insegurança muito grande para os nossos futuros investimentos”, declarou a RBA.

MERCO DA S

Proposta que prevê abertura de brechas na
regulação do setor privado favorece as empresas
e prejudica os usuários, alertam especialistas

CADA UM PRECISA DE AJUDA

Texto: Bruno Dominguez Arte: Felipe Plauska

Atenção, consumidor, para a oferta: seguros de saúde abaixo do preço do mercado'. A proposta de planos populares, recém-encaminhada pelo governo Temer para avaliação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a princípio pode até parecer uma daquelas promoções irresistíveis, mas especialistas alertam que quem se encantar pelo anúncio vai acabar recebendo menos do que espera. Como se pagasse por um, mas levasse meio. No texto elaborado por um grupo de trabalho organizado pelo Ministério da Saúde, pede-se a abertura de brechas na regulação do setor privado, permitindo redução do rol de procedimentos, limitação regional, aumento de prazos de atendimento, reajustes de preços acima do teto atual e coparticipação de até 50% a cada vez que o usuário precisar recorrer a um serviço.

Em 8 de março, o Ministério da Saúde encaminhou à ANS as propostas elaboradas pelo Grupo de Trabalho para discutir o projeto de Plano de Saúde Acessível em um documento de duas páginas e meia, assinado pelo secretário de Atenção à Saúde, Francisco de Assis Figueiredo. "A discussão não foi transparente. Cada uma das medidas significa um tipo de restrição ao acesso. São pontos críticos que já vêm sendo questionados nos tribunais e agora se pretende aliviar a fiscalização para favorecer as empresas", opina o vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e pesquisador associado do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, José Antônio Sestelo.

Do grupo de trabalho participaram, segundo o ministério, mais de 20 instituições ligadas à Saúde Suplementar, como a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), a Unimed e a Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSeg), além de representantes da pasta e da Agência Nacional de Saúde Suplementar. "As reuniões não incluíram entidades que historicamente acompanham a regulação do setor, como as de defesa do consumidor e de representação dos profissionais de saúde", aponta o professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e também vice-presidente da Abrasco, Mário Scheffer. O governo chegou a afirmar, em nota, que o Conselho Federal de Medicina (CFM) participara das discussões, o que foi negado: "Vários convites foram encaminhados, mas todos foram recusados, pois o CFM não acredita na pertinência e na eficácia dessa proposta". O Ministério da Saúde admitiu que errou e então corrigiu que o conselho não oferecera contribuições à proposta encaminhada à ANS.

PROMOÇÕES DO DIA

O documento inclui três propostas. A primeira, de um plano chamado "simplificado", que teria cobertura para atenção primária, incluindo consultas nas especialidades previstas pelo CFM, serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade, mas excluindo internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia. A segunda, de plano ambulatorial e hospitalar, prevê cobertura de atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade, mas para acessar esses serviços o paciente passaria obrigatoriamente pela avaliação de um médico da família ou da atenção primária. No caso de indicação de atendimento hospitalar, ainda precisaria passar por uma segunda avaliação médica que reafirmasse a necessidade do procedimento. A terceira proposta, de um plano em regime misto de pagamento, autorizaria o copagamento pelo usuário de serviços hospitalares, ambulatoriais, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, em até 50% dos valores previstos em contrato.

OFERTA

1

PLANO

cobertura para
consultas
serviços auxiliares
terapias de baixa
sem internação
sem terapias e
sem urgência e
sem hospital-dia

2

PLANO E HOSPITALAR

atenção primária
atenção especializada
médica e alta complexidade
encaminhamento
primária para a
segunda avaliação

3

PLANO MISTO DE PAGAMENTO

mensalidade +
serviços hospitalares
terapias de alta complexidade
medicina preventiva
atendimento ambulatorial

RTAIS

SIMPLIFICADO

atenção primária

exames de diagnóstico

de baixa e média complexidade

exames de alta complexidade

e emergência

**AMBULATORIAL
LIMITADO**

de baixa

complexidade

realizada

em caráter obrigatório da atenção

em rede especializada

com consulta médica antes do procedimento

**EM REGIME
DE PAGAMENTO**

de pagamento de parte de:

serviços

de baixa complexidade

ambulatorial

de alta complexidade

“Nosso posicionamento é contrário a qualquer proposta neste sentido. Saúde é direito de todos e dever do Estado e, por isso, reafirmamos os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade e igualdade”, diz o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ronald Ferreira dos Santos. O CNS aprovou moção de repúdio aos planos populares durante sua 291ª Reunião Ordinária, no mesmo dia em que a proposta foi apresentada. A moção critica tanto a existência do grupo de trabalho e o texto formulado por ele quanto “a iniciativa do governo federal de propor ações que contrariem os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde”.

Em nota, o Ministério da Saúde afirma que “não propõe e não opina” sobre nenhuma das medidas elaboradas pelo grupo de trabalho: “Visando dar alternativa aos 2 milhões de brasileiros que perderam seus planos de saúde, a participação do ministério foi reunir, para discussão, as instituições”. Porém, o ministro da Saúde, Ricardo Barros, anunciou publicamente sua intenção de autorizar a venda de planos de saúde populares assim que assumir a pasta (*Radis* 168). A premissa seria a de aliviar os gastos com o financiamento do SUS. “Queremos mais recursos e, como estamos nessa crise fiscal, se tivermos planos acessíveis com modelos de que a sociedade deseje participar, teremos R\$ 20 bilhões ou R\$ 30 bilhões a mais de recursos que serão colocados para atendimento de saúde. Isso vai aliviar nosso sistema, que está congestionado”, defendeu Ricardo Barros, à época.

Planos limitados a consultas ambulatoriais e a exames de menor complexidade, possivelmente com a exclusão de doentes crônicos e idosos, não evitarão a procura pela rede pública, avalia Mário Scheffer. “Historicamente, o SUS já é uma espécie de resseguro do sistema privado: pessoas que têm planos de saúde são empurradas para o sistema público quando precisam da alta complexidade, de urgência e emergência, de terapia renal substitutiva, de cirurgia cardíaca. Planos de cobertura restrita a consultas e exames não vão desafogar o SUS”.

O IMPACTO DA CRISE

Para ele, a origem da discussão não é a oferta de mais opções para os brasileiros, mas a perda de mercado das seguradoras diante do desemprego e da queda da renda. “Essas empresas sentiram a recessão e quiseram criar produtos que possibilitassem sua recuperação financeira”. A análise de Scheffer encontra ressonância no próprio documento encaminhado à ANS, em que as únicas justificativas para sustentar a proposta de planos acessíveis dizem respeito à economia.

“Cumprir destacar que a crise econômica que o país atravessa ao longo dos últimos três anos tem impactado diretamente no mercado de trabalho. Em agosto do ano de 2016, o desemprego aberto atingiu 12 milhões de pessoas. Atualmente cerca de 80% dos vínculos ativos de planos de saúde se concentram nos planos de saúde coletivos (por

adesão ou empresarial), assim, o mau desempenho do mercado de trabalho afeta diretamente o mercado de saúde suplementar”, trata o texto. E continua: “Dados levantados pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) alarmam que a redução de beneficiários em planos médico-hospitalares, especificamente, em doze meses, foi de 3,05% chegando a 48,6 milhões de beneficiários em junho de 2016. Nesse mesmo levantamento constatou-se que em junho de 2015 o número de beneficiários era superior a 50 milhões. Como se vê, a redução da massa segurada eleva as despesas *per capita* das operadoras e impacta na precificação do produto, o que dificulta ainda mais o acesso da população à saúde suplementar”.

Também segundo o Conselho Federal de Medicina, a autorização de venda de “planos populares” apenas beneficiará os empresários da saúde suplementar e não solucionará os problemas do Sistema Único de Saúde. A entidade reiterou nota divulgada em 5 de agosto de 2016, quando o governo anunciou a organização do grupo de trabalho. “Propostas como a de criação de ‘planos populares de saúde’ apropriam-se e distorcem legítimos desejos e anseios da sociedade”, segundo a entidade, que defendeu o fim do subfinanciamento, o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão, a criação de políticas de valorização dos profissionais, como uma carreira de Estado para os médicos, e o combate à corrupção.

‘PRODUTOS-PLACEBO’

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) afirma que os planos acessíveis não têm condições de oferecer serviços de qualidade e que deusam segurança ao consumidor, podendo causar graves prejuízos, inclusive fazendo “explodir” a judicialização da saúde suplementar — ou seja, a quantidade de ações judiciais contra as operadoras. “Os planos populares são produtos-placebo — simulações de plano de saúde, não sustentáveis para o consumidor, que, se implementados, implicarão em mudanças radicais, para pior, na atual legislação sobre o tema”.

Para o Idec, um dos pontos muito problemáticos da proposta é a ampliação de coparticipação — quando o usuário precisa pagar um determinado valor pelo serviço que for utilizar, além do valor da mensalidade — para no mínimo 50% do valor do procedimento. “A coparticipação é um instrumento criado para fazer o usuário do plano não usar os serviços de saúde. Com isso, o consumidor adia consultas e exames e atrasa a prevenção e o diagnóstico precoce. E é mais grave no caso de doentes crônicos e idosos, que são os mais prejudicados com essa medida”, afirma o instituto. No índice de reclamações da ANS, a coparticipação está entre os itens de destaque, junto com a franquia e as autorizações prévias para procedimentos.

Outro ponto considerado mais problemático são os reajustes de planos individuais segundo tabela de custos, sem regulação ou com regulação mais frouxa, permitindo que as operadoras fixem aumentos superdimensionados no decorrer da relação contratual. “Isso abre margem para que as operadoras ofereçam um plano artificialmente barato, para ganhar o consumidor e, a partir do primeiro reajuste, aumentar consideravelmente o valor da mensalidade”.

SEGUNDA OPINIÃO ATRASA ATENDIMENTO

O instituto também critica a obrigatoriedade de segunda opinião médica — que pode funcionar apenas para negar internações e procedimentos caros e complexos, impedir atendimentos de urgência, tratamentos de câncer, de transtornos mentais, órteses, próteses, fisioterapia, transplantes — e o alongamento dos prazos de atendimento — para algumas especialidades, o grupo de trabalho propôs aumentar a espera de 14 para 30 dias; no caso de cirurgias eletivas e programadas, de 21 para 45 dias. “A fim de reduzir custos, as operadoras contratarão uma rede conveniada ou credenciada menor, procurando também pagar menos aos prestadores. Com poucos serviços conveniados será ainda maior a dificuldade de agendar exames e consultas com médicos e de encontrar hospitais e laboratórios de qualidade”, avalia o Idec, reforçando que o controle de prazos de atendimento é a única forma estipulada pela ANS capaz de mensurar a capacidade de rede assistencial.

No texto do grupo de trabalho, ainda há menção a planos regionalizados, com “cobertura adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município”. Assim, se permitiria que em determinadas localidades os planos não cumprissem a cobertura mínima estipulada pelo rol de procedimentos da ANS. O Idec reitera que o rol de cobertura mínima obrigatória instituído pela lei dos planos de saúde é direito do beneficiário, estabelecendo que as operadoras devem garantir a realização de todos os procedimentos nele previstos por meio da rede assistencial própria, credenciada, contratada ou referenciada, independentemente da abrangência do plano ou da capacidade operacional da operadora. “Possibilitar que a operadora ofereça apenas alguns dos procedimentos previstos no rol, sob o argumento de que na região de contratação do plano estes serviços não estão disponíveis, aumenta a desigualdade na prestação dos serviços, já que alguns municípios e regiões não contam com uma boa estrutura de equipamentos de saúde”, orienta o Idec.


Ou seja, o que pesquisadores e entidades criticam não é a oferta de planos de saúde baratos, mas a exclusão embutida neles. Nesse mercadão da saúde, o barato sairia caro demais. “A assistência à saúde custa caro — não é à toa que o SUS precisa de mais recursos. Quando o

preço é reduzido dessa forma, seu plano vira uma caixinha de surpresa, e o que a pessoa deixou de pagar na mensalidade vai lhe faltar de várias formas: ou por restrição de serviços ou pela necessidade de copagamento”, pondera Scheffer.

MAIOR PARTE DOS PLANOS JÁ CUSTA ATÉ R\$200

Planos ‘baratos’ já existem, lembra ele. A maior parte dos 48 milhões de brasileiros que têm seguro de saúde (médico ou odontológico) gastam até R\$ 200 para pagar a mensalidade, mais exatamente 57,6%. Outros 13,4% pagam entre R\$ 200 e R\$ 300; 14,1% desembolsam de R\$ 300 a R\$ 500; 10,2%, de R\$ 500 a R\$ 1.000; e 4,7%, mais de R\$ 1.000 por mês, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde 2013, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em convênio com o Ministério da Saúde. Esse levantamento aponta que 27,9% dos brasileiros tinham algum plano de saúde (médico ou odontológico) em 2013, com forte variação regional — no Sudeste, 36,9% da população;

no Sul, 32,8%; no Centro-Oeste, 30,4%; no Norte, 13,3%; e no Nordeste, 15,5%.

“Existe um nicho nesse mercado de planos com preços menores, e é justamente onde os usuários mais enfrentam problemas com redes conveniadas que não dão conta de entregar o que foi acordado”, afirma Scheffer. Planos ambulatoriais que só incluem consultas e exames, sem internação, já são vendidos, mas só representam 4% do mercado. “É um modelo rechaçado pelas famílias e pelos empregadores, considerado de menor qualidade. As pessoas têm discernimento para saber que a internação, quando necessária, tem um custo mais alto. Por isso, pouca gente quer”. A proposta de planos populares está agora na Agência Nacional de Saúde Suplementar, que irá compor outro grupo de trabalho, formado por servidores de todas as diretorias e da Procuradoria Geral da agência para avaliar, técnica e juridicamente, sua viabilidade. A agência afirma que, ao fim desse processo, irá convidar representações da sociedade, como os órgãos de defesa do consumidor, entidades médicas e de saúde e representantes da academia, para participar do debate sobre o tema. 

COMPRE UM PLANO, PERCA DIREITOS:

FORA DA ÁREA DE COBERTURA

Cobertura adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município, mesmo que abaixo do mínimo definido pela ANS

REDE “HIERARQUIZADA”

Acesso inicial obrigatório via médico da família ou de atenção primária para todos os encaminhamentos do usuário na rede

COPARTICIPAÇÃO

Usuário paga ao menos 50% do valor dos procedimentos a que precisar se submeter

AUMENTO DE PREÇOS COM BASE EM PLANILHAS DE CUSTO

Regras de reajuste diferentes das adotadas atualmente pela ANS, permitindo à operadora aumentar o valor do plano acima dos tetos

SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

Obrigatoriedade de segunda opinião médica antes de acessar serviços de alta complexidade

AUMENTO DOS PRAZOS DE ATENDIMENTO

7 dias para consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia)

30 dias para demais especialidades

45 dias para cirurgias eletivas e programadas

CANAIS DE

As ideias e propostas que devem mobilizar os debates durante a

Ana Cláudia Peres

Numa sala do Centro de Convenções em Brasília, dezenas de usuários, trabalhadores e gestores da saúde, juntamente com militantes em defesa da comunicação, travam uma batalha contra os caracteres. Precisam fazer caber em um formulário com número limitado de palavras a síntese de uma luta imensurável: afirmar, uma vez mais, a comunicação e a informação como fundamentais para consolidar a democracia e o direito à saúde no Brasil. Suprime daqui, emenda dali, o resultado é uma lista de 10 itens que foram aprovados em forma de Moção na plenária final da 15ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em dezembro de 2015. Universalização do acesso à internet, criação de um novo Marco Regulatório e implementação de canais públicos de televisão estão no topo do documento que propõe ainda o desenvolvimento de uma política de comunicação para o Sistema Único de Saúde (Documento completo em http://pensesus.fiocruz.br/mocao_15CNS).

O texto é um resumo das propostas que já constavam em uma carta elaborada durante o I Diálogos PenseSUS — série de debates promovidos pelo Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz) que contou com a contribuição de diversas entidades que entendem a comunicação como um direito humano para além de seu caráter técnico e meramente instrumental. Um ano e meio depois da 15ª CNS, estas reflexões voltam ao centro da cena com a realização da 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde — que acontece em Brasília, entre os dias 18 e 20 de abril. Convocada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a conferência pretende reunir jornalistas, blogueiros, coletivos de comunicadores, estudantes, além de conselheiros nacionais, estaduais e municipais de saúde.

Para o presidente do CNS, Ronald Santos, é fundamental para o controle social enfrentar a narrativa da mídia hegemônica que prioriza a divulgação de informações negativas em relação ao SUS, omitindo da população o amplo espectro de ações e serviços de saúde à sua disposição. “Por isso que o slogan da conferência é ‘Direito à informação, garantia de direito à saúde’”, diz ele em entrevista à *Radis*. “Nesse enfrentamento, pretendemos democratizar o acesso à informação da saúde; primeiro, ampliando as fontes dessas informações, e segundo, diversificando as informações que chegam ao cidadão, para que ele conheça melhor o SUS e possa exercer o seu direito constitucional de acesso à saúde”, defende Ronald.

POR QUE A CONFERÊNCIA?

O pesquisador Rodrigo Murinho, vice-diretor do Icict, está entusiasmado com uma conferência específica de comunicação no âmbito da saúde, principalmente por acontecer em um cenário político com fortes ameaças a ambos os campos. Para ele, mais do que montar uma rede de comunicadores em defesa do SUS, o evento deve servir para pensar mudanças estruturais no campo

UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO À INTERNET DE BANDA LARGA

Radis ouviu especialistas e faz uma aposta em algumas propostas que devem movimentar os debates de abril. O acesso à internet foi considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) um direito humano fundamental, em 2011. Apesar disso, no Brasil, 42% da população ainda não utilizam a rede mundial de computadores. Para Michelly Ribeiro da Silva, uma das delegadas proponentes da moção aprovada na última Conferência Nacional de Saúde e integrante da Rede Lai Lai Apejo – População Negra e Aids, a ausência de internet de qualidade em espaços periféricos impacta significativamente a saúde. “Está claro que não é por escolha que a maior parte da população brasileira não acessa a internet”, diz. “E se essas pessoas não conseguem acessar a rede, elas também não podem contar com uma série de serviços e informações disponibilizadas”. Além disso, sem o pleno funcionamento da banda larga no país, indaga Márcia Corrêa e Castro, do Canal Saúde, como fazer funcionar programas como o Telessaúde, que utiliza justamente as tecnologias de informação e comunicação para prestar serviços de saúde à distância, ou ainda o Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde (PID)?

Renata Mielli, coordenadora geral do Fórum Nacional pela Democratização da Comunicação (FNDC), considera que, além de garantir o acesso, é necessário também desenvolver políticas de inclusão digital para que a população possa se conectar aos serviços públicos de saúde que já são ofertados pela internet. A jornalista destaca a universalização do acesso à internet como um ponto central do debate pela democratização da comunicação e da saúde. Para Renata, que integra o Centro de Estudos da Mídia Alternativa Barão de Itararé, o acesso à internet possibilita ainda o contato com uma pluralidade de narrativas que funcionam como um contraponto ao discurso único dos grandes veículos. “Hoje, há um não-debate sobre os temas da comunicação e um debate enviesado sobre os temas da saúde pautado exclusivamente pela mídia hegemônica”, critica.

DIÁLOGO

primeira Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde

ACESSO ABERTO AO CONHECIMENTO

Dentro da defesa de políticas de acesso aberto ao conhecimento, que democratizam o acesso à produção científica e a resultados de pesquisas na área da saúde, Michelly Ribeiro, da Rede Lai Lai Apejo, destaca um aspecto que gostaria de ver em debate durante a Conferência Livre de Comunicação em Saúde e que diz respeito à produção de conhecimento. Ela enfatiza que, no campo da saúde, o conhecimento científico é, muitas vezes, supervalorizado em detrimento de outras formas de produção de ciências que estão distantes da academia mas que atendem a necessidades de uma população específica. Michelly cita como exemplo a atividade das parteiras tradicionais, extremamente importante nas periferias brasileiras. Vale dizer que, no Brasil, anualmente, são realizados em média 41 mil partos domiciliares, desses a maioria é assistido por parteiras tradicionais. “Precisamos reconhecer e valorizar outros saberes para modificar a lógica de produção das políticas de pesquisa na área de saúde,” conclui Michelly. “As grandes corporações ou empresas de pesquisa não precisam ser as únicas a produzir conhecimentos que sejam validados dentro do SUS”.

MARCO CIVIL DA INTERNET

Para Rodrigo Murinho, do Icti/Fiocruz, o debate em torno do Marco Civil da Internet — que trata da neutralidade da rede e dos dados pessoais dos usuários — segue mais atual do que nunca. Considerado uma espécie de “constituição” por funcionar como uma carta de direitos para o cidadão, o Marco Civil vem sofrendo ataques desde que foi aprovado em abril de 2014. “Existe uma série de projetos de lei que estão circulando no Congresso hoje que desmontam o Marco Civil e criam dificuldades para se pensar a internet no futuro como um território de fato democrático”, explica Rodrigo. Exemplo disso foi a aprovação na Comissão de Ciência e Tecnologia da Câmara dos Deputados de Projeto de Lei que autoriza o acesso sem ordem judicial a dados cadastrais (qualificação pessoal, endereço e filiação) pela polícia e pelo Ministério Público em qualquer investigação. De acordo com o pesquisador, é preciso aprofundar o debate sobre a privacidade e a preservação dos dados que circulam na rede hoje. “No caso da saúde, a preservação de dados é não só uma forma de garantir o direito à privacidade do cidadão, mas também de se contrapor a um uso comercial de informações por parte de empresas de saúde”.

da comunicação e da informação que tenham impacto direto na democracia e no direito à saúde. “A comunicação não é apenas um espaço de divulgação. É também uma forma de participação social e de promoção do debate público”, acredita. Na opinião de Rodrigo, não é produtivo apenas divulgar os pontos positivos do Sistema Único de Saúde mas reafirmar o SUS através do debate político. “A crítica ao SUS é também uma forma permanente de construção do SUS que queremos”, reforça.

Márcia Corrêa e Castro, superintendente do Canal Saúde, faz questão de salientar que, no campo da saúde pública, a comunicação ainda é percebida numa dimensão instrumental, apesar dos discursos, documentos e até resoluções que afirmam o seu caráter estratégico. “Na prática, profissionais e usuários não reconhecem a conexão entre os dois campos”, diz Márcia, acrescentando que a importância da comunicação segue limitada à necessidade de uma mídia que ‘fale bem do SUS’, ou seja, que ajude a combater os discursos que tentam desconstruir o sistema. De acordo com Márcia, esse tipo de apropriação da comunicação pelos militantes da Reforma Sanitária pode gerar um efeito contrário ao desejado. “Quando diante das queixas da população com relação ao SUS limitamo-nos a afirmar sua importância, perdemos a conexão com a sociedade e deixamos de avançar no debate”, explica.

Tencionar uma comunicação crítica, para além de um discurso defensivo ou de mera propaganda do sistema, é também a expectativa de Rogério Lannes para a conferência. Mesmo com uma severa crítica à mídia — que trabalha para desqualificar o SUS e com uma concepção ultrapassada de saúde —, o editor-chefe e coordenador do Programa Radis considera que uma mobilização como esta deve ir além dos esforços para produzir contrainformação. Ele chama atenção para um outro ponto que espera ver em destaque. “A saúde, além de coletiva, tem uma determinação social”, aponta. Isso significa dizer que uma comunicação em saúde deve se preocupar não apenas com o setor saúde, em geral, e com o SUS, em particular, mas com todos os direitos e condições relacionados à qualidade de vida. Do contrário, sustenta Rogério, corremos o risco de passar ao largo de questões como os ataques aos direitos do trabalhador com a reforma trabalhista, a reforma da Previdência, a terceirização e precarização do trabalho que vão impactar as condições de vida e, portanto, a saúde de todos no país. Ele exemplifica ainda: “O saneamento não existir ou ser privatizado pode afetar mais a saúde das pessoas nas próximas décadas do que uma evolução lenta do SUS”.

Na trilha dessa discussão, a Fiocruz promove, dia 5 de abril, uma maratona de debates e rodas de conversa. Os participantes devem retomar o documento resultante do Diálogos PenseSUS e a moção aprovada na 15ª CNS para reafirmar a construção de uma política pública de comunicação para o SUS que tenha como referência os mesmos princípios que regem o sistema: universalidade, equidade e integralidade, bem como descentralização, hierarquização e participação. Como reforça Márcia, em um mundo estruturado a partir dos fluxos comunicacionais como o que se vive hoje, “nenhuma política de saúde logrará êxito enquanto não tivermos no Brasil uma política clara de comunicação”.

CANAIS PÚBLICOS DE TELEVISÃO NA TV DIGITAL ABERTA

Parece importar pouco o fato de que, no Brasil, as concessões de radiodifusão (rádio e TV) sejam públicas, uma vez que os canais de rádio e TV são ocupados quase exclusivamente por emissoras privadas onde impera a lógica comercial. “Uma ideia como a do SUS, por exemplo, contraria a base de interesse dessas empresas”, constata Márcia Corrêa e Castro, superintendente do Canal Saúde. Para ela, a equação é simples: se os veículos de rádio e TV estão vinculados à iniciativa privada e esta tem suas bandeiras, por que motivos elas fariam a defesa de ideias como a eficiência do setor público, a prioridade nas pessoas e não na propriedade, a responsabilidade do Estado pelos serviços? Segundo Márcia, sem outras experiências que se vinculem aos interesses públicos para fazer o contraponto, o debate democrático fica bastante prejudicado.

Por isso, os movimentos sociais defendem que emissoras como o Canal Saúde ou a TV Escola sejam canais abertos nacionais — bem como a existência de um canal para a Cultura, que em 2015 chegou a ser gestado sem nunca ir ao ar. Mas, mais do que isso, para Márcia, as concessões públicas precisam ter compromissos. “Empresas como Globo e SBT deveriam ser obrigadas a acatar a responsabilidade que significa explorar um bem público e cumprir com as contrapartidas exigidas em lei, como limitação do tempo de propaganda e tempo dedicado a programas educativos”, enfatiza, complementando que todos os canais — e não apenas os públicos — deveriam ter conselhos representativos da sociedade que orientassem a sua condução. “Seria um ganho conseguir o reconhecimento de que concessões de radiodifusão são públicas e portanto devem estar, antes de mais nada, a serviço do público”.

SAIBA MAIS

1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde

<https://goo.gl/o1BRz0>

Moção em defesa do direito à comunicação e informação para a saúde http://pensesus.fiocruz.br/mocao_15CNS

PenseSUS


<http://pensesus.fiocruz.br/preconferencia>

EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÃO (EBC)

Desde que a MP 744, de setembro do ano passado, extinguiu o Conselho Curador da Empresa Brasil de Comunicação (EBC) e mudou estrutura da empresa (ver *Radis* 170), a batalha pela autonomia e fortalecimento da comunicação pública e da EBC sofreu alguns reveses. Mas até mesmo por isso o debate deve voltar à tona durante a conferência com ainda mais vigor, acredita Rodrigo Murinho. “Há um cenário de recuo. Mas, para além da EBC, as instituições podem promover políticas internas que reafirmem o conceito da comunicação pública como guia”, defende o vice-diretor do Ict/ Fiocruz. Segundo Rodrigo, tão importante quanto montar uma rede de comunicadores em defesa de determinado assunto é garantir uma comunicação que tenha um comportamento público, isto é, que pense no cidadão e trate a informação sem nenhum tipo de atravessamento comercial. “A comunicação pública é um conceito fundamental para tratar a comunicação como um direito humano no mais amplo”.

RÁDIOS E TVS COMUNITÁRIAS E REDES COLABORATIVAS

Não é exagero dizer que, para garantir a liberdade de expressão, a produção descentralizada e a pluralidade de vozes na comunicação, é essencial o apoio às rádios e TVs comunitárias, além do incentivo às redes colaborativas de comunicação. Rodrigo acredita que os diferentes grupos sociais precisam ter a possibilidade de criar instrumentos para o debate público sobre saúde, mas também para se comunicar com a própria comunidade defendendo as necessidades específicas dos territórios. Para Michelly, da Rede Lai-Lai Apejo, esse é um dos pontos mais caros ao debate. “No que diz respeito à saúde, esses formatos considerados alternativos são capazes de gerar um maior conhecimento sobre quais são as demandas locais ou as necessidades endêmicas de determinadas regiões”, comenta. Ela acentua que não se trata apenas de uma disputa por um outro conteúdo “mas, principalmente, sobre como essas comunidades podem produzir informações em saúde que considerem importantes”.

Renata, do FNDC, ressalta que, em um contexto de monopólio privado da comunicação como existe no Brasil, o fortalecimento do campo público, comunitário e alternativo é essencial para a abordagem do tema da saúde pela perspectiva do direito humano. Para Rogério Lannes, coordenador do Programa Radis, é preciso disputar espaços de comunicação de todas as formas complementares (impresso, web, rádio e tv). Não apenas para fazer uma defesa intransigente do SUS — uma vez que, para ele, “a única maneira de construir o SUS que queremos é confrontando os vícios que o sistema ainda tem e superando os seus defeitos”. Mas principalmente, conclui Rogério, para que esses espaços possibilitem o exercício do direito à comunicação. 

CELINA TURCHI

No TSUNAMI da EPIDEMIA

FOTOS: EDUARDO DE OLIVEIRA

Elisa Batalha

“**E**ra uma situação excepcional, que exigia rapidez na elaboração e condução de investigações epidemiológicas”, descreveu a médica Celina Turchi, sobre os momentos intensos que viveu, do surgimento dos primeiros casos de microcefalia no país, em 2015, até o auge da epidemia, em 2016. Pesquisadora visitante do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM)/Fiocruz Pernambuco, Celina esteve no centro de importantes descobertas, em pleno “tsunami” causado pelo momento de emergência epidemiológica. Formada pela Universidade Federal de Goiás, com mestrado em epidemiologia na *London School of Hygiene & Tropical Medicine* e doutorado na Universidade de São Paulo, ela foi indicada pela revista científica *Nature* para a seleta lista dos 10 cientistas mais importantes de 2016 — o reconhecimento é fruto do trabalho que desenvolveu à frente do Grupo de Pesquisa da Epidemia da Microcefalia (Merg), em Pernambuco, pioneiro em publicar um estudo que comprovou definitivamente a relação entre o zika vírus e as alterações que hoje são chamadas de síndrome da zika congênita. “Sempre tive um interesse muito grande em pesquisas de doenças infecciosas. Fui professora por quase 30 anos e me aposentei, quando recebi o convite de vários grupos com os quais já tinha tido colaborado no Nordeste”. Foi assim que, em um momento em que pretendia descansar, a pesquisadora foi parar no meio de uma Emergência Sanitária de Interesse Global. Uma das convidadas para proferir a aula inaugural da Fiocruz, em março, no Rio de Janeiro, ela contou à *Radis* um pouco de sua experiência no enfrentamento da epidemia, quando também falou sobre trabalho colaborativo, a importância da comunicação e o papel da mulher na ciência brasileira.

Como foi iniciar um trabalho de pesquisa em pleno momento de urgência epidemiológica?

Logo no começo da epidemia, houve uma solicitação do Ministério da Saúde para que eu desse um parecer, de forma

independente sobre um possível aumento de casos de microcefalia. Junto com alguns colegas, visitamos hospitais e entendemos de imediato que uma epidemia de tal dimensão [*a pesquisadora respira fundo*] iria demandar muita colaboração entre as instituições para conseguir entender e responder com rapidez. Então houve um investimento inicial de contratar grupos de pesquisa, regionalmente. Fizemos no Aggeu uma espécie de sala de situação da epidemia de microcefalia, onde os projetos eram gestados e examinados seus primeiros resultados. Tivemos também uma oportunidade interessante, quando a secretaria de estado de Saúde [*de Pernambuco*] solicitou ao grupo que ajudasse nas análises de dados. Foi estabelecido um acordo de colaboração entre as instituições, o que permitia que os projetos fossem discutidos com a secretaria, gestores e médicos, e que a implantação das ações de pesquisa tivesse dupla função. A primeira era oferecer atendimento adequado às crianças e mães; a segunda, coletar dados. Os projetos foram alinhados com o protocolo da Secretaria de Saúde, que orientava procedimentos a serem tomados e, em seguida, discutidos com profissionais de saúde — com o cuidado ético e a preocupação de não duplicar esforços, nem submeter as famílias a procedimentos similares. Eu considero que fomos bem-sucedidos no esforço de articular quem fazia a pesquisa com quem fazia o atendimento.

Que fatores favoreceram esta articulação?

Eu avalio que foi a compreensão de que a situação de emergência era de tal monta que a articulação era essencial para que não se desperdiçassem recursos nem a oportunidade de prestar o melhor atendimento às famílias. Um problema emergente, com tal magnitude e transcendência, sensibilizou gestores, profissionais da assistência, da vigilância, de laboratório e pesquisadores de diversas instituições, apontando para a necessidade de uma resposta conjunta e rápida. A experiência desses profissionais, a estrutura dos serviços e de laboratórios de referência favoreceu a articulação; o oportuno aporte financeiro do Ministério da Saúde e a rápida resposta dos comitês de ética viabilizaram a operacionalização dos primeiros projetos.

A senhora sente que participou de um momento histórico? Dá para falar em pré-zika e pós-zika. É um marco referencial em relação ao conhecimento científico acerca dos defeitos congênitos; é comparado ao achado da rubéola. E o fato de ser uma doença congênita, transmitida por vetor torna o quadro muito preocupante.

Como você avalia o papel da mídia durante a epidemia? Houve muita ética e colaboração dos meios de comunicação. Havia uma preocupação em não causar pânico, as matérias eram veiculadas com respeito às famílias e crianças, e depois houve um interesse nacional. Depois do “tsunami” da epidemia de microcefalia, os profissionais foram abordados por um “tsunami” de jornalistas brasileiros e internacionais. O interesse era legítimo. Nosso dever, como pessoas de saúde pública, é informar. Pode ter havido, em um momento ou outro, pequenas matérias não tão adequadas, mas de uma forma geral acho que foi oferecida muita informação necessária que só poderia ser passada pelos meios de comunicação.

Na aula inaugural, a senhora lembrou que foram as médicas pernambucanas Ana e Vanessa Van Der Linden, mãe e filha, as primeiras a observarem o aumento de casos de bebês nascendo com microcefalia. Qual a importância do profissional que atua na ponta para o sistema de vigilância? Naquele momento, ele funcionava bem?

Existia um sistema de informação para máis-formações congênitas, mas não tinha como base a notificação universal. As médicas, ao perceberem uma situação inusitada, se dirigiram ao órgão de vigilância e comunicaram os casos. Foi o pontapé inicial para tudo que aconteceu em seguida. A partir dessa informação inicial, começaram a se levantar as primeiras hipóteses e um protocolo de investigação epidemiológica foi estruturado para levantamento informações que pudessem ajudar o enfrentamento do problema.

Como as autoridades sanitárias receberam a informação dada pelas médicas? Havia estrutura para enfrentar a situação?

Sim, havia. A Secretaria de Saúde de Pernambuco tem profissionais altamente capacitados e com experiência em eventos inusitados. Em um curto espaço de tempo, os profissionais registraram a evolução crescente do número de casos e notificaram o Ministério da Saúde, isso numa questão de semanas. Nesse contexto, é importante registrar a contribuição da estrutura do Lavite [Departamento de Virologia do Instituto Aggeu Magalhães] na investigação de arboviroses e a do Laboratório Central de Pernambuco (Lacen) na investigação de outras infecções que podem levar à microcefalia. Profissionais da assistência, ensino e pesquisa, regionais e internacionais, trouxeram a estrutura de suas instituições para o enfrentamento da situação. Essa estrutura foi e continua sendo reforçada com aportes financeiros nacionais e internacionais a diversos projetos coordenados pelo Merg.

Em fevereiro de 2016, a Organização Mundial da Saúde declarou que o aumento no número de casos de microcefalia por zika vírus constituía uma Emergência

Sanitária de Interesse Global. Qual foi a repercussão para o andamento das pesquisas?

Esses decretos servem para facilitar abertura de canais e para que os recursos possam chegar de forma mais ágil. O fato de chamar atenção e estabelecer essa urgência do ponto de vista nacional e internacional foi muito importante para a articulação e para viabilizar não somente as pesquisas, mas também o atendimento e maior acúmulo de conhecimento na área.

Quais são as perspectivas atuais? Ainda há perguntas não respondidas sobre a epidemia?

Acredito que as perguntas ainda sejam múltiplas. Do ponto de vista epidemiológico, por exemplo, queremos saber qual é o risco em cada etapa gestacional, ou seja, em que semestre há

Sempre que somos confrontados por uma epidemia, vê-se que as iniquidades e desigualdades aparecem como um elemento de peso nessas tragédias

LINHA DE FRENTE CONTRA O ZIKA

O enfrentamento da emergência sanitária deflagrada pela epidemia de zika foi o tema da aula inaugural da Fiocruz, ministrada dia 10 de março pelas pesquisadoras Celina Turchi, da Fiocruz Pernambuco, e Ana Maria Bispo, do Instituto Oswaldo Cruz. As convidadas para a abertura do ano acadêmico mostraram como o papel da ciência produzida no país foi decisivo em um momento de relevância global para a saúde.

Indicada pela revista Nature como um dos nomes mais importantes para a ciência em 2016, Celina concentrou sua exposição no enfrentamento à emergência de zika, desde os primeiros registros no Nordeste, em 2015, às hipóteses que relacionavam o vírus ao aumento do número de casos de crianças nascidas com microcefalia na região. A virologista Ana Maria Bispo, pesquisadora do Instituto Oswaldo Cruz, ressaltou o fato de a epidemia ter revelado a capacidade brasileira em responder em um curto espaço de tempo a uma emergência de saúde, mas também avaliou que o episódio é consequência da falta de saneamento básico — agravado pela falta de acesso

à educação. O trabalho da pesquisadora também teve grande impacto no conhecimento sobre a epidemia ao diagnosticar a presença do vírus zika no líquido amniótico de duas gestantes de Campina Grande, na Paraíba.

Ana Maria esclareceu durante a aula sobre o desenvolvimento de um kit para teste rápido e de baixo custo para o diagnóstico diferencial de zika, dengue e chikungunya, projeto do qual participou. Muitos dos sintomas das três doenças se confundem nos estágios iniciais, daí a relevância de se obter o kit. “O teste produzido por Bio-Manguinhos funciona de maneira excelente”, comemorou. No entanto, a epidemia de zika ainda deixou muitas perguntas não respondidas, como por exemplo, por quanto tempo a infecção viral persiste no organismo e em quais fluidos corporais; qual a taxa de pessoas que são infectadas mas não desenvolvem sintomas e qual é o risco de uma gestante exposta ao vírus ter um bebê com síndrome da zika congênita. O desafio nesse momento e objetivo de toda a comunidade científica é responder a todas essas perguntas e trabalhar pelo desenvolvimento de uma vacina, conforme

maior risco de má-formação congênita. Isso é muito importante para o acompanhamento da gestante. Nós também queremos entender melhor a síndrome da zika congênita. Hoje se sabe que a microcefalia é apenas um dos seus aspectos. Queremos saber se existem outros cofatores — por exemplo, se a exposição prévia à dengue é um facilitador para a zika e para as suas formas graves. Em relação às crianças que nasceram de mães com o vírus zika, teríamos que acompanhá-las por um enorme período de tempo para verificar o desenvolvimento intelectual da criança, e perceber que outros problemas podem aparecer. No começo, por exemplo, chamava muita atenção nessas crianças a espasticidade [rigidez muscular] e a epilepsia. Já quando as crianças completaram um ano, observamos problemas de deglutição. Então existe um leque de alterações que tem que ser acompanhadas.

Em sua aula, você citou o Zika Plan. Como funciona?

É um consórcio europeu, com 25 universidades e institutos de pesquisa. Nesse consórcio, vários grupos estão estudando o desenvolvimento das crianças, outros estão acompanhando e avaliando as gestantes. O grupo do qual faço parte [*Grupo de Pesquisa da Epidemia da Microcefalia (Merg)*] estuda um conjunto de crianças que serão acompanhadas por pelo menos quatro anos, e também a coorte de gestantes que são recrutadas, testadas e verificadas para entendermos em que momento da gestação elas foram infectadas.

Você disse que o Aggeu Magalhães se transformou em um “quartel-general”, das pesquisas no mundo todo sobre a infecção. Como é fazer ciência fora do eixo Rio-São Paulo?

Acho que o “Brasil Rio-São Paulo” está mais na cabeça do Rio e de São Paulo do que na do Brasil como um todo. Eu reconheço Manguinhos como uma referência importantíssima e histórica, mas hoje a ciência é feita por meio de colaboração global. É importante ter, estrategicamente, institutos que possam responder a demandas regionais. Eu vejo excelentes centros e institutos de ponta em vários locais do país. Uma das principais referências em Infectologia, por exemplo, está em Belém do Pará, no Instituto Evandro Chagas. Nunca me senti excluída, mesmo trabalhando no Centro-Oeste ou em Pernambuco. É muito interessante deixarmos de achar que o Brasil é uma faixa do Atlântico.

Como você avalia o reconhecimento dado às mulheres cientistas no Brasil?

Nas áreas de educação e de pesquisa, as mulheres têm desempenhado um papel importante e recebem de suas equipes, geralmente, um tratamento respeitoso e correto. Os locais de trabalho talvez poderiam dar condições para que as mulheres trabalhassem com maior conforto, oferecendo lugares onde elas pudessem deixar as crianças, por exemplo. Do ponto de vista geral, eu não sinto que haja uma discriminação, pelo menos no Brasil, em relação às mulheres na área de Saúde. A formação na saúde é majoritariamente feminina, que eu saiba. Eu gosto de pensar que as equipes, sejam elas de homens ou de mulheres, têm que atuar de forma colaborativa e, se possível, com uma certa leveza. A competição é importante, mas as relações interpessoais têm que ser mantidas.


O que representou para a pesquisa brasileira a nomeação da senhora como um dos nomes mais importantes para a ciência no ano de 2016 pela revista *Nature*?

Do ponto de vista da indicação, eu acho que é um reconhecimento dos cientistas brasileiros, de um grupo de pesquisadores em colaboração, de diferentes institutos, que estava no epicentro da epidemia. É dessa forma que eu vejo essa indicação, como um nome que representa um grupo.

Que lições a emergência sanitária deixa para pesquisadores em saúde e para a sociedade?

Para pesquisadores, deixa a lição de trabalhar em colaboração. Se eu puder resumir, seria a capacidade de trabalhar articuladamente com instituições. E, para toda a sociedade, alerta que, sempre que somos confrontados por uma epidemia, vê-se que as iniquidades e desigualdades aparecem como um elemento de peso nessas tragédias. Há sempre um momento de reflexão sobre as dificuldades de controle e prevenção, principalmente em doenças zoonóticas, frente à desigualdade de moradia e à falta de saneamento. O que chamamos de cidade são retalhos, ilhas de riquezas rodeadas por um mar de favelas. Esse é um cenário que a gente precisa desmontar e que precisa ser revisto, pelos custos, pelas vidas e pela tragédia.

esclareceu Ana Maria. Ela reforçou que as medidas de prevenção são necessárias para o caso de uma possível reentrada do vírus que parou de circular pelas Américas. “Ele hoje não vem sendo mais detectado”, observou ela, que contou ainda que prospecções vêm sendo feitas em amostras de sangue estocadas para se encontrar o ponto inicial da epidemia.

Os aspectos sanitários e socioambientais da epidemia não foram deixados de lado tampouco por Celina Turchi, que lembrou das condições de habitação da maior parte das mulheres acometidas por zika. “As cidades se transformaram em grandes criadouros de vetores”, alertou. “A epidemia de zika atingiu de maneira muito forte, com implicações muito profundas, as ‘mulheres severinas’ desse país”, lembrou Nísia Trindade, presidente da Fiocruz, destacando o protagonismo da instituição na resposta à epidemia. Nísia anunciou a criação de uma coordenação específica voltada para emergências sanitárias e doenças reemergentes, como a febre amarela. A solenidade de abertura teve ainda a participação do vice-presidente de Educação, Informação e Comunicação, Manoel Barral Netto, da presidente do Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz (Asfoc-SN), Justa Helena Franco, e da presidente da Associação de Pós-Graduandos (APG) da Fiocruz, Maria Fantinatti. 



Ana Maria Bispo: epidemia revelou capacidade brasileira de responder a emergência de saúde

FORMAÇÃO EM QUÊSTÃO

Adriano De Lavor

Em tramitação na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei 4.930/16, que condiciona a concessão do registro profissional de enfermagem à aprovação em um exame de suficiência, não é consenso entre estudantes, profissionais, nem entre as entidades que os representam. De um lado, há opiniões favoráveis, que alegam que o teste servirá para avaliar “competências mínimas” dos profissionais e dar mais segurança aos pacientes; do outro, críticas de que a lei, caso aprovada, acentuará a injustiça social, já que “penaliza quem busca ascender socialmente pelos caminhos da enfermagem”.

O projeto — de autoria do deputado baiano Lúcio Vieira Lima (PMDB), a partir de iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) — altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, incluindo teste que avalia a capacidade do profissional em realizar atribuições técnicas depois de formado, a ser aplicado pelo próprio Cofen. O objetivo do teste é garantir o exercício profissional de qualidade por meio da avaliação de “competências mínimas”, como assegurou a conselheira federal Dorisdaia Humerez, cuja expectativa é que a proposta seja aprovada até o fim do primeiro semestre de 2016.

Por telefone, ela explicou à *Radis* que a iniciativa do conselho se deu diante do crescente aumento no número de vagas de formação em enfermagem na modalidade de Educação à Distância (EAD). Segundo ela, são oferecidas no Brasil mais de 160 mil vagas presenciais de graduação em enfermagem, metade delas ociosas. Na modalidade EAD, o número saltou de 938 para 1.778 desde julho de 2015, quando o Sistema Cofen/Conselhos Regionais realizou a Operação EAD — um aumento avassalador de 89,3% em um ano.

Dorisdaia informou que a Operação EAD também constatou que muitos polos presenciais — onde a parte prática destes cursos é ministrada — funcionavam de forma precária, comprometendo a formação dos futuros profissionais. Em declaração à Agência Câmara (25/1), o autor do projeto informou que alguns destes cursos dedicam apenas 7,8% da carga horária às atividades práticas. A conselheira alertou para as falsas vantagens oferecidas pelos cursos à distância, lembrando que muitas vezes os preços mais acessíveis são sinônimos de falta de estrutura, ausência de biblioteca e precariedade no ensino prático. Também advertiu para as promessas de ensino na modalidade semipresencial que, segundo ela, não existe oficialmente.

SELEÇÃO PREDATÓRIA

A avaliação de suficiência, no entanto, não é consensual. A presidente da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben), Rosa Godoy, recomenda cautela em relação ao projeto, alegando que fazer avaliação de competência somente com o profissional e não intervir na instituição formadora pode não ser justo. À *Radis*, Rosa reforçou a posição da Aben, que em agosto de 2016 já havia se posicionado contrária à mudança, durante 15º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (Senaden). No documento produzido ao fim do evento, os participantes consideraram que a medida responsabiliza o indivíduo e “acentua a injustiça social e as condições de desigualdade e iniquidade, além de penalizar quem busca ascender socialmente pelos caminhos da enfermagem”.



FOTO: FASIM

Entidades, profissionais e estudantes divergem sobre projeto que condiciona registro de enfermeiros a exame de capacidade

Na apresentação que fez no Senaden, a enfermeira Kenia Lara da Silva, da Aben de Minas Gerais, argumentou, com base em pesquisa que fez sobre o assunto, que a avaliação promoverá uma “seleção profissional predatória”, com maior impacto sobre os estudantes de menor renda e maiores responsabilidades familiares, especialmente mulheres pretas e pardas que iniciam a carreira na maturidade. “O exame pune quem não é para ser punido. Um estudante que conseguiu driblar dificuldades sociais e às vezes étnicas e que teve um itinerário pedagógico nem sempre de qualidade poderá ser punido, quando se deve pensar na avaliação do processo e no investimento de qualidade nas instituições de ensino”, registrou. Rosa reconhece que a proliferação de cursos de formação à distância é um problema a ser discutido e enfrentado, mas discorda da solução proposta pelo PL 4.930. “É preciso fiscalizar, sim, os profissionais, mas isentar das instituições formadoras desta responsabilidade não é justo”, pondera.

Quem defende a mudança argumenta que o exame proposto será semelhante ao que já é aplicado por outros conselhos de classe, como o de Contabilidade e o de Direito, e que a responsabilidade de fiscalizar os cursos é do Ministério da Educação. Dorisdaia informou ainda que há outro projeto de lei sobre o tema em tramitação no Congresso [o PL 2.891/2015, de autoria do deputado Orlando Silva (PCdoB/SP), que também altera a Lei nº 7.498, para nela incluir a obrigatoriedade de formação exclusivamente em cursos presenciais para os profissionais da área], mas que a sua aprovação esbarra na pressão exercida pelas instituições de ensino. Ela discorda que o exame de suficiência vai penalizar o aluno: “Nós vamos exigir competências mínimas. Se não conseguirem, é porque não têm condições de trabalhar”, argumentou. A conselheira salientou que o projeto também visa à valorização do profissional, diminuindo a possibilidade de imperícia, imprudência e negligência.

MOBILIZAÇÃO

Ambos os lados da questão, no entanto, defendem uma maior mobilização da categoria em relação à formação profissional: “Precisamos escutar os profissionais e estudar a questão”, defende Rosa. “É preciso assegurar o mínimo de compromisso dos profissionais, no sentido de garantir o ensino de qualidade”, argumenta Dorisdaia. Nas redes sociais, as opiniões se mostram divididas. A partir de uma provocação da *Radis* na página que mantém no Facebook, argumentos favoráveis e contrários foram registrados: “Concordo! Que se estenda inclusive para as demais profissões da saúde”, opinou a enfermeira Patrícia Melo, de Itajuípe (BA); “Será que os conselhos vão topa? Será que vai cair a arrecadação? Passou da hora de ser implementado isso. Aliás deveria ser obrigatório ao menos para todas as áreas da saúde”, opinou André Luiz Gonçalves, de São José do Rio Preto (SP). “O aluno será penalizado pela baixa formação. Por que o MEC e a Aben não intervieram, impedindo a abertura de cursos a cada esquina? Esse exame só vai favorecer os cursos preparatórios”, discordou a enfermeira Karina Cardoso Meira, do Rio Grande do Norte. “Não concordo. A proposta responsabiliza apenas o profissional pelo processo de formação, onde está o MEC para regulamentar e avaliar os cursos de enfermagem? Por que não investir na acreditação e certificação das instituições de ensino?!”, questionou, no mesmo espaço, Elen Gandra, de Belo Horizonte. 📌



A LAMA QUE SUSTENTA



Catanhanha: espécie de caranguejo que retornou ao manguezal na área mais castigada do fundo da Baía de Guanabara após revitalização



Projeto de restauração do manguezal em Magé, no Rio, promove qualidade de vida para moradores, pescadores e catadores de caranguejo

Texto: Ludmila Silva* Fotos: Eduardo de Oliveira

“**A**qui dentro tinha ‘pega’ de carro, as pessoas jogavam futebol de tão duro e careca que estava o solo”. A descrição de Adeimantus da Silva, sobre o mesmo solo que hoje hospeda uma grande área de manguezal, pode parecer exagero para quem não conhece bem o local. Porém, uma breve olhada no terreno ao lado, com a terra ainda compacta e rachada, permite perceber que sua lembrança não é exagerada. A área em questão abriga hoje o Parque Natural Municipal Barão de Mauá, região de conservação ambiental localizada na Praia de Mauá, distrito do município de Magé, que fica na região da Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro. Idealizado por meio de uma parceria público-privada entre a Secretaria Municipal do Meio Ambiente de Magé e o Instituto OndAzul, o parque é moradia permanente do projeto Manguê Vivo, iniciativa que visa a revitalização do manguezal na área mais castigada do fundo da Baía de Guanabara. A ideia é não somente reestruturar o que foi destruído, mas também oferecer qualidade de vida aos moradores do entorno. Adeimantus é coordenador de campo e um dos reflorestadores da área.

Era 18 de Janeiro de 2000 quando uma imensa mancha de óleo pôde ser vista sobre as águas da Baía de Guanabara. O vazamento de petróleo de um duto da Petrobrás, que liga a refinaria de Duque de Caxias à Ilha do Governador, poluiu uma área superior a 50km², contaminando o mar,

ecossistemas, a fauna marinha e dificultando o trabalho de pescadores e catadores de caranguejo da região. Na época do acidente, Alberto Ferreira da Silva, morador da Praia de Mauá, pescava na região para complementar a renda familiar. Ele disse à *Radis* que, naquele momento, não fazia ideia do estrago causado pelo derramamento: “A gente não tinha noção do que foi o derramamento. Hoje a gente sabe que aquilo foi uma catástrofe”, declarou o pescador, que atualmente também trabalha como faxineiro em uma escola municipal, em Magé. “A palavra para quem vive da pesca no local hoje é sobrevivência”, definiu.

Os reflexos do acidente ambiental no ano 2000 são visíveis na Baía de Guanabara até hoje. Na Praia de Mauá, por exemplo, moradores de municípios vizinhos evitam entrar em suas águas por medo de alguma contaminação. Os riscos à saúde não afastam somente visitantes nas férias, mas também os potenciais compradores de peixe, o que afeta o comércio e o mercado de trabalho. Segundo Alberto, os compradores ainda evitam comprar seu pescado quando ele revela que veio daquela região da Baía de Guanabara. Na época, a Petrobrás foi multada em cerca de 50 milhões de reais, destinados para o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama) e as prefeituras dos municípios afetados — segundo informações de Erian. Naquele momento, também surgiram iniciativas de revitalização do ambiente, sendo um deles o Projeto Manguê Vivo.

A iniciativa foi do Instituto OndAzul, uma



Propágulos das três espécies de mangue usadas no plantio: mangue vermelho (*Rhizophora mangle*), mangue preto (*Avicennia schaueriana*) e mangue branco (*Laguncularia racemosa*)



organização não-governamental dedicada à defesa do meio ambiente e do crescimento sustentável. Em 2001, o impacto de mais de 30 anos de desmatamento do mangue, e do recente derramamento de óleo na região era grande. Depois de avaliar, junto a Secretaria do Estado do Meio Ambiente, as áreas atingidas e definir qual era a mais afetada, o instituto começou a colocar o projeto em prática. “O óleo encostou na orla inteira, havia várias partes do manguezal que estavam contaminadas por petróleo; até o lixo flutuante, que estava na margem da Baía, estava contaminado; as aves também; além do solo, que estava duro e rachado, não tinha nenhuma árvore e o calor era absurdo”, lembrou Erian Osório, coordenadora do projeto.

“Nesse mar de lama, a gente mergulha de cabeça”. A frase, estampada em um banner que hoje dá as boas-vindas ao local do Projeto Mangue Vivo, não faria sentido em 2001. O mar que se via era terra seca e compacta, com muito lixo e esgoto doméstico. O projeto começou com a retirada do lixo que estava no local. Adeimantus contou que foram retiradas mais de 10 carretas, só com garrafas PET. O passo seguinte foi cavar canais, para umidificar a terra. “A gente ficou um ano inteiro só cavando canal”, comentou José dos Santos, o Zé Baiano, um dos 30 reflorestadores que trabalharam naquela época.

Com o solo já mais úmido, mudas passaram a ser plantadas. Para evitar o ataque de pássaros, e pragas, e a depredação das pessoas, os reflorestadores optaram pelo plantio da Aroeira, já que seu cheiro afastava os predadores. As pessoas pararam de quebrar as mudas quando perceberam que o projeto era sério, conta Zé Baiano. Outra dificuldade era o óleo, ainda presente nesta fase. “No início a gente sofreu para plantar. Muitas vezes a gente cavava um metro e ainda encontrava óleo”, relembrou, afirmando que as mudas cresciam bem, na maioria das vezes.

Em 16 anos, o projeto já recuperou cerca de 19,2 hectares

**Em 16 anos,
o projeto
já recuperou
cerca de
19,2 hectares
de manguezal**

de manguezal. Possibilitou o retorno de caranguejos como o aratu, uçá e azulão, e trouxe de volta o catanhanha, uma outra espécie do animal que transforma madeiras e folhas do manguezal “no lixo biológico mais perfeito da natureza”, como atestou seu Benedito José da Silva, morador da Praia de Mauá há 42 anos. Além da recuperação do ecossistema, o projeto também promove ações na área de educação ambiental, com palestras em escolas e mutirões de visitação ao parque — com o objetivo de divulgar o projeto. “Quem entra no mangue, ao sair fica com o sentimento de que foi a um lugar especial”, contou Erian. Benedito, que acompanha o projeto de perto desde sua criação, viu as 30 pessoas que atuavam em campo se resumirem a uma, seu filho Adeimantus. “Meu filho faz questão de não desistir”, lembrando que, antes do projeto, os moradores cortavam a vegetação do mangue para vender e sobreviver. Segundo ele, com o início da revitalização e a volta dos animais e peixes, estas mesmas pessoas passaram a ter outra fonte de renda, sem precisar devastar o mangue.

Erian explicou que esse é o grande diferencial do projeto, proporcionar qualidade de vida para as pessoas do local. Ela relatou que, depois de certa relutância inicial, a comunidade abraçou o projeto. “Havia uma desconfiança muito grande por não saberem o que iríamos fazer no local, mas hoje eu acho que eles reconhecem o benefício para a comunidade pesqueira, caranguejeira e para quem está no local”, acredita. Seu Benedito aposta que ainda é preciso reforçar a comunicação com a comunidade, para que esta possa valorizar o que está sendo feito. “No início, a Erian distribuía convites para que os moradores fossem conhecer o que estava sendo feito, mas as pessoas não estavam preparadas para uma discussão em prol do desenvolvimento”, relembra.

Como não recebe verba do governo federal, nem do governo do estado do Rio, o projeto sobrevive, hoje, do



financiamento de instituições privadas. Erian lembra que a época áurea foi em 2005, quando uma empresa do ramo imobiliário bancou o projeto por dois anos. Por dois anos, eles tinham recurso para o preparo de mudas, a construção de viveiros e o pagamento de salário aos funcionários, em sua maioria moradores da região, que trabalhavam reflorestando. “Foi quando a gente conseguiu fazer tudo o que queria, foi quando a área conseguiu realmente começar a brotar de vez”, atesta a coordenadora.


Atualmente, o projeto está na fase de plantio e monitoramento, cumprindo um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) assinado pela empresa de engenharia norte-americana Hines, como reparação de dano ambiental causado no complexo petroquímico. A empresa pagou a multa para o Instituto Estadual do Ambiente (Inea), que contratou o OndAzul para recuperar mais 10,5 hectares do parque. Mas o financiamento não é suficiente para sustentar questões estruturais, explica Erian. Algumas pontes de madeira instaladas em cima do mangue, por exemplo, ou foram destruídas ou precisam de reparos, para evitar impacto direto no mangue; instalações como uma mesa destinada aos visitantes não existem mais; viveiros foram desativados e as mudas diminuíram. A falta de apoio da Prefeitura de Magé e a escassez de recursos fizeram o projeto estagnar, avaliou a coordenadora.

De todo modo, Erian e Adeimantus não desanimam. A todo momento, planejam coisas novas e, neste momento, desejam uma maior integração da população com o projeto. “Esse local não é privado, o que fazemos é para a população. Fazer com que o parque se torne um lugar que as pessoas venham para passar um dia com a natureza é algo que ambicionamos”, diz Erian. Outro projeto em vista é a concretização de um plano de manejo, que permita os visitantes apreciarem o parque de cima. Para isso, aguardam a liberação, pelo Fundo Brasileiro para a Biodiversidade (FunBio) — mecanismo para a conservação da biodiversidade que viabiliza o uso de recursos de compensações ambientais — de um dinheiro referente a um TAC assinado pela empresa petrolífera Chevron. Com o

Adeimantus, coordenador de campo, no trabalho de reflorestamento da área; Erian comemora transformação de “lugar abandonado em ambiente acolhedor”



recurso recebido por conta desta multa, será possível deixar o parque totalmente preparado para visitação e, quem sabe, um lugar de lazer e de construção de boas histórias, afirma ela.

Mas, para que o plano de manejo não se transforme em vários “elefantes brancos”, é preciso que a Prefeitura de Magé se envolva com o projeto, contribuindo com recursos financeiros e também apoio na infraestrutura e na manutenção do projeto, afirma Erian. Enquanto os planos não se concretizam, ela se diz orgulhosa de fazer parte do projeto e perceber o quanto ele transformou o local. “Ver um lugar abandonado se transformar em um ambiente acolhedor; ver tudo o que a gente conseguiu, com essa quantidade enorme de natureza, é algo muito gratificante”, disse, emocionada, à *Radis*. 

**Estágio Supervisionado*

PUBLICAÇÕES

Qualidade do cuidado

Publicação do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) do Ictct/Fiocruz, o livro digital **Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado** propõe repensar ideias diante de dificuldades enfrentadas para a melhoria da segurança no cuidado de saúde e contribuir com novas estratégias e intervenções. A versão em língua portuguesa do original, escrito por Charles Vincent e René Amalberti, foi traduzida por Diego Alfaro e Ana Ribeiro Olson, com revisão técnica de Claudia Travassos e Camila Lajolo. O livro pode ser acessado em <https://goo.gl/BDK5Nj>



Conviver com o AVC

Em **A vida em dois tempos – Acidente Vascular Cerebral** (All Print Editora) a psicóloga e professora Angela Maria Cíbiac Fernandes relata o cotidiano de quem convive com um parente acometido por um AVC. Durante sete anos, ela acompanhou a mãe, vítima de um AVC hemorrágico, e registrou experiências que evidenciam as alegrias, as tristezas, a indignação e as esperanças de filha-cuidadora. Na obra, a autora também aponta erros e deslizes cometidos por profissionais, familiares e pessoas próximas do paciente, que podem desanimá-lo ou piorar a sua situação, “quando ele é tratado apenas como um organismo lesado e não como uma pessoa com direitos a serem respeitados e exaltados”.



Pensamento africano

Organizado por José Rivair Macedo, professor da UFRGS, o livro **O pensamento africano no século XX** (Editora Outras Expressões), reúne ideias dos principais pensadores do continente, por meio de textos escritos de 16 especialistas. Anti-colonialismo, descolonização e pós-colonialismo da África são alguns dos temas tratados por esses pensadores africanos, que, participando dos movimentos de libertação do continente, foram chefes de Estado, filósofos, escritores, historiadores e cientistas sociais. Entre eles, estão nomes como Léopold Sédar Senghor, Joseph Ki-Zerbo, Frantz Fanon, Achille Mbembe e Paulin Hountondji.



Saúde na América Latina

Mais um título da coleção **História e Saúde** (Editora Fiocruz), **Medicina e Saúde Pública na América Latina: uma história**, escrito por Marcos Cueto e Steven Palmer (traduzido por Sérgio Lamarão e Érico Silva Muniz), traz um balanço da história da saúde no continente, a partir de um diálogo que estabelece entre pesquisadores da saúde, ativistas, gestores e historiadores. Para além de uma síntese, o livro aborda ainda o “pluralismo médico” que evoluiu para uma hegemonia na região, bem como a “cultura de sobrevivência”, característica comum das ações de saúde pública nos países pesquisados pelos autores.



EVENTOS

20º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem

Com inscrições já abertas, gratuitas para profissionais e estudantes de enfermagem, o evento abordará o tema “Dimensões do cuidado de enfermagem: interfaces nos cenários da prática profissional”, que será trabalhado em três eixos temáticos: Cuidado, tecnologia e inovação; Trabalho, ética e legislação profissional; e Políticas sociais, educação e gestão. O objetivo proposto é discutir políticas de saúde, subsidiar propostas para o fortalecimento da profissão, promover o intercâmbio entre profissionais e entidades, e congrega a comunidade de enfermagem e outros profissionais da Saúde.

Data 6 a 10 de novembro

Local Riocentro, Rio de Janeiro

Info <http://cbcenf.cofen.gov.br>

INFECTO 2017

20º Congresso Brasileiro de Infectologia

Promovido pela Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), por meio da Sociedade de Infectologia do Rio de Janeiro (SIERJ), o evento tem em sua programação científica discussões sobre temas específicos como HIV, hepatites virais, infecção hospitalar/resistência bacteriana, imunodeprimidos não-aids/micologia médica, medicina tropical, medicina de viagem, arboviroses/doenças emergentes, imunizações e infectologia pediátrica, entre outros. Interessados podem submeter trabalhos até o dia 21 de maio.

Data 12 a 15 de setembro

Local Centro de Convenções SulAmérica, Rio de Janeiro

Info <http://infecto2017.com.br>

Diplomacia da SAÚDE GLOBAL em disputa

PÓS-TUDO

Paulo Buss*

Em maio de 2017, após 10 anos de gestão da Dra. Margaret Chan (2007-2017), um novo diretor-geral (DG) da Organização Mundial da Saúde (OMS) será eleito pela Assembleia Mundial da Saúde. Três candidatos estão no páreo, indicados por seus respectivos países: David Nabarro (Reino Unido), Tedros Ghebreyesus (Etiópia) e Sania Nishtar (Paquistão). O novo (ou a nova) líder da diplomacia da saúde mundial vai enfrentar um mundo profundamente desafiador no campo social e sanitário.

Nos últimos 10 anos, ocorreram diversos processos complexos no campo das doenças transmissíveis. Em 2009, a OMS declarou um risco de pandemia mundial de influenza que não se confirmou, mas que levou diversos países a acumular toneladas de um antiviral que acabou não sendo usado, mas gerou lucros astronômicos à indústria farmacêutica. Entre os anos de 2014 e 2016, uma devastadora mas limitada epidemia pelo vírus Ebola se abateu sobre três países da África Ocidental, na qual equívocos importantes foram cometidos pela burocracia da OMS, entre os quais chegar atrasada no processo e declarar sua extinção — curiosamente um dia antes do anúncio de novos casos em um dos países da região afetada.

No mesmo período, verificou-se a emergência de doenças virais oriundas de aves de criação em diversos países da Ásia e do Oriente Médio, como SARS, coronavírus e gripes aviária e suína, reforçando teses de que o trânsito de doenças entre humanos e animais é uma realidade do que vem sendo chamado de “Uma Saúde” (One Health) — onde se situam também doenças infecciosas transmitidas por via alimentar e a crescente resistência dos microrganismos aos antibióticos. As doenças que já representavam ameaças globais, como a tuberculose multirresistente a drogas, a aids e a malária, permanecem como tal, mas a emergência das arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*, como as febres pelos vírus Zika e Chikungunya, vieram somar-se ao flagelo ‘permanente’ da dengue.

Simultaneamente, consolidou-se no período a chamada tríplice carga de doenças: às doenças transmissíveis vieram somar-se as doenças não-transmissíveis, como hipertensão, diabetes e as neoplasias, com prevalência jamais vista e que ocasionam milhares de mortes precoces na população; e a violência, os homicídios, suicídios e mortes por acidentes de trânsito, todos em viés de alta. Em adição, as transformações demográficas, como o envelhecimento da população, e as mudanças climáticas — que tendem a exacerbar diversos impactos sobre a saúde — colocam desafios à sociedade e aos sistemas de saúde em todo o mundo.

Além das condições sociais e de saúde da população mundial, os sistemas de saúde também apresentam sérios problemas a serem enfrentados, como a complexidade técnica e os custos financeiros para implementar o conjunto integral de ações sanitárias (promoção da saúde, prevenção de enfermidades, e tratamento, recuperação e reabilitação dos enfermos). A atenção primária de saúde (APS), evocada como uma prioridade, porque resolve cerca de 90% dos problemas de saúde, permanece sufocada por sistemas que privilegiem a alta complexidade, mais lucrativa e prestigiosa.

A saúde, além de uma questão biológica é também resultante de processos sociais. Aqueles que se encontram em posição mais elevada no gradiente social vivem mais e em melhores condições de vida e de saúde, e vice-versa. Neste ‘conceito ampliado de saúde’, os determinantes sociais deveriam ocupar posição central nas prioridades da OMS e de governos e sistemas de saúde: apenas superando a inédita concentração da renda, pobreza e desigualdades, iniquidades


de direitos, falta de água e saneamento, moradias totalmente inadequadas à vida, qualidade do ambiente prejudicial à saúde, entre outros, poderão ser produzidos melhores resultados sobre a qualidade de vida e a saúde.

A OMS tem papel de destaque na evocação da responsabilidade dos demais setores pelo efeito de suas políticas sobre a saúde. Em 2011, realizou no Rio de Janeiro a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, que resultou na Declaração Política do Rio, na qual os cerca de 110 países comprometeram-se a desenvolver políticas e formas de governança intersetorial. Em 2012, no documento resultante da Rio+20, *O futuro que queremos*, os chefes de Estado e de Governo concordam que “a saúde é uma condição prévia, um resultado e um indicador das três dimensões do desenvolvimento sustentável [econômico, social e ambiental]”. Em junho de 2013, em Helsinque, a OMS realizou a 8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, cuja declaração final defende a necessidade da estratégia da “saúde em todas as políticas”, chamando governos e sociedade civil para a formulação e implementação de políticas e ações favoráveis e não nocivas à saúde.

Em 2014, uma comissão de alto nível da Universidade de Oslo e da revista *Lancet* lançou um informe sobre as origens políticas globais das inequidades em saúde, com graves consequências — o que demanda seu enfrentamento por ações concertadas da OMS e seus Estados membros. Entre tais eventos e políticas encontram-se: crises econômicas, medidas de austeridade, propriedade intelectual, tratados sobre investimentos estrangeiros, segurança alimentar, atividades empresariais transnacionais, migração ilegal e conflitos violentos. As duas primeiras estão hoje presentes de forma duríssima no cotidiano dos brasileiros, como todos sabemos.

Em 2015, as Nações Unidas definem que “assegurar saúde e bem-estar para todos em todas as idades” é o Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) na área da saúde, definindo ainda nove metas e quatro meios de implementação, entre as quais a cobertura universal e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais. A questão central é que o alto custo e a feroz proteção patentária, defendida pela indústria farmacêutica e de outros insumos na OMS, OMPI e OMC, excluem do acesso milhares de pessoas dos países pobres e os pobres de todos os países.

Finalmente, em 2016, também na *Lancet*, um grupo de alto nível clama que a mais alta prioridade do novo DG da OMS deverá ser apresentar e negociar um Tratado Global sobre o Direito Humano à Saúde, com força vinculante por parte de todos os países.

Diante de toda esta complexidade — que inclui a tripla carga de enfermidades; a fragilidade dos sistemas de saúde, como também da própria OMS; as iniquidades sócio-sanitárias; e a dependência da saúde da política de outros setores — a tarefa da nova direção da OMS é imensa. Para manter-se como ‘autoridade sanitária mundial’, deverá passar por profundas transformações nas suas políticas e estruturas, ampliando seu diálogo com as demais agências da ONU em torno da importância da saúde para o desenvolvimento sustentável, reduzir sua centralização e ampliar sua presença nos países, além de dialogar com outros atores globais relevantes, liderando a definição de prioridades para a saúde num mundo complexo e cada vez menos solidário. 

Paulo Buss é diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS), centro colaborador em Saúde Global e Cooperação Sul-Sul da OMS/OPS na Fiocruz

DIREITOS
NÃO TÊM
PREÇO

RADIS

Comunicação em defesa da saúde e da democracia, desde 1982



/RadisComunicacaoeSaude



www.ensp.fiocruz.br/radis