



SAÚDE é INVESTIMENTO

NOVO REGIME FISCAL: ENTENDA POR QUE O SUS
PRECISA DE FINANCIAMENTO LIVRE DE TETO



DIVERSIDADE NO SUAS — Em 11 de junho, a 27ª Parada do Orgulho LGBTQ+ saiu às ruas de São Paulo em defesa do fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do cuidado à população LGBTQ+ de baixa renda, em insegurança alimentar ou situação de rua, sob o tema “Queremos políticas sociais para LGBTQ+ por inteiro e não pela metade”. Foto: Ministério da Saúde

R RADIS

edição 250 ■ julho 2023

NOSSA CAPA: ILUSTRAÇÃO DIGITAL EQUIPE RADIS



- | | |
|---|---|
| EDITORIAL | EDUCAÇÃO |
| 3 As reformas que prejudicam | 16 Novo ensino médio para quem? |
| 4 VOZ DO LEITOR | 24 COMUNICAÇÃO POPULAR |
| 5 SÚMULA | Homens negros invisíveis na vacinação |
| 10 CAPA FINANCIAMENTO | SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA |
| Saúde sob novo teto? | 27 Sinta-se em casa |
| 12 3 PERGUNTAS PARA ANA PIMENTEL | PESSOAS COM DEFICIÊNCIA |
| “Várias frentes parlamentares ligadas à saúde atuam para diminuir o SUS” | 30 A inclusão começa pela saúde |
| 14 Saúde não é gasto | 34 SERVIÇO |
| | PÓS-TUDO |
| | 35 Manicômios judiciais: o fim (de parte) do inferno |

As reformas que prejudicam

O arcabouço fiscal em votação no Congresso Nacional propõe regras para a condução da política fiscal do país. O texto deve substituir o perverso teto de gastos, gestado em um governo ilegítimo, em 2016, e mantido por mais quatro anos em um governo autoritarista e indiferente às necessidades do povo do qual deveria cuidar. O novo regime é um pouco menos ruim do que o anterior.

A versão aprovada inicialmente na Câmara dos Deputados limitou o crescimento dos gastos públicos com educação, saúde, ciência e tecnologia, ignorando a extrema necessidade de financiamento das políticas sociais, sobretudo após uma pandemia que deixou tantas sequelas. Milhões de brasileiros perderam não só a saúde, mas também emprego, renda e segurança alimentar — o que levou o país de volta ao Mapa da Fome.

O Senado votou por retirar do “bolo” do teto investimentos com educação e ciência e tecnologia, mas não resguardou o sistema de saúde, que nos últimos quatro anos acumulou perdas de cerca de R\$ 70 bilhões. Isso em um momento em que houve aumento da população e aumento do adoecimento, causado pela covid.

Com a alteração, o projeto voltou à Câmara dos Deputados para análise das mudanças. Se os deputados mantiverem a decisão inicial de não deixar o fundo da educação fora do “bolo”, mais uma política social ficará com orçamento apertado.

É indiscutível a importância da criação de regras que resguardem a economia do país, mas este ajuste não pode servir só para garantir recursos para o pagamento da dívida pública. É igualmente importante que os direitos humanos sejam postos fora dos limites fiscais, para que não faltem investimentos que acelerem o crescimento do país com foco nos mais necessitados, nos que ainda estão desassistidos e desesperançados. O Brasil precisa cumprir as políticas sociais inscritas na Constituição Federal, como o fundamental e imprescindível direito à vida.

Este mês também abordamos a Reforma do Ensino Médio, criada em 2017 pelo governo de Michel Temer sem ouvir os maiores interessados — professores e alunos. Construída sob a defesa de que era preciso acabar com a “escola chata” e oferecer ao estudante uma formação profissionalizante a partir de 2022, essa reforma é criticada por professores e pesquisadores, como os ouvidos pelo repórter Glauber Tiburtino.

É sabida a necessidade de buscar aperfeiçoamentos curriculares, mas só isto não é suficiente, quando todo o ensino necessita de mudanças estruturais que possam garantir práticas pedagógicas eficazes — financiamento, formação continuada estimulada por valorização profissional dos professores, boa estrutura com equipamentos adequados, segurança e aumento do número de escolas com horários ampliados para atender as necessidades dos alunos, em especial os que residem em lugares afastados dos grandes centros.

“Desigualdade como efeito principal” será o resultado do modelo proposto na reforma, na avaliação do professor Fernando Cássio, com a redução da carga horária da formação geral básica para antecipar precocemente a preparação para o mercado de trabalho. Uma reforma que dificultará o acesso dos jovens mais pobres a um curso superior.

Radis também registra o retorno do programa Farmácia Popular, relançado recentemente pela ministra da Saúde, Nísia Trindade, após anos de paralisação. Na ocasião do relançamento, Nísia anunciou a “ampliação da oferta de medicamentos gratuitos e credenciamento de novas unidades para mais de 800 municípios” com “abrangentes parcerias do setor público e privado”.

Este programa inclui automaticamente os inscritos no Bolsa Família — 21,9 milhões de famílias — e pessoas de baixa renda, trazendo impactos importantes nos gastos dessa parcela da população e nos indicadores de doença e morte para diversas enfermidades, o que facilitará a reorganização de políticas públicas que foram abandonadas nos últimos anos.

Com o sugestivo título “Sinta-se em casa”, a estagiária de Comunicação do Programa *Radis* Luíza Zauza, sob supervisão da equipe de reportagem, traz o relato de sua visita à Casa de Parto David Capistrano, ou “casinha”, como é carinhosamente chamada. Nessa casinha que funciona desde 2004 já vieram ao mundo centenas de crianças, amparadas por enfermeiros e enfermeiras obstétricos sem intervenções médicas desnecessárias e na contramão das cesáreas.

Os 3.872 partos realizados atestam o sucesso do modelo assistencial do cuidar e acolher em um momento muito especial para bebês e mães. Um exemplo de bem nascer natural e fisiológico, com respeito ao protagonismo feminino e bem distante da naturalização da violência obstétrica. Uma cultura que merece ser copiada.

Boa leitura!

■ JUSTA HELENA FRANCO, SUBCOORDENADORA DO PROGRAMA RADIS

SUA OPINIÃO

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

E-mail: radis@ensp.fiocruz.br | Tel: (21) 3882-9026 | Av. Brasil, 4036, Sala 510, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, CEP 21040-361



MEMÓRIAS DA COVID

Meu paizinho está entre os 700 mil mortos. Ele tinha 62 anos e não teve a oportunidade de se vacinar.

Líliá Silva, via Instagram

O atraso da vacina e o vácuo de liderança na contenção da disseminação do vírus mataram minha mãe. E essa responsabilidade penal deve e precisa ser individualizada.

Fernanda Gurgel, via Instagram

A minha dor é dilacerante. Minha mãe e meu pai partiram em agosto de 2021. Dr. Nicolelis afirmou que toda vida perdida a partir de maio de 2021 foi responsabilidade do negacionismo. Eu nunca mais serei a mesma. Fiquei doente.

Eula Carvalho Pinheiro, via Instagram

Revista da maior qualidade pelo e sobre o SUS. Esta reportagem só comprova a qualidade diferenciada deste produto jornalístico tão especial.

Marcelo Robalinho, via Instagram

É preciso pautar sempre este tema para que não esqueçamos NUNCA o genocídio que ocorreu com o povo brasileiro. É preciso narrar, contar, escrever e recontar estas histórias para que não virem números e sejam esquecidas. Parabéns, Radis!

Lu Fraga, via Instagram

Parabéns, Liseane Morosini! A matéria ficou linda e você foi muito sensível ao

pontuar os assuntos e as falas. É uma matéria bastante emotiva, mas importante para aqueles que tentam superar as perdas.

Wilson Cotrim, Magé, RJ

Meu pai teve alta hospitalar com sepse, para dar o leito a paciente mais novo. Essa é a realidade do nosso país, além de pessoas que não têm um pingão de amor ao próximo, que não se sensibilizam com a dor. Falta empatia nas pessoas que exercem a profissão na área hospitalar.

Talita Cagliari, Penápolis, SP

Assunto necessário. A história poderia ter sido outra.

André Gomes, via Instagram

Assunto que não pode ser esquecido! Parabéns!

Verônica Reis, via Instagram

Sou uma filha que perdeu um pai, um herói, um ídolo, em 8 de julho de 2021, vítima da covid-19. Não consigo me conformar com o descaso, com a negligência e com a crueldade com que essa pandemia foi conduzida. A tristeza, a dor, a revolta que há quase 720 dias carrego comigo dão espaço a esperança de ver que a Justiça dos homens cumpra seu papel e puna exemplarmente cada um que contribuiu para que muitas famílias sofressem com a ausência dos seus. Sem anistia! Gratidão pela matéria e por darem voz à tantos que, assim como eu, vivem dias intermináveis de um luto tão sofrido.

Isabella Baraldi De Pauli Mainardes Silva, via Instagram

IDADISMO

Infelizmente acontece em todos os espaços e lugares. Nas universidades, faculdades, nos mestrados, doutorados, nos estágios, nas pesquisas, na iniciação científica, no mercado de trabalho, nos cursos, nos concursos... Serviços públicos e privados, nas filas, na família, na vida.

Marcia Shaddai, via Instagram

JOVENS CIENTISTAS

Incrível! Matéria sensacional! Parabéns, Luíza Zauza!

Giulia Costa, Rio de Janeiro, RJ

EXPEDIENTE

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

FIOCRUZ

Mario Moreira
Presidente

ENSP

Marco Menezes
Diretor

PROGRAMA RADIS

Rogério Lannes Rocha
Coordenador e editor-chefe

Justa Helena Franco
Subcoordenadora

REDAÇÃO

Luiz Felipe Stevanim
Editor

Bruno Dominguez
Subeditor

Reportagem

Adriano De Lator, Ana Cláudia Peres, Liseane Morosini, Glauber Tiburtino, Licia Oliveira; Luíza Zauza (estágio supervisionado)

Arte
Felipe Plauska

Documentação
Eduardo de Oliveira (arte e fotografia)

Administração
Fábio Lucas Flávia Vianna Papacena Ingridi Maia da Silva

ASSINATURAS

Assinatura grátis (sujeita a ampliação) Periodicidade mensal Impressão Gráfica RJ Offset Tiragem 120.000 exemplares

USO DA INFORMAÇÃO

Textos podem ser reproduzidos, citada a fonte original.



Farmácia Popular, o retorno

Após oito anos paralisado, o Farmácia Popular está de volta. A retomada oficial (7/6) do programa foi marcada pelo anúncio de ampliação da oferta de medicamentos gratuitos e do credenciamento de novas unidades em mais de 800 municípios pelo país. Além disso, a partir de agora, quem recebe o Bolsa Família terá acesso a todos os 40 medicamentos disponibilizados.

Na nova fase, a saúde da mulher será uma prioridade — essa população terá acesso gratuito aos medicamentos indicados para o tratamento de osteoporose e contraceptivos. O programa também atenderá a população indígena por meio dos Distritos Sanitários Indígenas (Dsei). A iniciativa entrará em prática em um projeto piloto no território Yanomami, em Roraima.

“O programa ressurgiu depois de uma grave estagnação, com problemas, inclusive, de distribuição de farmácias pelo território nacional”, pontuou a ministra da Saúde, Nísia Trindade, durante o lançamento no Recife. Ela considerou a data “um dia histórico”.

“ O Farmácia Popular pensa as diferenças regionais e os vazios assistenciais do Brasil. Essa é uma das maiores e mais abrangentes parcerias entre o setor público e privado do país. É a economia a serviço da saúde pública. ”

Nísia Trindade, ministra da Saúde



FARMÁCIA POPULAR

ESTA FARMÁCIA É CREDENCIADA AO FARMÁCIA POPULAR

Retrospectiva

2004 – Criação do Farmácia Popular do Brasil. Inicialmente, foram ofertados medicamentos com preços mais baixos.

2006 – Primeira expansão do programa. Parceria entre Ministério da Saúde e farmácias e drogarias da rede privada, instituindo a modalidade “Aqui Tem Farmácia Popular”.

2011 – O Farmácia Popular começa a ofertar medicamentos gratuitos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma, por intermédio da estratégia “Saúde Não Tem Preço”. Outros tratamentos continuaram a ser ofertados em formato de copagamento, com até 90% de desconto.

2016 - A iniciativa chega a quase 35 mil farmácias credenciadas atendendo mais de 22 milhões de brasileiros. Nos últimos anos, com a redução do número de municípios com unidades habilitadas, cerca de 2 milhões de brasileiros deixaram de ser atendidos pelo Farmácia Popular.

2023 – Retomada do Farmácia Popular. O programa disponibiliza medicamentos gratuitos para o tratamento de diabetes, asma e hipertensão, e a partir de agora, para osteoporose e anticoncepcionais. Além disso, oferece medicamentos de forma subsidiada para dislipidemia, rinite, doença de Parkinson, glaucoma e fraldas geriátricas. O orçamento previsto para reconstrução do programa está na ordem de R\$ 3 bilhões.

(Fonte: Ministério da Saúde)

Febre maculosa volta à pauta

O noticiário brasileiro vem destacando um aumento dos casos de febre maculosa no país, especialmente em áreas rurais dos estados de São Paulo e Minas Gerais. A doença é transmitida por carrapatos infectados por uma bactéria e não há contágio entre humanos. Em 27 de maio, quatro pessoas que frequentaram a mesma festa, na Fazenda Santa Margarida, em Campinas (SP), contraíram a doença e faleceram nas primeiras semanas de junho, em decorrência da infecção. No dia 19 de junho, o G1 noticiou haver ao menos outras 17 pessoas com suspeitas da doença. Em Minas Gerais, onde também há notificações de ocorrências, até 26 de junho a Secretaria Estadual de Saúde registrou 12 casos, com quatro óbitos (Correio do Povo, 27/6). Segundo dados do Ministério da Saúde, até 25 de junho o país totalizou 60 casos e 11 óbitos pela doença, em 2023.

Os sintomas muitas vezes se confundem com os da dengue, como: febre súbita, dor de cabeça intensa, náuseas e vômitos, diarreia e dor abdominal, dor muscular constante, inchaço e vermelhidão nas palmas das mãos e sola dos pés. O diagnóstico precoce é fundamental para uma evolução positiva da doença, que chega a ter uma taxa de letalidade de 30%, portanto, bastante elevada.

SAIBA MAIS SOBRE SINTOMAS, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, PREVENÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM [BIT.LY/FEBREMACULOSAMS](https://bit.ly/febre-maculosams).



A fila do SUS está andando

Uma das prioridades anunciadas pelo governo na pasta da Saúde, o Programa Nacional de Redução das Filas, lançado em fevereiro deste ano, avança e chega a todos os estados brasileiros, conforme noticiou o site do Ministério da Saúde (13/6). Graças aos recursos já disponibilizados pelo programa, cinco desses estados devem reduzir em 100% suas filas de espera no SUS: Tocantins, Sergipe, Piauí, Paraíba e Mato Grosso do Sul. Confira a lista das filas e cirurgias a serem realizadas em bit.ly/filadosus.

- **600 MILHÕES** DE REAIS É O INVESTIMENTO QUE O PROGRAMA IRÁ SOMAR EM 2023
- **1 MILHÃO** DE PROCEDIMENTOS É A FILA PARA CIRURGIAS ELETIVAS PELO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE
- **487 MIL** CIRURGIAS É O QUE AS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS JÁ PODEM REALIZAR COM OS RECURSOS
- **45%** É O PERCENTUAL PREVISTO DE REDUÇÃO DA FILA
- **5 ESTADOS** JÁ PODEM REDUZIR EM 100% AS SUAS FILAS DE ESPERA NO SUS (TO, SE, PI, PB E MS)

Senado aprova MP do Mais Médicos

O Senado aprovou (20/6) a medida provisória 1.165/2023 que institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos. Segundo a Agência Senado, com a medida, o governo cria incentivos para capacitar médicos em atenção primária à saúde para fortalecer a presença desses profissionais em áreas de difícil acesso. Haverá o pagamento de uma indenização para incentivar o médico participante a ficar mais tempo atuando em áreas vulneráveis ou de difícil fixação listadas pelo Ministério da Saúde (MS).

O texto, que segue para sanção presidencial, possibilita aos médicos que atuarem no programa a formação como especialistas em medicina de família e comunidade. Os cursos serão oferecidos pelas instituições de educação superior brasileiras vinculadas ao Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

Uma novidade é que os médicos formados fora do Brasil não precisarão fazer o Revalida para participar do Mais Médicos. A prorrogação da participação no programa, no entanto, só será possível com a apresentação do diploma revalidado. Médicos sem a revalidação poderão permanecer atuando por quatro anos, não mais oito anos como no texto original.

Pelo texto aprovado, os distritos sanitários indígenas, as comunidades remanescentes de quilombos e as comunidades ribeirinhas serão considerados regiões prioritárias, informou a Agência. Também para ajudar a diminuir a deficiência de profissionais, o texto incluiu a possibilidade de uso de recursos de telessaúde quando necessário. Além disso, o MS poderá implantar critério de seleção para redistribuição de médicos inscritos no mesmo estado com vagas não preenchidas.

Compra de sangue

Tramita no Congresso Nacional a PEC 10/2022, que autoriza a coleta e processamento de plasma humano pela iniciativa privada, proibidos na Constituição Cidadã, aprovada em 1988. A PEC tem como primeiro signatário o senador Nelsinho Trad (PSD-MS). A relatora, senadora Daniella Ribeiro (PSD-PB), apresentou parecer favorável a partir de um substitutivo.

“Até o início da década de 1980, e infelizmente esta memória parece apagada, era permitido vender sangue no país. Tornaram-se tragicamente famosas as práticas de empresas que compravam sangue de quem precisava do dinheiro para comer. Desnecessário contar como ficava a saúde destas pessoas”, lembra Claudio Maierovitch, vice-presidente da Abrasco e pesquisador da Fiocruz Brasília, em artigo. Leia em: <https://bit.ly/vendadesanguenao>.



DIVULGAÇÃO/ABRASCO

Absorventes gratuitos

Cerca de 24 milhões de pessoas em condição de vulnerabilidade social devem ser beneficiadas pela distribuição gratuita de absorventes em todo o país. Em junho (19), o governo federal divulgou portaria interministerial que implementa o Programa de Proteção e Promoção da Saúde e Dignidade Menstrual e estabelece critérios para a distribuição. O público-alvo é de pessoas inscritas no Cadastro Único, em situação de rua ou pobreza, matriculadas em escolas públicas federais, estaduais e municipais e que pertençam a famílias de baixa renda, estejam no sistema penal ou cumprindo medidas socioeducativas. O projeto, que havia sido aprovado no Senado em setembro de 2021, recebeu vetos do ex-presidente Jair Bolsonaro. À época, *Radis* (230) entrevistou a oficial para Saúde Sexual e Reprodutiva do Fundo de População da ONU, Anna Cunha. Ela fez questão de ressaltar que “a pobreza menstrual é uma questão econômica, mas também social e política”. Leia em <https://bit.ly/radis230>.



PEXELS

OS NÚMEROS DA VIOLÊNCIA CONTRA OS DIREITOS HUMANOS

“Defender direitos humanos no Brasil é caso de polícia, de justiça e, em muitas vezes, de vida ou morte”. É o que comprova o relatório Na Linha de Frente: violência contra defensoras e defensores de direitos humanos no Brasil, produzido pelas organizações Terra de Direitos e Justiça Global. Divulgado em junho, o levantamento mapeou ocorrências em todos os estados e revela episódios de ameaça, agressão física, assassinato, atentado, importunação sexual, calúnia, injúria, difamação, ataques racistas e homofóbicos, violência institucional e judicial e suicídio em contexto de violações de direitos. Leia em bit.ly/3OfJyuW.

- A CADA MÊS, EM MÉDIA, **3** PESSOAS DEFENSORAS DE DIREITOS HUMANOS SÃO ASSASSINADAS NO PAÍS
- ENTRE 2019 E 2022, FORAM **169** ASSASSINATOS E **1.171** CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA DEFENSORAS E DEFENSORES DE DIREITOS
- DESSE TOTAL, **346** ERAM INDÍGENAS E **153** NEGROS
- QUASE METADE (**47%**) DOS CASOS ENVOLVE VIOLÊNCIAS REGISTRADAS NA ÁREA DA AMAZÔNIA LEGAL
- **919** TIVERAM COMO ALVO PESSOAS QUE ATUAM NA LUTA PELA TERRA, PELO TERRITÓRIO E PELO MEIO AMBIENTE
- EM **4,8%**, AS VÍTIMAS ERAM ATIVISTAS DOS DIREITOS LGBTQI+. EM **3,7%**, A VIOLÊNCIA FOI ENDEREÇADA CONTRA DEFENSORES DA MORADIA E DO DIREITO À CIDADE



Luta dos povos indígenas em livro

A 13ª edição do livro Povos Indígenas do Brasil (2017-2022) foi lançada em 16 de junho, com uma visão geral sobre 266 povos indígenas que vivem no Brasil, que falam cerca de 160 línguas. A obra, publicada desde a década de 1980, desta vez retrata o difícil momento vivido nos últimos cinco anos. Com mais de 800 páginas, o livro traz notícias, imagens históricas e artigos sobre saúde pública, educação, cultura, políticas públicas, legislação, demarcação de Terras Indígenas, pressões e ameaças, entre outros temas. Leia em <https://bit.ly/livropovosindigenas>.

#NãoIncentiveAgrotóxicos

O Supremo Tribunal Federal (STF) adiou, mais uma vez, a decisão sobre isenção e redução fiscal para agrotóxicos. Em 9 de junho, chegou a retomar o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5553, sobre os benefícios tributários concedidos aos agrotóxicos, mas o ministro André Mendonça pediu mais tempo para análise (14/6).

O ministro relator, Edson Fachin, votou contra os subsídios; o ministro Gilmar Mendes votou a favor. Agrotóxicos possuem isenção de impostos há mais de 25 anos (Greenpeace, 16/6). Segundo levantamento da Associação Brasileira de Estudos em Saúde Coletiva (Abrasco), somente em 2017 cerca de R\$ 10 bilhões deixaram de ser arrecadados devido às vantagens fiscais concedidas à comercialização de venenos.

#NãoAoMarcoTemporal

O ministro André Mendonça também pediu vista (7/6) no julgamento do Recurso Extraordinário 1.017.365, que discute o chamado marco temporal para a demarcação de terras indígenas. Antes disso, o ministro Alexandre de Moraes considerou que a data da promulgação da Constituição Federal (5/10/1988) não pode ser utilizada como ponto de definição da ocupação tradicional da terra por comunidades indígenas. Em setembro de 2021, o relator, ministro Edson Fachin, afirmou que o direito à terra pelas comunidades indígenas deve prevalecer, ainda que elas não estivessem no local na data de promulgação da Constituição. Em sentido contrário, o ministro Nunes Marques entendeu que essa data deve prevalecer. Segundo o Regimento Interno do STF, em pedidos de vista, os processos ficam liberados para voltar a julgamento após 90 dias.



SÉRGIO LIMA

- **31% FOI A QUEDA DO DESMATAMENTO NA AMAZÔNIA LEGAL, NO ACUMULADO DE JANEIRO A MAIO DE 2023, NA COMPARAÇÃO COM O MESMO PERÍODO DO ANO PASSADO, DE ACORDO COM O INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS ESPACIAIS (INPE)**
- **2 MIL QUILOMETROS QUADRADOS (KM²) DE ÁREA DESMATADA NOS PRIMEIROS MESES DE 2023 CONTRA 2,9 KM² ENTRE JANEIRO E MAIO DE 2022**

Vini Jr contra o racismo

Após ser vítima de seguidos atos e ofensas racistas na Espanha, onde joga, o atacante brasileiro Vinicius Junior foi convidado pelo presidente da Fifa, Gianni Infantino, para dirigir o Comitê Antirracismo da entidade máxima do futebol, segundo informações da agência de notícias Reuters (15/6). A proposta é que a instância seja toda formada por atletas, que deverão sugerir punições mais severas às práticas discriminatórias e auxiliar no combate ao racismo no futebol. A promessa do dirigente é de tolerância zero: “Não haverá mais futebol com racismo. Os jogos deverão ser interrompidos imediatamente quando isso acontecer. Basta”, declarou Infantino. Ao se tornar o rosto de uma luta tão necessária, Vini Jr, que já era um grande ídolo dentro de campo, tem se mostrado ainda maior fora dele.



REPRODUÇÃO



Sociedade vai às ruas protestar contra o teto de gastos e defender o investimento público, em especial na educação e na saúde

SAÚDE SOB NOVO TETO?

Arcabouço fiscal em discussão no Congresso põe fim ao teto de gastos, mas ainda limita crescimento de recursos para o SUS

BRUNO DOMINGUEZ

Esta edição não traz boas notícias para quem defende que a Saúde esteja fora dos limites de investimento público estabelecidos pelo novo regime fiscal, apresentado pelo governo federal para substituir o teto de gastos. Depois que a Câmara dos Deputados rejeitou que o piso da enfermagem escapasse às regras, contrariando a proposta inicial, havia a expectativa de que o Senado tivesse mais sensibilidade com políticas sociais. Teve, mas não com a Saúde.

A versão aprovada pelos senadores retirou do limite de despesas públicas apenas o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) e Ciência, Tecnologia e Inovação — além do Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF). Estaria, assim, o SUS sujeito a um novo teto, apenas mais alto? Quais as possibilidades reais de o financiamento do setor chegar aos 6% do Produto Interno Bruto (PIB), considerado por especialistas como fundamental para garantir direitos?



15/6/16
Presidente interino Michel Temer apresenta Proposta de Emenda à Constituição 241, para congelar o gasto público por 20 anos



26/10/16
Plenário da Câmara dos Deputados aprova a medida



13/12/16
Texto passa no Senado e vai à promulgação, com nome de Emenda Constitucional 95

O QUE É?

O Regime Fiscal Sustentável (PLP 93/2023), mais conhecido como arcabouço fiscal, fixa quanto o governo federal pode gastar a cada ano. O valor depende do cumprimento das metas de resultado primário (arrecadação menos despesas, descontados os pagamentos de juros da dívida pública) estabelecidas no projeto da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

Quando a União cumprir a meta, sua despesa não poderá crescer mais do que 70% da variação das receitas no ano seguinte; quando descumprir, a alta será limitada a 50% do crescimento da receita — há uma margem de tolerância para a definição do resultado primário, que é chamada de “banda”, de 0,25 ponto percentual para mais ou para menos.

Essa regra está sujeita a outra, que assegura um crescimento mínimo dos gastos federais de 0,6% ao ano do PIB estimado no projeto da Lei Orçamentária Anual (LOA), mas também estipula um teto — de 2,5% ao ano.

COMO FICA A SAÚDE?

“As duas regras combinadas trazem uma preocupação muito grande quanto à possibilidade de ampliação dos recursos para o SUS”, afirma o economista Francisco Funcia, presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) e consultor técnico da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O também economista Carlos Octávio Ocké-Reis, técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa

Econômica Aplicada (Ipea), tem avaliação semelhante: “De um lado, o novo marco fiscal promove avanços em relação ao teto de gastos, mas, de outro, recua, emprestando zelo fiscalista à política econômica, que diminui a possibilidade de abrir a galope um novo ciclo de desenvolvimento” [Leia a entrevista completa no site].

Nos momentos em que o país registrar crescimento econômico, o arcabouço prevê aumento do investimento na saúde, acima do mínimo constitucional; quando não crescer, vai ao menos manter o mínimo constitucional.

A Frente Pela Vida — que reúne a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Rede Unida, entre outras organizações do setor — divulgou nota classificando as regras como “restritivas ao investimento público e como tal, um fator que dificulta a recomposição do orçamento da saúde”, em 27 de abril (Radis 248). Estendeu sua preocupação para as políticas de educação, ciência e tecnologia e direitos humanos, “intrinsecamente vinculadas à defesa da vida, bem-estar e proteção às pessoas”. A bandeira era que essas áreas ficassem fora dos cálculos do regime fiscal.

No texto apresentado pelos ministros da Fazenda, Fernando Haddad, e do Planejamento, Simone Tebet, em 30 de março, o piso da enfermagem era exceção, o que aliviaria a Saúde em cerca de R\$ 16 bilhões ao ano (considerando gastos federais e repasses a estados e municípios). O Fundeb, que financia a educação básica, também não estava incluído no arcabouço.

CÂMARA CONSERVADORA

O relator do marco fiscal na Câmara, deputado Cláudio Cajado (PP-BA), retirou ambas as políticas da lista de exceções. Seu substitutivo foi aprovado pelo plenário da Câmara em 24 de maio, com 372 votos favoráveis e 108 votos contrários. “O deputado Cajado desconfigurou a redação original encaminhada pelo governo federal e tirou ainda mais margem para crescimento de despesas na área social”, aponta Funcia.

Para o economista, as possibilidades de mudança são bastante restritas dada a correlação de forças políticas da conjuntura: “A população brasileira, ao mesmo tempo em que votou em um presidente da República alinhado com propostas progressistas, votou em parlamentares que têm majoritariamente perfil conservador”, diz. Segundo ele, o novo arcabouço fiscal representa aquilo que está sendo possível negociar.

A deputada federal Ana Pimentel (PT-MG), que criou a Frente Parlamentar em Defesa do Sistema Único de Saúde, em maio, relata à Radis que muitos deputados se envolveram diretamente na articulação para que Saúde e Educação não estivessem sob novo teto: “Nós, da Frente Parlamentar do SUS e da Frente pela Educação, fizemos a discussão para a retirada tanto do Fundeb como da Saúde dos limites do arcabouço fiscal. Nós nos movimentamos muito, junto aos movimentos da sociedade civil, como a Frente pela Vida. Mas havia uma maioria formada na

Câmara dos Deputados que defendia não retirar nenhuma área dos limites de gastos. O relator desse projeto na Câmara, deputado Cláudio Cajado, foi muito contundente nesse sentido”.

A deputada, que é médica de família, em seu primeiro mandato, observa que a Câmara tem hoje um posicionamento mais conservador que o Senado. “É importante dizer que há deputados que estão levando as pautas da saúde coletiva e dos movimentos da Saúde, mas nossa posição foi minoritária”, lamenta [Leia a entrevista completa no site].

“Nós, que defendemos os preceitos do Sistema Único de Saúde e que somos historicamente do movimento sanitário, queríamos mais para a saúde. Precisamos de mais financiamento para garantirmos, de fato, o direito à saúde para todos e todas com integralidade, equidade, regionalização e descentralização. Mas, diante da conjuntura, penso que o arcabouço é uma sinalização de melhora para o sistema de saúde no próximo período”, afirma a deputada.

ESPERANÇA NO SENADO

Quando Radis conversou com os entrevistados, havia a esperança de que os senadores revertissem as mudanças aprovadas pela Câmara. Na avaliação de Funcia, a volta à redação original abriria mais espaço fiscal para um conjunto de despesas necessárias e não representaria, em hipótese alguma, desequilíbrio das contas públicas.

O relatório do senador Omar Aziz (PSD-AM) retomou

3 PERGUNTAS PARA ANA PIMENTEL

“Várias frentes parlamentares ligadas

O SUS agora tem uma frente parlamentar própria no Congresso Nacional. Em 10 de maio de 2023, foi criada a Frente Parlamentar Mista em Defesa do Sistema Único de Saúde — ou simplesmente Frente do SUS ou Bancada do SUS. A iniciativa foi da deputada federal Ana Pimentel (PT-MG), médica de família, ex-secretária de Saúde de Juiz de Fora (2021-2022). Uma das primeiras articulações da Frente foi defender que a saúde estivesse fora dos limites de investimento público estabelecidos pelo projeto do novo regime fiscal.

Por que criar a Frente Parlamentar Mista do Sistema Único de Saúde?

O Congresso tem várias frentes parlamentares ligadas à saúde, inclusive a Frente da Saúde. Mas entendo que um desafio que nós temos é o de fortalecimento do Sistema Único de Saúde. A Frente pelo SUS pretende abordar os dilemas do SUS com as entidades, as associações científicas, os movimentos sociais, os conselhos de saúde e a população de uma

maneira geral. E acumular forças para que a gente consiga, de fato, fazer com que o projeto SUS exista no cotidiano. O SUS traz consigo um projeto civilizatório, um projeto de país. Na prática, é a afirmação de que todas as vidas são valiosas, de que todas as pessoas devem ser cuidadas.

Que resistências encontra no Congresso para levar a agenda da saúde à frente?

Existem muitos projetos de lei tramitando no Congresso para, por exemplo, aumentar a isenção fiscal para quem tem plano privado de saúde. E posso afirmar que várias frentes ligadas à área da Saúde atuam diretamente para diminuir ainda mais o SUS. Hoje não dá para dizer que alguma delas se diga abertamente contrária à existência do Sistema Único de Saúde — pelo menos que eu tenha conhecimento. Mas, na verdade, muitas atuam por dentro para dilapidar o SUS, diminuindo sua potência, mesmo que discretamente. Pressionam para que o SUS atenda a interesses privados de todo tipo, para que o SUS esteja a serviço do mercado.

o Fundeb fora do arcabouço, como propôs inicialmente o governo, e surpreendeu ao tirar do limite de gastos despesas com Ciência, Tecnologia e Inovação. Mas o piso da enfermagem seguiu dentro do novo teto. Em 21 de maio, o Senado aprovou o texto por 57 votos a favor e 17 contrários, e o PLP 93/2023 retornou para análise na Câmara — onde aguardava ser votado quando esta edição foi fechada.

FIM DO TETO CONGELADO

A pressão para aumentar o financiamento de políticas sociais no novo regime fiscal coexiste com o alívio pelo fim da validade da Emenda Constitucional 95 (EC 95), que congelava as despesas públicas por 20 anos. “Desde a transição, houve uma preocupação do governo eleito de fazer um conjunto de articulações no Congresso para possibilitar uma readequação do orçamento de 2023. O projeto de lei orçamentária apresentado pelo governo passado previa um corte brutal de recursos da saúde para programas que já vinham sendo desenvolvidos. Na prática, significava fechar ou reduzir o atendimento de várias áreas”, lembra Funcia.

A PEC da Transição gerou um incremento para o SUS em torno de R\$ 20 bilhões este ano, comparativamente a 2022. Uma de suas exigências era, justamente, a formulação de uma nova regra fiscal para 2024. Nesse meio tempo, o teto de gastos deixou de ter efeito. No caso da Saúde, voltou a vigorar o piso estabelecido pela Emenda

Constitucional 86, de 2015, que obriga a União a aplicar pelo menos 15% da receita corrente líquida no setor — em 2022, o governo do ex-presidente Jair Bolsonaro aplicou 12% da receita corrente líquida.

Funcia ressalta que a regra que voltou a valer já vinha sendo questionada pelas organizações do setor, considerada insuficiente para cumprir e ampliar o cumprimento do que a Constituição define para a saúde — direito de todos e dever do Estado. “Neste momento, foi um ponto de partida”, admite. “Retomar a EC 86 até se pensar uma nova regra foi importante e revogar o teto congelado também foi muito importante”.

Ocké-Reis insere o regime fiscal no contexto de “uma estratégia defensiva”: parte constitutiva de um programa mínimo, que, a depender do acúmulo das forças democráticas e populares, viabilizará a passagem pelo labirinto conservador presente na conjuntura.

R\$ 70 BI PERDIDOS

Se 15% da receita corrente líquida eram insuficientes para financiar um SUS universal, integral e de qualidade, com o teto de gastos essa insuficiência se agravou a ponto de haver perdas concretas de recursos. Entre 2018 e 2022, estima-se uma perda de R\$ 70 bilhões de financiamento federal para o sistema.

“O teto de gastos foi uma perversidade para o SUS”, analisa a deputada Ana Pimentel. “O SUS continuou

à saúde atuam para **diminuir o SUS**”

Então, a Frente SUS não é só Frente SUS, ela é Frente SUS 100% público. Esse trabalho de articulação cotidiana exige muita dedicação, mas temos muitos deputados/deputadas e senadores/senadoras do nosso lado. O Sistema Único de Saúde está tão dilapidado que vamos precisar reconstruí-lo. Nós fomos muito resilientes nesses últimos anos: diante de tantos ataques, conseguimos manter o SUS funcionando. Isso foi feito com muito custo para a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde, e dos gestores municipais comprometidos.

De que maneira a Frente do SUS está articulada com as discussões de outras áreas?

Necessariamente, a defesa da Saúde está ligada à defesa de um projeto de país e, portanto, demanda o fortalecimento de várias políticas públicas. Neste momento, as articulações mais estratégicas para a conjuntura política são pela soberania alimentar, com enfrentamento da fome e dos agrotóxicos, e defesa do meio ambiente.



ACERVO PESSOAL

existindo porque está institucionalizado, mas foi sendo completamente minado por dentro — políticas que eram estruturantes, como a de assistência farmacêutica, de HIV e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), de saúde da mulher, de saúde mental, de atenção básica. Essas políticas seguiram existindo formalmente mas estavam desidratadas, deixaram de ser executáveis.” Ex-secretária de Saúde de Juiz de Fora (2021-2022), ela afirma que o ônus político recaiu sobre as prefeituras, responsáveis pela execução das políticas: “Eu não conseguia executar políticas que existiam formalmente”.

Durante a pandemia, a deputada destaca, o cenário foi ainda mais dramático. Uma parte dos recursos para lidar com a covid-19 veio de fora do orçamento da Saúde, mas contabilizava para o orçamento da Saúde. O efeito prático foi que muitas políticas deixaram de existir nos anos da pandemia: “Por isso as filas que temos hoje”

REPOSIÇÃO DAS PERDAS

Funcia acredita que o projeto, tal como está, inviabiliza ampliar o financiamento do SUS além do valor de seu piso (recursos mínimos) e repor as perdas dos últimos anos, o que implica na manutenção do status de subfinanciamento. Esse cenário afetaria ainda mais a saúde do povo brasileiro diante das consequências da pandemia, que reprimiu a demanda e deixou sequelas na saúde — ainda não totalmente conhecidas, diagnosticadas e dimensionadas.

“Seria fundamental que o plano plurianual 2024-2027, também em discussão, incluísse o compromisso de aumentar as despesas com saúde para além do piso constitucional até recompor os R\$ 70 bilhões perdidos pelo setor”, defende o economista, que sugere um acréscimo de cerca de R\$ 16 bilhões ao ano para a reestruturação do SUS, “abalado pelas políticas adotadas no governo anterior”.

SAÚDE NÃO É GASTO

A discussão sobre o financiamento do setor não deve estar isolada do debate sobre a política econômica do país, afirmam os especialistas ouvidos por Radis. Para a deputada Ana Pimentel, além dos efeitos mais práticos no cotidiano do SUS, o teto de gastos disseminou uma concepção política de que o governo deve limitar o que pode ser investido em Saúde: “Essa é a pior mensagem que podemos passar para a população, principalmente no contexto de pandemia e pós-pandemia, em que temos demanda maior por serviços”.

Francisco Funcia, da Abres, aponta como erro a leitura linear de que todo aumento de despesas públicas é ruim. A Saúde é um exemplo dado por ele de política que gera melhoria das condições de vida da população ao mesmo tempo em que tem forte efeito multiplicador na economia. “Em uma dinâmica econômica baixa como a que estamos vivendo, o país pode cortar despesas e entrar em um ciclo vicioso de baixo crescimento econômico; ou estimular gastos públicos em áreas sociais, especialmente a Saúde, e gerar um efeito multiplicador muito grande para o conjunto da atividade econômica”, pondera.

Carlos Ocké-Reis, do Ipea, engrossa o coro de que o financiamento adequado do SUS permite inscrever o setor no centro de um modelo de desenvolvimento, marcado pelo crescimento econômico inclusivo e sustentável — além de ser condição necessária para a garantia do direito universal, integral e igualitário à saúde. A bandeira levantada pelo setor, portanto, é que Saúde não seja vista como gasto, e sim como investimento.

Na Conferência Livre, Democrática e Popular de Saúde, realizada em agosto de 2022, em São Paulo, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, à época candidato ao posto, afirmou que era preciso tirar a palavra “gasto” do dicionário quando se trata de Saúde e Educação. “A gente tem que avaliar

quanto custa para um país uma pessoa saudável, uma pessoa podendo trabalhar a semana inteira, podendo fazer esporte, podendo brincar, podendo correr. A capacidade produtiva e intelectual cresce muito e melhora a capacidade produtiva do país. O país ganha com isso”, disse Lula, se comprometendo com o fim do teto de gastos.

Funcia explica que, além de melhorar os indicadores clínicos e epidemiológicos da população, a política de saúde pode, a um só tempo, combater o desemprego (uma vez que é intensiva em força de trabalho) e a desigualdade (uma vez que é desconcentradora de renda), contribuindo para o crescimento econômico e para a competitividade internacional (inovação tecnológica de alto valor agregado), em novo ciclo de desenvolvimento inclusivo com sustentabilidade ambiental.

DÉCADAS DE SUBFINANCIAMENTO

As organizações do setor denunciam décadas de esvaziamento do orçamento da seguridade social e convivência com regras instáveis e insuficientes de financiamento. Em 2012, o movimento popular Saúde Mais Dez, liderado pelo Conselho Nacional de Saúde, reivindicava o repasse de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira. Sem sucesso.

Há quem pense que melhor gestão, e não mais dinheiro, seria a solução para o SUS. “A ‘eficiência’ aparece como panaceia administrativa, que acaba servindo para reforçar a ideia de que os problemas do SUS resultam da falsa dicotomia entre financiamento e gestão — quando é plausível admitir que boa parte de seus problemas de gestão tenham decorrido em razão de um quadro de restrição orçamentária”, comenta Ocké-Reis, que organizou o livro SUS: Avaliação da Eficiência do Gasto Público em Saúde, lançado em abril de 2023, pelo



30/3/2023

Ministro da Fazenda, Fernando Haddad, apresenta projeto de novo arcabouço fiscal, condição imposta pela PEC da Transição para acabar definitivamente com o teto de gastos: piso da enfermagem e Fundeb escapam às regras

DIOGO ZACARIAS



24/5/2023

Sessão da Câmara dos Deputados aprova versão do arcabouço fiscal sem que nenhuma política seja exceção no regime fiscal

21/06/2023

Relatório do senador Omar Aziz (PSD-AM), que retira Fundeb e Ciência e Tecnologia do texto, é aprovado no Senado

LUIA MARQUES/AGÊNCIA BRASIL

LUIA MARQUES/AGÊNCIA BRASIL

Ipea em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS).

O debate sobre eficiência, para ele, é de relevância pública e pode auxiliar na formulação, execução e avaliação das políticas de saúde. Mas o economista ressalta que não basta pensar em ser mais eficiente (fazer de modo econômico), é preciso também pensar em ser mais eficaz e mais efetivo (fazer de modo resolutivo o que é necessário e ético), para garantir uma saúde pública de qualidade para as famílias brasileiras, afirmando o direito social à saúde da Constituição de 1988. “Na Saúde, em termos conceituais, a eficiência deve ser cotejada com a eficácia e a efetividade. Em outras palavras, não basta ser eficiente, se os indicadores e os desfechos das condições clínicas e epidemiológicas não são melhoradas, tampouco se as necessidades de saúde e de assistência médica da população não são atendidas.”

O economista também diz não ser possível descartar a priori a ideia de que pode ser preciso gastar mais para se gastar bem: “A busca da eficiência em direção à eficácia e efetividade pode, na realidade, significar e exigir o aumento dos investimentos públicos.”

O gasto total com Saúde no Brasil foi equivalente a 9,6% do PIB, em 2019, próximo ao de países que também contam com acesso universal como Canadá

(10,8%), Reino Unido (10,2%), Portugal (9,5%) e Espanha (9,1%), e acima da média da Europa (8,6%), segundo dados da Organização Mundial da Saúde. A diferença é que, aqui, menos da metade desse total — 42% ou apenas 3,9% do PIB — foram de gastos públicos (soma das três esferas de governo). Nesses outros países, os governos responderam por cerca de 70% a 80%, em média, do gasto total.

A Abres e outras organizações do setor, capitaneadas pela Frente pela Vida, indicam ser fundamental para a sustentabilidade do SUS que o orçamento público (municipal, estadual e federal) alcance no mínimo 6% do PIB nos próximos anos, sendo o federal ao menos 3% do PIB, e que a exemplo dos países desenvolvidos com sistemas universais o gasto público represente pelo menos 60% do gasto total com Saúde no país.

SAIBA MAIS

Livro SUS: Avaliação da Eficiência do Gasto Público em Saúde
<https://bit.ly/3XS7kQT>

Proposta de Nova Política de Financiamento do SUS da Abres
<https://bit.ly/3Da152C>

NOVO ENSINO MÉDIO PARA QUEM?

GLAUBER TIBURTINO

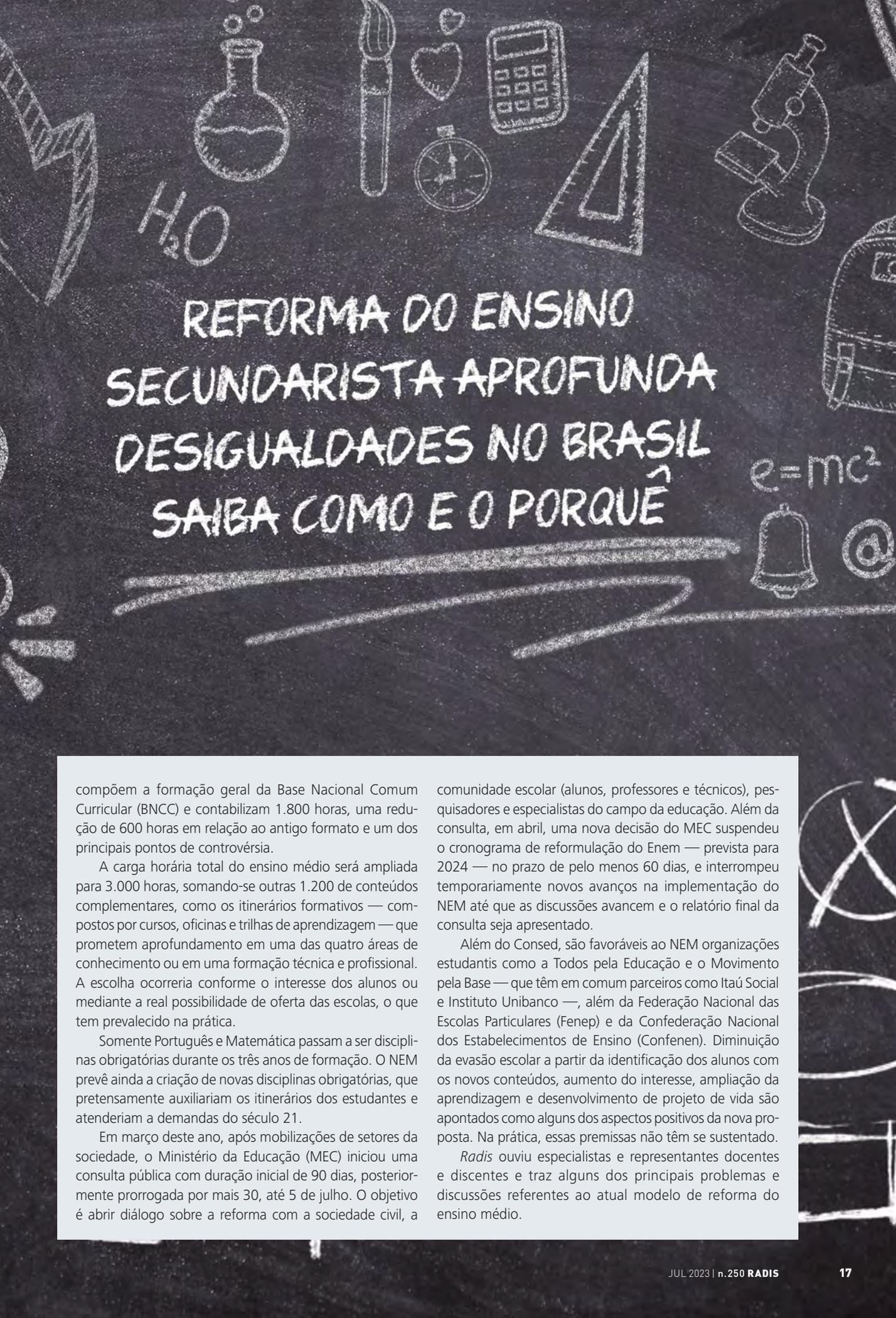
“**M**ichel Temer alterou o modelo do ensino médio com uma Medida Provisória”. O sujeito da oração que inicia o texto é simples, mas seus desdobramentos na vida dos quase oito milhões de estudantes secundaristas e de seus professores são bem mais complexos do que as regras da sintaxe gramatical da língua portuguesa e agravam as desigualdades já existentes na educação brasileira. Um dos determinantes sociais da saúde (DSS) e indicador do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a educação volta às páginas de *Radis* ao passar por um importante impasse com a reforma do ensino médio.

Sancionado em 2017 e em fase de implantação desde 2020, o novo modelo passou a ser obrigatório para alunos do primeiro ano do ensino médio em 2022, após todos os estados apresentarem seus novos programas curriculares. Em 2023 é a vez dos estudantes de primeiro e segundo ano aderirem ao novo formato e a previsão é de que já a partir de 2024 a obrigatoriedade se estenda a todas as

séries do segmento. Verticalizado, o novo modelo pulou uma etapa fundamental de sua concepção: a consulta a alunos e professores.

Agora, a luta encampada por diversos atores e movimentos sociais da Educação é pela revogação da Lei Nº 13.415/2017, que rege o chamado Novo Ensino Médio (NEM). Por outro lado, interlocutores de peso defendem a manutenção da reforma. É o caso do Conselho das Secretarias Estaduais de Educação (Consed), por exemplo. Para se ter uma ideia da relevância dessa instância, em 2022 mais de 84% dos estudantes secundaristas estavam matriculados na rede pública estadual.

Com as novas regras, as disciplinas de formação geral passam a ser agrupadas por áreas de conhecimento — como já ocorre no Exame Nacional do Ensino Médio (Enem): Linguagens (Português, Artes e Educação Física), Ciências Humanas e Sociais Aplicadas (História, Geografia, Filosofia e Sociologia), Ciências da Natureza (Biologia, Física, Química) e Matemática. Juntas, essas disciplinas



REFORMA DO ENSINO SECUNDARISTA APROFUNDA DESIGUALDADES NO BRASIL SAIBA COMO E O PORQUÊ

compõem a formação geral da Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e contabilizam 1.800 horas, uma redução de 600 horas em relação ao antigo formato e um dos principais pontos de controvérsia.

A carga horária total do ensino médio será ampliada para 3.000 horas, somando-se outras 1.200 de conteúdos complementares, como os itinerários formativos — compostos por cursos, oficinas e trilhas de aprendizagem — que prometem aprofundamento em uma das quatro áreas de conhecimento ou em uma formação técnica e profissional. A escolha ocorreria conforme o interesse dos alunos ou mediante a real possibilidade de oferta das escolas, o que tem prevalecido na prática.

Somente Português e Matemática passam a ser disciplinas obrigatórias durante os três anos de formação. O NEM prevê ainda a criação de novas disciplinas obrigatórias, que pretensamente auxiliariam os itinerários dos estudantes e atenderiam a demandas do século 21.

Em março deste ano, após mobilizações de setores da sociedade, o Ministério da Educação (MEC) iniciou uma consulta pública com duração inicial de 90 dias, posteriormente prorrogada por mais 30, até 5 de julho. O objetivo é abrir diálogo sobre a reforma com a sociedade civil, a

comunidade escolar (alunos, professores e técnicos), pesquisadores e especialistas do campo da educação. Além da consulta, em abril, uma nova decisão do MEC suspendeu o cronograma de reformulação do Enem — prevista para 2024 — no prazo de pelo menos 60 dias, e interrompeu temporariamente novos avanços na implementação do NEM até que as discussões avancem e o relatório final da consulta seja apresentado.

Além do Consed, são favoráveis ao NEM organizações estudantis como a Todos pela Educação e o Movimento pela Base — que têm em comum parceiros como Itaú Social e Instituto Unibanco —, além da Federação Nacional das Escolas Particulares (Fenep) e da Confederação Nacional dos Estabelecimentos de Ensino (Confenen). Diminuição da evasão escolar a partir da identificação dos alunos com os novos conteúdos, aumento do interesse, ampliação da aprendizagem e desenvolvimento de projeto de vida são apontados como alguns dos aspectos positivos da nova proposta. Na prática, essas premissas não têm se sustentado.

Radis ouviu especialistas e representantes docentes e discentes e traz alguns dos principais problemas e discussões referentes ao atual modelo de reforma do ensino médio.

ABISMOS AMPLIADOS

“A produção da desigualdade não é efeito colateral, é efeito principal da reforma”. Com essa afirmação, Fernando Cássio, pesquisador e professor da Universidade Federal do ABC (UFABC), integrante da Rede Escola Pública e Universidade (Repu) e dirigente da Campanha Nacional pelo Direito à Educação, defende que a revogação do NEM é o único caminho para que se freie os avanços da iniquidade agravada pela nova proposta.

“Essa é uma reforma que, em termos gerais, representa o barateamento da educação pública dos mais pobres. Ela ataca frontalmente a educação como política distributiva”, ressalta. Para o educador, a reforma representa “um retrocesso histórico” no processo de equalização na educação.

As críticas ocorrem especialmente porque o modelo criado restringe-se à mudança curricular e não aborda melhorias e adequações estruturais ou abertura de vagas e contratação de novos professores para suprir os conteúdos criados com os itinerários formativos, dentre outros aspectos problemáticos, como a flexibilização de parte da carga horária poder ser cumprida à distância.

Professor da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (Feusp), ex-coordenador e um dos dirigentes da Campanha Nacional pelo Direito à Educação, Daniel Cara partilha do mesmo entendimento: “A reforma deveria ser

global, não apenas curricular”. Segundo ele, a escola deve garantir uma infraestrutura que vá ao encontro dos anseios dos jovens: “O que eles querem é uma escola com quadra coberta, internet banda larga, laboratórios e biblioteca. No mínimo”, adverte.

Fernando reforça que a Lei Nº 13.415/2017 não considerou as inequidades estruturais que já permeiam a educação secundarista. “A desigualdade no país já está sendo aumentada. Pelo simples fato de que na educação privada ninguém vai abrir mão de uma formação geral básica sólida. Os estudantes não vão deixar de ter aula de Física, História, Literatura ou Artes, para terem itinerários formativos de baixa complexidade”, constata.

Ele exemplifica citando um dos casos mais emblemáticos entre os críticos do novo formato: “Você nunca vai ver uma aula de Física substituída por uma aula de Brigadeiro Gourmet. Isso nunca vai acontecer na escola privada”, diz, referindo-se a um dos itinerários formativos identificados na rede estadual de São Paulo.

O professor, contudo, destaca que a indução de desigualdades vai além da dicotomia entre público e privado. “Na verdade, o que nossos estudos vêm demonstrando é que as desigualdades são aprofundadas também dentro das redes públicas”, afirma. Segundo dados do último censo escolar (2022), realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), 88% dos



A presidente da Ubes, Jade Beatriz, lidera ato no Rio de Janeiro pela revogação do Novo Ensino Médio, em março de 2023

estudantes do ensino médio estão nas escolas públicas. E, para Fernando, é lá onde essas desigualdades são ainda mais demarcadas: “Ou seja, escolas onde estudam estudantes mais vulneráveis, de renda mais baixa, com famílias com escolaridade mais baixa, vão ter menos acesso às supostas benesses dessa reforma”.

Quem também endossa posição contrária à nova proposta é a presidente da União Brasileira dos Estudantes Secundaristas (Ubes), Jade Beatriz. Para a jovem cearense, de 21 anos, já formada técnica em logística e que hoje cursa o ensino técnico em Edificações no Instituto Federal de São Paulo, a revogação da reforma supera os muros da educação. “A gente está falando sobre desenvolvimento nacional”, frisa. “Quando falamos sobre o combate a esse novo modelo, a gente também fala em combater o racismo estrutural e o desemprego. Falamos sobre o combate à desigualdade social e à fome, sobre acesso à universidade”, justifica.

UNIVERSIDADE MAIS LONGE

Jade reflete sobre o cenário econômico do país, ainda em recuperação de uma pandemia que agravou a situação dos brasileiros, especialmente dos mais vulneráveis. Ela resalta que a necessidade de ingresso precoce no mercado de trabalho para contribuir com o sustento do lar — e muitas vezes até mesmo provê-lo integralmente — acaba afastando

jovens das escolas justamente durante o ensino médio. “Hoje os estudantes precisam escolher entre estudar ou trabalhar. Estudar ou sobreviver”, avalia.

Essa situação agrava a evasão escolar, constata. Para ela, a forma como o NEM está estruturado eleva ainda mais a barreira de acesso à universidade para os estudantes mais pobres. Primeiro, porque com a diminuição da formação básica geral obrigatória esses alunos tendem a ser mais prejudicados em relação à preparação para o Enem. E segundo, ela diz, porque os itinerários formativos que incluem propostas de formações técnicas de baixa complexidade tendem a seduzir esses jovens que em tese perseguirão uma possibilidade de renda imediata e adiarão a carreira universitária.

“Quando a gente fala que o estudante de escola pública vai ter aula de aprender a fazer brigadeiro e o de escola privada está se preparando para o Enem, esse aluno de escola pública vai ficar fora da universidade. É isso que está acontecendo hoje, porque reduzem as matérias”, resume. A líder estudantil afirma que os próprios alunos apontam os obstáculos gerados pela reforma: “Eles alegam ser impossível passar no Enem com uma aula de Química por semana, porque é uma matéria difícil. E até os professores relatam isso, porque na carga horária de um ano, com uma aula de História por semana, eles não conseguem dar o conteúdo todo que tem no ensino médio”.

Jade argumenta que essa distinção traça o destino dos jovens e do país em uma direção contrária à ideal: “Afasta o estudante de escola pública da universidade e aproxima do mercado de trabalho. Do subemprego, no caso, porque o novo ensino médio com esses itinerários nada mais faz do que ensinar os estudantes a vender bala no sinal e não é isso que a gente quer para nossa geração. Não é isso que o Brasil precisa”, sentencia.

ITINERÁRIOS IMPOSTOS

Sob o argumento de ampliação do interesse dos estudantes a partir de supostas escolhas, defensores do NEM vendem uma ideia de farta oferta de complemento curricular, quando na verdade a maioria dos estudantes secundaristas estão nas escolas públicas, sendo 84,2% desses nas redes estaduais, onde os recursos são ainda mais escassos. São mais de 6,6 milhões de estudantes que só têm acesso a uma parte bem restrita do robusto cardápio ofertado, à parte dos outros 971,5 mil alunos que podem ter uma educação particular mais completa. “Obviamente não vai haver uma oferta de liberdade de escolha, de formação técnica, de expansão de carga horária, de escola de tempo integral igualitária”, provoca Fernando.

A proposta até parece boa, mas quando posta em prática, isso não se confirma, avaliam os docentes ouvidos por *Radis*. “O itinerário formativo do ponto de vista abstrato, teórico, é uma ideia boa. Quem não quer ter liberdade de escolha? Agora como é que você vai criar uma estrutura de itinerário formativo sem oferecer uma formação geral básica regular para todo mundo? Não existe”, contesta Fernando.

O professor e pesquisador alega não defender uma homogeneização curricular, mas, sim, em relação às condições de estudo, incluindo as disciplinas básicas com carga horária





Estudantes secundaristas protestam na Candelária, no Centro do Rio de Janeiro

adequada. “Se a gente mantiver uma formação geral básica com teto de 1.800 horas, vai matar a formação escolar da maior parte da juventude brasileira”, alerta.

Jade ecoa as reflexões de Fernando e problematiza as inconsistências do novo modelo, baseado nos itinerários, que muitas vezes são impostos por falta de opção: “São ofertas de conteúdos sem sentido, como aprender a fazer sabonete e boneca de palha, a pintar unha. Tem um itinerário que se chama ‘O que o seu dinheiro pode fazer por você’”, lista. Para ela, esses novos conteúdos disseminados como oficinas em salas de aula inviabilizam a ideia de a escola pública ser um ambiente de combate às desigualdades sociais. Ao contrário, pode contribuir para acentuá-las.

Daniel Cara comenta ainda como a reforma atinge uma das principais políticas públicas de acesso à educação por parte da população periférica, com as ações afirmativas. “O NEM constrange a política de cotas via imposição dos itinerários. Os governos que quiserem respeitar seus estudantes devem ampliar a formação geral básica para, no mínimo, 2.400 horas. Porque o Enem só pode ser cobrado por ela”, pontua.

PORTAS ABERTAS À PRECARIZAÇÃO

A formação técnica, um dos possíveis itinerários formativos, também é alvo de críticas por sua desqualificação. Algo bem distante da formação técnica concomitante ao ensino médio já existente antes da reforma: “O que eles propõem é a criação de uma nova forma de ensino profissionalizante de complexidade mais baixa, de carga horária reduzida, que possa ser feito dentro da própria escola pública do jeito que ela é”, analisa Fernando.

Já Daniel frisa que, ao retirar conteúdos de formação geral — cobrados no Enem — para fornecer uma suposta formação técnica, acaba a educação integrada. “Mas, por sorte, os Institutos Federais resistem”, pondera, ressaltando a reconhecida qualidade das instituições de ensino federais dedicadas à formação do ensino médio com cursos técnicos.

Fernando aponta que em nenhum estado do país a reforma do ensino médio é acompanhada por uma ampliação na rede física de escolas técnicas — “sejam estaduais, sejam dos Institutos Federais”. “Não estamos falando de um modelo de ensino médio integrado, que tem uma carga horária maior do que o ensino médio regular. Estamos falando de



KARLA BOUGHIOF

cursos técnicos de curta duração, de carga horária reduzida, que não habilitam para o exercício de uma profissão técnica que exija habilitação, oferecido em condições precárias e em substituição à formação geral básica”, avalia.

Segundo ele, a diminuição de créditos das disciplinas gerais e a desqualificação do ensino técnico definem claramente o modelo de gestão e de sociedade adotado pelos criadores e apoiadores do atual modelo. “É uma modalidade de educação barateada, voltada para uma população que o Estado decidiu abandonar”, aponta. Para o educador, esse modelo define “que essas pessoas vão ter uma educação reduzida, que não têm direito a uma educação generalista e técnica ao mesmo tempo, mais integrada”. “Essa é a filosofia da reforma”, resume.

As diferenças estruturais das escolas também foram destacadas pela presidente da Ubes. Jade lembra que uma reestruturação educacional deve garantir minimamente que as escolas estejam preparadas. E lista uma série de problemas ignorados pela reforma: “Hoje, a situação que a gente vê é de sala de aula que alaga quando chove, comida que passa da validade, sala interditada porque o teto caiu, quadra interditada, escolas sem laboratório, banheiro sem porta, escola

sem banheiro, escola localizada em um bairro que não tem saneamento básico, entre outros”.

Ela pontua que a reforma não propõe soluções para esses problemas estruturais. “E aí, o que fazem? Colocam um itinerário a ser realizado dentro de um laboratório e a escola não tem nem porta no banheiro, que dirá um laboratório”, questiona.

A carência estrutural das escolas também é citada por Fernando Cássio ao apontar as limitações que incidem sobre o modelo do NEM: “Não é possível fazer um curso técnico que precise de um laboratório, como Química, Análises Clínicas ou Mecatrônica. Então, basicamente, o que se vê no Brasil são ofertas de cursos baratos, que não exigem laboratório e que podem ser feitos em qualquer condição nas escolas estaduais, como cursos de Administração e Marketing”.

IMPACTOS SOBRE OS PROFESSORES

Sobre a proposta de período integral, também presente no NEM, na visão do presidente da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Educação (CNTE), Heleno Araújo, as três esferas de governo devem respeitar e aplicar a legislação

educacional em vigor. Isso significa, de acordo com o artigo 34 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que a escola de tempo e formação integral deve começar no ensino fundamental. A integralidade do ensino médio sem ampliação do quadro de professores, sem previsão de novas escolas e em conflito com o turno da noite é outro ponto divergente da reforma.

“O primeiro grande prejuízo foi a Lei 13.415/2017 colocar na LDB a contratação de pessoas com notório saber, ou seja, sem a Licenciatura”, critica Heleno. Além da desprofissionalização do ensino, o presidente do CNTE aponta outras inconsistências na reforma: “Para os que já estão na escola, fomos prejudicados com a redução da quantidade de aulas por disciplinas, nos obrigando a completar a nossa carga horária com unidades curriculares que não dominamos, sem formação continuada e uma imensa dispersão do processo de ensino aprendizagem, causando muitos prejuízos na formação cidadã dos estudantes”.

Professora de História há mais de uma década, Helen Frade leciona para o ensino médio pela rede estadual do Rio de Janeiro desde 2010 e fala sobre as angústias geradas pelo NEM. Além da redução das aulas de sua própria disciplina, a educadora demonstra apreensão ao citar a diminuição de carga horária de outras matérias, como Filosofia e Sociologia, nas escolas onde trabalha, nos bairros do Pechincha e Rio das Pedras, na Zona Oeste do Rio de Janeiro. “A perda de espaço das disciplinas de Ciências Humanas é real e isso me preocupa, na medida em que o estímulo à crítica e à reflexão se dá a partir delas, principalmente”, discorre.

Com a reforma, Helen também expressa incômodo com a necessidade de preencher um currículo para o qual não tem a formação. E reconhece que apesar de seus esforços não consegue ofertar o melhor conteúdo aos alunos. “Estou dando aula de Sustentabilidade. E me sinto despreparada para atuar nessa área. O resultado são aulas muito superficiais e conteúdo genérico”, desabafa.

Ela, que também atua na rede privada, percebe as diferenças entre as modalidades, mas afirma que escolas particulares também têm reduzido a grade de formação geral. “As matérias dos itinerários são jogadas para professores que perderam tempo de aula e, quase sempre, não estão aptos para atuar neles. Na rede particular, os conteúdos dos itinerários já vêm fechados, elaborados pelos sistemas de ensino adotados por cada escola”, relata.

A professora afirma ser favorável à revogação completa da Lei Nº 13.415/2017, apesar de concordar com a necessidade de uma reformulação: “Uma reforma se faz necessária, mas com debate de médio prazo e com participação daqueles que são impactados — estudantes e professores”, opina. “Considero que as escolas privadas da elite vão continuar a ensinar os conteúdos cobrados majoritariamente no Enem. Enxergo essa mudança como uma maneira de precarizar ainda mais a formação dos filhos dos trabalhadores. O abismo se aprofunda”.

REVOGAR É PRECISO!

A fala de Helen converge com duas unanimidades existentes entre os entrevistados sobre a proposta do



NEM: uma é de que o ensino médio de fato precisa de uma reforma, mas a outra é que o modelo imposto pela Lei Nº 13.415/2017 não contempla essa necessidade, e precisa ser revogado.

“A gente fala sobre isso há muito tempo, que é necessário não só o ensino médio, mas a educação brasileira como um todo passar por uma transformação”, defende Jade, que relembra diversas manifestações relativas a uma reestruturação que atenda às demandas estudantis, citando as ocupações de escolas lideradas pela Ubes, entre 2016 e 2017. “A Ubes se colocou desde o primeiro momento, desde 2016, como oposição ao NEM”, ressalta.

A líder estudantil revela que após anos de governos fechados ao diálogo com os estudantes, agora é possível ao menos acessar o MEC. Jade afirma ainda que a consulta pública e o adiamento da implantação do cronograma do Enem, que foram conduzidos pelo governo a partir de março, resultam da pressão do movimento secundarista. “Diálogo a gente tem, mas apesar de hoje termos um governo progressista, o congresso eleito é completamente conservador. Então, o receio do governo é revogar e ser aprovado um projeto ainda pior, mas não podemos nos dar ao luxo de ter medo”, complementa.

Questionados pela reportagem, Daniel Cara e Heleno Araújo também afirmam que para eles o único consenso possível é a revogação do NEM. “A construção do



consenso tem que ser no sentido que todos os envolvidos no debate entendam que é necessário fazer mudanças, pois do jeito que a Lei 13.415/2017 está, não resolve os problemas que afetam o ensino médio brasileiro”, aponta Heleno.

Segundo o presidente do CNTE, o resultado da consulta pública precisa ser respeitado pelo Consed e respaldado pelo MEC. Para ele, as principais alterações deverão incidir principalmente sobre a carga horária da formação geral e a integração com os Institutos Federais: “Para garantir um ensino médio integrado com a educação profissional e que estimule o fortalecimento das políticas de valorização dos profissionais da educação”.

Fernando Cássio entende que o atual governo demonstrou não estar inteirado quanto às ameaças que o NEM representa aos estudantes e à sociedade. Para ele, o MEC foi obrigado a reconhecer a inviabilidade da reforma ao abrir a consulta pública. Fernando entende que algo precisa ser feito e reforça o coro pela revogação: “Essa reforma precisa ser revogada. A revogação não é ponto de chegada, é o de partida. Essas interpretações de que ‘se revogar vai voltar ao passado’ não existe, é pura falácia, discurso de quem não conhece a história das políticas de ensino médio no Brasil”. E conclui sua fala à *Radis* apontando a direção para a solução do impasse: “Trata-se de uma discussão, um debate muito mais complexo que tem que começar lá nas escolas”, encerra. **R**

QUATRO CONSEQUÊNCIAS MAIS GRAVES E EVIDENTES DA REFORMA DO ENSINO MÉDIO POR DANIEL CARA

- Força os jovens a trilharem precocemente um destino formativo sem estarem preparados
- Obriga estudantes a percorrerem um itinerário formativo sem que exerçam, de fato, o direito de escolha
- Aumenta as desigualdades educacionais entre alunos de escolas privadas e públicas e entre alunos de escolas públicas mais abastadas e estudantes de escolas públicas menos abastadas
- Ocasiona desprofissionalização docente

Veja outras alternativas à revogação do Novo Ensino Médio, como o PL 2601/2023, no nosso site



HOMENS NEGROS INVISÍVEIS NA VACINAÇÃO

AS DESIGUALDADES NO PROCESSO DE IMUNIZAÇÃO
PARA O HOMEM NEGRO NA PANDEMIA DE COVID-19

Este texto foi produzido em uma oficina com comunicadores populares selecionados pelo edital “Como se proteger do coronavírus — Programa de Reportagem”, uma parceria entre o Observatório de Favelas e a Fiocruz. Saiba mais em bit.ly/3JzzQRI

RUDSON AMORIM*

A pandemia de covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, ocasionou mais de 6 milhões de mortes ao redor do mundo e mais 700 mil mortes no Brasil até o atual momento. Além das mortes, provocou danos irreparáveis à economia global, dificultou o acesso à saúde e serviu para escancarar as desigualdades presentes na sociedade.

Desde o início da pandemia, os movimentos sociais, organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPI) e coletivos populares apontam que, para as classes menos favorecidas e para as minorias sociais, o impacto da covid-19 seria ainda maior. Essas instituições

reafirmaram a necessidade da transparência na divulgação da informação, incluindo os recortes de raça e gênero nos dados divulgados sobre a pandemia. Essa mobilização teve como principal objetivo prevenir as mortes do público mais afetado pela doença: a população negra e periférica.

Dados levantados e divulgados pelo Instituto Pólis apontam que, em 2021, a população negra morreu cerca de 1,5 vezes mais do que a população branca. Para ser mais específico, a projeção é de que 55% das pessoas negras internadas em estado grave por covid-19 nos hospitais vieram a óbito, enquanto apenas 34% das pessoas brancas foram impactadas pela doença nessas mesmas condições.

Entretanto, até hoje o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais não divulgaram os dados relacionados a raça e gênero na contagem de óbitos, o que dificulta a criação de políticas para tentar diminuir a taxa de letalidade da doença para esse grupo. Vale lembrar que, desde 2017, já existe a portaria nº 344, que obriga o Ministério da Saúde a incluir dados relacionados a raça/cor em todos os documentos produzidos pelo órgão.

A ausência dessas informações faz com que a população negra ainda continue vulnerável à doença, sobretudo no Rio de Janeiro, onde a maior parte da população negra está situada nas regiões com o menor Índice de

Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade, como nas favelas e periferias. Nessas regiões, os serviços de saúde e as condições de moradia são precários de maneira geral, o que faz com que esse público esteja mais exposto à pandemia.

Dados levantados pelo Observatório de Favelas, presentes na 12ª edição do Mapa Social do Corona, apontam que os bairros com a maior concentração de pessoas negras são os lugares com o menor índice de vacinação contra a covid-19.

HOMENS NEGROS: MAIS VULNERÁVEIS

O bairro de Santa Cruz, na Zona Oeste do Rio de Janeiro, foi considerado um dos epicentros da doença em 2020. É um dos territórios com maior concentração de pessoas negras da cidade, algo que varia entre 64% e 83%, e a taxa de vacinação na primeira dose não passou dos 78%. Já nos bairros da Zona Sul da cidade, onde a população negra representa 38%, a taxa de vacinação da primeira dose chegou a 97%.

Isso demonstra que, no Brasil, sobretudo no estado do Rio de Janeiro, a pandemia de covid-19 não é apenas um problema de saúde, que tem como população de risco idosos e pessoas com comorbidades, mas sim um problema de grandeza sociorracial, que impacta diretamente às populações negras, indígenas e das periferias e favelas.

Quando aplicamos o recorte de gênero e raça nos dados da vacinação, percebemos que o homem negro foi o mais afetado diretamente pela pandemia. Dados apresentados pelo Observatório de Favelas mostram que, no Rio de Janeiro, o perfil mais afetado nos óbitos foram os homens negros situados nas regiões periféricas da cidade.

Ao observarmos a campanha de imunização, ainda podemos perceber que esse público continua sendo o mais vulnerável, já que de maneira geral os homens são os que menos se imunizam no Brasil. Isso é explicado por diversos fatores que vão desde o machismo estrutural até a adesão maior desse público a temas relacionados a notícias falsas e ao negacionismo científico nos últimos anos.

ACESSO LIMITADO

Conversei com alguns profissionais de saúde que atuam na atenção primária, ou seja, mais próximos à comunidade de maneira geral. Para esses profissionais, que inclusive são homens pretos, a figura do homem negro é o perfil que menos acessa os serviços básicos de saúde, logo se previnem e se vacinam menos.

Para Moredson Cordeiro, agente administrativo na Coordenadoria de Atenção Primária 5.3, localizada na Policlínica Lincoln de Freitas Filho, em Santa Cruz, a dificuldade de acesso dos homens a serviços de saúde de maneira geral pode ser explicada por várias razões. “O acesso de saúde para eles é mais limitado. Existe uma pauta cultural de que o homem não adocece, o homem é sempre forte”, avalia.

Ele acrescenta ainda a razão do emprego. “O patrão não libera o funcionário para fazer consulta, que acaba tendo medo de perder o emprego. Às vezes não tem médico, a equipe não está completa. Isso vai criando resistência ao acesso e param de procurar os serviços de saúde”, comenta.

Além desses fatores, Moredson também identifica dois problemas ainda maiores para o processo de imunização entre o público masculino nas regiões periféricas: o negacionismo e a propagação de fake news. “O maior incentivo de vacinação dos homens daqui do bairro foram as empresas que obrigaram os funcionários a tomar as vacinas. Se não fosse isso, muitos não tomariam nem a primeira dose. Acho que inclusive o maior impacto foram as fake news”, conta.

Outro limitador para que a campanha de vacinação se torne efetiva para esses grupos é a ausência de políticas de saúde voltadas especificamente para esse público. Desde 2008, existe o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que garante que o homem possa fazer pelo menos uma consulta anual de prevenção à saúde com dispensa do trabalho.

Entretanto, as unidades de atenção primária não incluem esse programa como uma meta, como explica Ismael Costa, enfermeiro e professor de Saúde Coletiva na Universidade Estácio de Sá. “O nosso sistema de saúde tem uma tradição de priorizar o atendimento de mulheres e crianças. Depois, quando vem a questão dos programas de hipertensão e diabetes, começou a se priorizar a população idosa. Essas foram durante décadas as populações prioritárias dos serviços de saúde”, explica.

Ele ressalta que, ao chegar numa unidade básica de saúde, percebe-se um percentual muito pequeno de homens na faixa etária adulta. “Na atenção básica, o gerente das unidades trabalha com metas e indicadores. Só que essas metas e indicadores nunca são voltadas para a questão do homem. Estão sempre focadas nas doenças crônicas, doenças infecciosas, no pré-natal. Então o gerente naturalmente vai direcionar suas metas nesse sentido. Acaba que a gente só lembra da saúde do homem no Novembro Azul, que muitas vezes pensa só no câncer de próstata”, complementa.

A ausência de metas e indicadores sobre a saúde do homem faz com que essa pessoa seja um completo invisível para a atenção primária.

DIFICULDADES MAIORES

Quando aplicamos o indicador de raça, a preocupação fica ainda maior. Homens negros possuem ainda mais dificuldade de acesso a serviços de saúde. Mesmo sendo os principais afetados por várias doenças como diabetes, hipertensão, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e a própria covid-19, o foco das campanhas de prevenção não é esse público.

Para Ismael, mesmo existindo políticas que pensem a saúde da população negra e do homem negro, ainda

estamos muito atrasados na implementação de práticas efetivas para a inclusão desse grupo na saúde. “Desde 2011 existe a Política Nacional da Saúde da População Negra. Essa política traz também o recorte das desigualdades sociais e informações diferenciadas para dados como cor e etnia, para que a gente possa entender as desigualdades. Essa política quer dar visibilidade a isso, justamente para mostrar que é preciso também ter esses números para saber que as nossas ações estão de fato conseguindo combater essa desigualdade”, aponta.

Ismael destaca que ainda é preciso criar mecanismos de indução e metas para orientar as políticas. “Mas até o momento atual, não avançamos nisso. Pelo contrário, o debate sobre o racismo na saúde ainda não é enxergado de maneira séria. Logo, as políticas públicas não são aplicadas”, critica.

Já para Kelson Moraes, agente comunitário de Saúde (ACS) na Clínica da Família Faim Pedro, em Realengo, a realidade de políticas públicas que incluam a saúde do homem negro é um pouco mais dura. “Acaba que há um número considerável de homens negros com várias doenças como hipertensão, diabetes, doenças do coração etc. Porém, fala-se muito pouco sobre a saúde do homem negro, ainda mais quando se pensa em saúde mental”, pontua.

MOBILIZAÇÃO E COMPROMISSO PÚBLICO

Nesse sentido, é mais do que urgente mobilizar os órgãos públicos para a garantia de direitos e programas já existentes para essa população. Se antes da pandemia era difícil mobilizar esse público, com a desinformação o desafio se tornou ainda maior, sobretudo nas regiões mais periféricas da cidade, onde as fake news encontram um terreno fértil para se propagar.

É o que mostra o relato do enfermeiro Ismael Costa. “Eu trabalho na AP 5.3, que abrange os bairros de Paciência, Santa Cruz e Sepetiba. Santa Cruz é uma das áreas que mais têm cobertura da atenção básica da cidade, com acesso a 26 unidades básicas de saúde, e historicamente nós tínhamos boas coberturas vacinais. Por isso me surpreendeu perceber que em Santa Cruz estamos tendo tão pouca adesão às vacinas”, lamenta.

O profissional atribui essa queda na cobertura ao que define como “processo de desinformação desses últimos anos”. “Eu não sei como isso conseguiu desconstruir uma cultura de vacinação tão forte, em tão pouco tempo e com tanta facilidade. É um desafio que eu não tenho resposta. Teremos muito trabalho pela frente”, afirma.

Entretanto, mesmo com tantas desigualdades e dificuldades no processo de imunização, podemos encontrar soluções para o avanço da vacinação nesses públicos, como apontam nossos entrevistados.

Para Kelson, uma estratégia eficiente para a mobilização seria por meio de campanhas midiáticas que trouxessem a figura do homem negro no centro. “Eu enxergo que através da mobilização, principalmente da identificação,

“Todos os setores precisam se juntar na luta contra o negacionismo.”

Moredson Cordeiro

nós podemos alcançar mais esse público. Acho que campanhas com mais representatividade fazem com que as pessoas se identifiquem e busquem se informar de forma mais próxima”, avalia.

Já para Moredson, é necessário que haja uma mobilização coletiva entre os mais diversos setores da sociedade. “Acredito que uma boa estratégia de mobilização para a vacinação seria como aconteceu no primeiro momento, se aliando com associações de moradores, igrejas, centro espíritas, para junto com as unidades de saúde conscientizar as pessoas. É nesses espaços que de fato está circulando a população. Todos os setores precisam se juntar na luta contra o negacionismo”, defende.

É necessário que o Ministério de Saúde e as secretarias estaduais e municipais assumam um compromisso público na garantia de direitos que já foram conquistados. Além disso, pensem soluções para combater as desigualdades presentes no acesso à saúde para os grupos mais vulneráveis socialmente.

Enquanto os dados de raça e gênero não forem divulgados e não forem planejadas ações efetivas para a imunização desses grupos, a população negra continua sendo a mais vulnerável não só para a covid-19, mas para todas as violências e negligências que o Estado já direciona para nós, homens negros periféricos. 

* Rudson Amorim é estudante de Comunicação Social — Rádio e TV pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). É fotógrafo, comunicador popular, agente cultural e realizador audiovisual.



Passa o carinho adiante.



FOTOS: LUIZA ZAUZA

SINTA-SE EM CASA

Casa de Parto David Capistrano Filho reúne experiências que valorizam o parto natural e métodos integrativos

LUÍZA ZAUZA*

“Em poucos metros, entre na Avenida Santa Cruz”, anunciava o GPS. Nossa viagem começou ao meio-dia e quarenta na Avenida Brasil, altura do bairro da Maré, no Rio de Janeiro. Íamos em direção a Realengo, na Zona Oeste da cidade. De acordo com as estimativas, o percurso duraria 40 minutos. Era uma segunda-feira, 5 de junho. “Vire à direita na Avenida Pedro da Cunha”. Já na rua indicada, uma placa singela informava que estávamos chegando no nosso destino, mas sinalizações de trânsito e instruções por satélite não eram necessárias. “Quando você me disse Casa de Parto, eu já sabia onde era”, comentou o taxista que, por coincidência, foi nascido e criado na região.

A fama da Casa de Parto David Capistrano Filho se estende para além dos moradores e antigos residentes de Realengo. Ela chega nos bairros de Copacabana, Tijuca, Bangu e até na Alemanha. “As mulheres que nos procuram já vêm atrás

de um modelo”, afirma Inaiá Mattos, atual diretora da casa.

Esse modelo, segundo ela, é uma proposta assistencial que favorece as demandas e as necessidades da mulher, colocando sua fisiologia e o andamento natural da gravidez em primeiro lugar. Com essas prioridades em mente, o trabalho da casa vai na contramão da cultura intervencionista e medicamentosa ainda predominante no atendimento à gestação, parto e puerpério.

À frente de um projeto tão ambicioso, a David Capistrano Filho é uma “casinha” — apelido dado pelos frequentadores — modesta de apenas 374,5 m². Foi inaugurada no dia 8 de março de 2004, simultaneamente à atuação engajada da enfermagem obstétrica que, Inaiá faz questão de pontuar, começou na década de 80 e buscou implantar práticas humanizadas na assistência ao parto, reduzir a mortalidade materna e neonatal e valorizar o trabalho dos enfermeiros

obstétricos. “Fomos estruturando um serviço e uma identidade própria, pois já sabíamos o que queríamos: não queríamos fazer episiotomia [incisão no períneo] de rotina, nem realizar intervenções desnecessárias”, descreve.

E assim foi reunida a equipe da “casinha” David Capistrano Filho, composta majoritariamente por enfermeiros obstétricos. Logo na entrada, presa à parede cor de rosa, está uma placa que traz a lembrança da primeira diretora à frente da unidade, Leila Gomes Ferreira de Azevedo. Ao lado, inúmeros certificados, homenagens e reconhecimentos do trabalho realizado ali. “O Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) parabeniza a Casa de Parto David Capistrano Filho pelo excelente trabalho realizado com a mulher, a criança e a família no contexto da gestação, parto e puerpério e pelos resultados conquistados”, diz um deles.

Integrada ao SUS, a Casa de Parto Normal David C. Filho é filha única no estado Rio de Janeiro. Já são 3.872 partos realizados e 19 anos de serviços oferecidos às gestantes de baixo risco ou, como eram chamadas, de risco habitual.

Para manter essas mulheres na condição de baixo risco, além dos procedimentos padrão de consultas periódicas e exames de rotina, são incorporadas ao pré-natal as oficinas educativas e as práticas integrativas. Um exemplo é a pintura da barriga, um método utilizado na casa que funciona “como uma ultrassonografia natural, dependendo da idade gestacional”, conta Inaiá, e se chama Manobra de Leopold. Segundo a diretora, a pintura serve para trabalhar o vínculo da grávida e da família com o bebê.

Com relação às oficinas, cada uma conta com um tema, como modificações corporais, tecnologias do parto, sexualidade, gênero e cuidados com o recém-nascido. Nelas, assim como nas reuniões de acolhimento e nas atividades em grupo, é possível tirar dúvidas e reunir as informações necessárias sobre gravidez, maternidade e paternidade — na casa, também é ofertado o pré-natal do parceiro, uma iniciativa de educação e envolvimento dos homens no processo de gestação, parto e cuidado com o bebê (*Radis* 181).

Um diferencial das casas de parto normal é oferecer escuta individualizada e atenta à mulher e ao acompanhante de sua escolha, reitera Inaiá. “As consultas demoram em média entre 50 minutos e uma hora”, comenta a diretora. E acontecem, segundo ela, com o enfermeiro e a gestante sentados frente a frente, sem uma mesa entre eles. “Sem o distanciamento e o profissional como sabedor. Nós temos um conhecimento diferenciado, por isso estamos aqui. Somos treinados e capacitados, mas não somos melhores enquanto seres humanos. Somos pessoas cuidando de pessoas”.

CONDUTA DIFERENCIADA

Cuidar e acolher. Tanto Inaiá, quanto Rodrigo Lyra, enfermeiro obstétrico da casa, concordam que esse é o papel fundamental dos profissionais da área. E vão além: é cuidar com segurança. “Aqui, um atende, o outro revisa. Discutimos quando há dúvidas, passamos por outros colegas. Nunca é o mesmo pré-natal, para termos olhares diferentes e minimizar e mitigar falhas no processo”, comenta Rodrigo.

“Nós seguimos o modelo assistencial do Ministério da



Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Logo, somos humanizados, fazemos partos na banheira, mas temos as maletas de parada [cardíaca], a cama PPP [Pré-parto, parto e pós-parto], uma ambulância 24 horas, as incubadoras de transporte, oxigênio. A gente se mantém seguro”, sustenta Inaiá.

Ainda sobre as precauções, a diretora é firme e deixa claro que, no caso de qualquer intercorrência durante o trabalho de parto, as mulheres são encaminhadas de ambulância, na companhia de um dos enfermeiros da casa, para o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, em Bangu. Além disso, a casa fica aberta 24 horas e, em uma das suas salas, possui todo o equipamento de segurança, recomendado pelas autoridades de saúde.

Nesse mesmo espaço, está a unidade de calor intensivo, uma espécie de berço no qual o recém-nascido é examinado e mantido aquecido após a hora de ouro, o momento após o nascimento em que o bebê passa sua primeira hora de vida com a mãe e o acompanhante. A hora dourada é uma das boas práticas de atenção e cuidado, previstas pelo Ministério da Saúde, que está configurada no atendimento da casa. E, em geral, ela acontece em uma das três suítes PPP.

É nesses quartos, nomeados em homenagem a parteiras importantes no campo da obstetria, que normalmente ocorrem os partos. Nelas, a mulher tem à sua disposição uma cama, uma poltrona e um banheiro com banheira. “Se elas quiserem ficar sentadas, em pé, deitadas, de cabeça pra baixo, elas vão ter o bebê da forma que se sentirem confortáveis”, afirma Inaiá.



Se quiserem ouvir música, tomar banho, usar a bola suíça ou o cavalinho, utilizar óleos essenciais e aromas, ou ser massageadas, também podem. Todos esses métodos não farmacológicos são incentivados e estão disponíveis na unidade para garantir conforto à parturiente e estimular a descida do feto no processo do parto.

NASCER É NATURAL

Além de representar atendimento qualificado e menos transtornos e intercorrências, nascer numa casa de parto gera outro benefício: sai mais barato. “Não se utiliza medicação de rotina. Quando se faz a episiotomia, gasta-se material e a mulher pode ter uma infecção ou um desconforto. Quando se administra uma ocitocina fora de hora, o bebê pode sofrer. Isso não é fisiológico”, explica a diretora.

Longe de realizar esses procedimentos, a casa de parto também não contribui para o incremento de uma das estatísticas nacionais mais vergonhosas. “O Brasil é o segundo recordista em números de cesarianas. Isso é horrível”, lamenta Inaiá. “A cesariana é uma cirurgia de grande porte. Nada mudou. Você abre cavidade, manipula a medula, já que coloca medicação, e anestesia. Pode ocorrer uma série de problemas”.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os motivos para o alto número de cesáreas no Brasil se devem ao modelo de organização das redes hospitalares, à forma de remuneração baseada na realização de procedimentos, ao predomínio da cultura médica intervencionista e

às particularidades psicológicas e culturais das gestantes. É necessário esclarecer, diz Inaiá, que não se trata, entretanto, de uma “apologia contra a cesariana” em si, mas contra as que se sabe serem desnecessárias, que apressam o ciclo gestacional e o tempo natural do nascimento.

Mas, diante do cenário nacional, os indicadores e os números da Casa David Capistrano Filho surpreendem. São, em média, 350 atendimentos por mês, com apenas 10 transferências no mês de maio de 2023. Desde 2018, não há registro de casos de asfixia neonatal e o índice de infecção puerperal é zero. “Temos indicadores de primeiro mundo”, se orgulha Inaiá.

A qualidade do atendimento obstétrico é mensurável também pelo engajamento das mães e famílias que passam pela unidade. Na página do Instagram da Casa, são inúmeros os relatos e comentários de mulheres que saíram satisfeitas, se sentiram protegidas e resguardadas e, até mesmo por isso, voltam para serem acompanhadas e terem seus outros filhos no local.

RECONHECIMENTO E REFORMA

Um episódio narrado por Inaiá também demonstra a boa reputação cultivada pela “casinha”. Ela lembra o caso de um rapaz, um homem trans, que veio se consultar com os profissionais da David Capistrano Filho. “Ele veio de Copacabana porque tinha medo de ser discriminado e ridicularizado. Então, nós conversamos e o acolhemos”, relembra.

Outra experiência de acolhimento foi presenciada por Radis quando esteve na unidade. No caso, uma gestante chegou à casa preocupada porque não estava sentindo nenhuma movimentação do bebê na barriga. Visivelmente abalada, a mulher procurou a unidade de surpresa, por recomendação e, por isso, sem consulta marcada. Mesmo assim, foi rapidamente atendida por uma das enfermeiras disponíveis, que checkou os sinais vitais da criança e descobriu estar tudo bem.

“Costumo dizer que a casa é o sonho de consumo da maioria dos profissionais da enfermagem obstétrica”, comenta o enfermeiro Rodrigo. “Profissionais que zelam pela humanização da assistência — com indicadores obstétricos excepcionais, ou seja, excelência — querem vir para cá”.

Apesar de oferecer uma equipe preparada e alinhada a um protocolo humanizado, a casa ainda sofre com percalços estruturais e orçamentários. Inaiá menciona a reforma que está prevista e que pretende melhorar e ampliar a capacidade de assistência do espaço. “A obra está estruturada para acontecer em nove fases. Inclusive, já tem a planta para a reforma. O que funciona e vai ser reformado na primeira fase, na segunda e assim por diante”, explica.

Sem fechar a unidade enquanto as renovações acontecem, será possível dar prosseguimento ao trabalho que garante autonomia e fornece suporte e novas perspectivas às gestantes e seu círculo de apoio. “É como diz Michel Odent [referência no tema parto natural]: há de se mudar a forma de nascer”, menciona Inaiá, e parece que a casa de parto vem pavimentando o caminho dessas mudanças. 

■ ESTÁGIO SUPERVISIONADO

A INCLUSÃO COMEÇA PELA SAÚDE

Ambulatório de Síndrome de Down da Uerj apoia o desenvolvimento das crianças a partir do diálogo entre familiares e profissionais

LICIA OLIVEIRA

Ao receberem a notícia de que o filho é uma pessoa com Síndrome de Down (SD), seja a partir do pré-natal ou depois do nascimento, muitas famílias passam pela falta de acolhimento e não sabem o que fazer, principalmente no início. Uma boa orientação feita pelos profissionais de saúde é o primeiro passo para o desenvolvimento destas crianças. É o caso de Bruna Letícia, que é acompanhada desde os quatro meses de vida pelo Ambulatório de Síndrome de Down (Ambdown), do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Hupe), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj).

O Ambdown é um dos poucos serviços existentes especializado no atendimento às pessoas com trissomia do cromossomo 21 (T21) no formato multidisciplinar. Em uma manhã de quinta-feira, *Radis* acompanhou os atendimentos, que momentaneamente estavam sendo realizados no Ambulatório de Genética Médica por causa da reforma no Ambulatório de Pediatria. A previsão é que os atendimentos voltem para o setor de origem em agosto de 2023.

Bruna e sua mãe Gisele aguardavam na recepção. A menina havia passado por uma consulta no setor de Oftalmologia e elas foram ao ambulatório para mostrar o resultado de alguns exames. Pouco tempo depois, a médica pediatra e coordenadora do Ambdown, Anna Paula Baumblatt, vem nos receber. Lá dentro, outras crianças já estavam sendo atendidas.

Anna Paula começou a trabalhar no Hupe em 2010 como intensivista pediátrica, mesmo ano em que nasceu seu filho Fernando, pessoa com síndrome de Down. Desde o nascimento, a médica passou a estudar mais sobre o assunto e daí surgiu o desejo de formar um espaço no hospital onde pudesse realizar os atendimentos com uma equipe composta por vários profissionais. Com o apoio da geneticista Raquel Boy, conseguiu criar o Ambdown em 2015. Ao todo, mais de 150 famílias já passaram pelo projeto.

Atualmente são 20 crianças em acompanhamento mensal. Quando completam três anos, retornam à atenção primária, mas como diz Anna Paula, “a gente nunca deixa de acompanhar totalmente”. “Muitos continuam tendo a

referência no hospital porque precisam tratar comorbidades ou outras questões de saúde que podem adiar esse processo da alta”, explica.

Para Raquel, supervisora das atividades assistenciais e científicas do Ambdown e responsável pelo Ambulatório de Genética, o surgimento deste serviço foi algo parecido com o que ocorreu há quase 30 anos para a criação do ambulatório de sua área. “Naquela época, foi criado juntamente com um pedido da pediatria para o acompanhamento de doenças genéticas. É algo que cresceu muito, que precisa de mais profissionais e passa por outros setores, visto que muitas dessas doenças ou condições são hereditárias e atravessam gerações”, comenta, complementando que dificilmente os pacientes pediátricos recebem alta. “A maior parte tem acompanhamento a longo prazo”.

ACOLHIMENTO É O PRIMEIRO PASSO

Acompanhamos o atendimento de fisioterapia do bebê Emanuel, de nove meses, que estava com os pais Generson e Andreia Barros, em sua segunda vez no ambulatório. O menino já havia passado pela consulta com a nutricionista e, naquele momento, Edneusa Flor, fisioterapeuta do Ambdown, avaliava o seu impulso para pegar objetos.

Andreia conta que esperou seis meses desde o cadastro até o início do atendimento do filho. “Não tive um acompanhamento especializado quando recebi a notícia de que Emanuel é uma criança com Síndrome de Down e estava buscando um local para que ele pudesse ser atendido dentro de suas necessidades”, relata.

Anna Paula comenta que esta falta de orientação, infelizmente, é muito comum. Por isso, o acolhimento adequado é a primeira etapa quando uma criança passa a ser atendida pelo ambulatório. “Quando a criança chega aqui, a gente acolhe e dá várias orientações e encaminhamentos. E as famílias, geralmente as mães, correm atrás e têm o interesse de fazer o melhor para seus filhos”, aponta.



Equipe do Ambdown do Hospital
Universitário Pedro Ernesto (Hupe)

FOTOS: LÍCIA OLIVEIRA

O grande gargalo são as longas esperas para o atendimento no serviço público, mas o cenário também não é promissor na rede particular. “No serviço privado, há uma fragmentação muito grande. Com meu filho recém-nascido, havia visitas a vários profissionais. Somente depois encontrei uma clínica multidisciplinar, mas mesmo assim existia uma lacuna na comunicação entre os profissionais”, conta.

Além de Emanuel, Andreia é mãe de outras duas crianças: o irmão gêmeo do bebê atendido no Ambdown e um menino de dois anos. Ela comenta o quanto o desenvolvimento motor do bebê melhorou a partir de sua acolhida no ambulatório. “Uma das grandes dificuldades é ir a muitos lugares diferentes para ter os atendimentos que ele necessita”, relata. “Aqui têm pesquisadores de diversas áreas, que não só trabalham atendendo pessoas com Síndrome de Down, mas também estudam suas necessidades. Isso ajuda muito”.

Integrante da equipe desde o início do Ambdown e com mais de 25 anos de experiência em desenvolvimento motor, a fisioterapeuta Edneusa diz que o trabalho no ambulatório é para avaliar as crianças e estimular as atividades domiciliares que as famílias fazem com elas. “Nosso papel é avaliação e orientação. Se houver necessidade de encaminhamento para um tratamento mais específico, elas dão continuidade na Policlínica Piquet Carneiro [vinculada à Uerj]”, explica. As famílias precisam aguardar a fila de espera — as crianças serão atendidas de acordo com a disponibilidade de vagas.

Uma questão importante para o desenvolvimento motor é o tempo de início da fisioterapia. “Quanto mais precoce a gente iniciar o atendimento às crianças, com certeza os resultados serão melhores. Quando elas chegam mais tarde para nós, já passaram algumas fases e já podem surgir alguns vícios de postura. Neste caso, levaremos mais tempo com a

criança em atendimento do que deveria”, afirma Edneusa.

Anna diz que o grande desafio é poder atender a todos que se cadastram. “Para manter um atendimento de qualidade, vamos chamando de acordo com o que conseguimos dar conta e avaliamos também especificidades como a condição econômica e questões de saúde da criança”, diz. Os bebês com Síndrome de Down que nasceram na maternidade do Hupe também têm prioridade, assim como os que nasceram em maternidades públicas muitas vezes recebem a indicação para que os pais procurem o serviço. “Infelizmente não podemos abraçar mais do que conseguimos alcançar, porque precisamos manter um bom atendimento para aqueles que já são nossos pacientes”, complementa.

DIÁLOGO ENTRE OS PROFISSIONAIS

Uma das questões mais ressaltadas durante a visita de *Radis* ao Ambdown, tanto pela equipe quanto pelas famílias das crianças, é a possibilidade de ser atendido por profissionais de diferentes áreas, no mesmo ambiente e no mesmo dia. Essa conexão das especialidades evita deslocamentos e, ao mesmo tempo, cria um espaço de diálogo sobre as necessidades de cada paciente. Bruna Letícia, a criança que encontramos na recepção do ambulatório, e Gisele Victorino, sua mãe, são moradoras de São Gonçalo, na região metropolitana do Rio de Janeiro.

A mãe, que teve a primeira orientação sobre Síndrome de Down em um posto de saúde da cidade onde vive, reflete sobre a importância de ter um local em que várias especialidades estão concentradas. “O Ambdown para mim é o porto seguro. Poder ser atendida por uma equipe multidisciplinar foi realmente um diferencial”, resume.



Gisele Victorino e a filha Bruna Leticia, paciente do Ambdown desde os 4 meses de vida

Gisele, que além de Bruna, tem um filho de 19 anos, comenta que a caçula já passou por erros de diagnóstico em serviços de emergência. Após esses acontecimentos, sempre entra em contato com o ambulatório quando há algo fora da rotina. “Em um desses erros, me disseram que era pneumonia, e não foi. Hoje em dia, se algo acontece, comunico à doutora Anna e ela faz uma intervenção rápida”, conta.

O receio de Gisele também passa pela preocupação com um problema cardíaco de Bruna, que precisará de procedimento cirúrgico. “É algo pequeno, mas a gente precisa começar a se planejar”, comenta.

Durante a visita, é perceptível a troca entre as profissionais, que têm a chance de conversar sobre os pacientes enquanto eles estão presentes e assim esclarecer dúvidas e dar uma melhor orientação às famílias. Edneusa pergunta à nutricionista Alice Valente que tipo de biscoito pode ser oferecido ao pequeno Miguel, de 2 anos — o alimento seria utilizado em uma atividade de estímulo. Instantes depois, é a vez de Alice perguntar à fisioterapeuta se outra criança já estava liberada para começar a introdução alimentar, por causa de seu quadro de hipotonia.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A presença de uma equipe multidisciplinar focada em crianças com Síndrome de Down é algo inovador, na visão de Raquel. “Ainda não é possível que o SUS consiga oferecer a contento unidades que contemplem ambulatórios de síndrome de Down. E nem todos que existem, conseguem ter este formato multidisciplinar”, reflete. A experiência seguida pelo Ambdown aumenta a troca entre os profissionais e as famílias. “Também traz um atendimento mais humanizado desde o início, visto que muitas famílias não passaram por momentos de acolhimento e orientação”.

A geneticista destaca a importância de ter esse tipo de atendimento nas universidades. “Para os nossos alunos, é um cenário de prática muito rica, em que são preparados para conhecer mais de perto as necessidades de seus pacientes”, completa.

É o que pensa também Natany Santos, umas das estagiárias de Medicina do Ambdown. “O fato de ser um atendimento multidisciplinar é sensacional, porque me faz ver com mais clareza a influência das outras especialidades”, comenta. A estudante também ressalta a possibilidade de conviver com mais pessoas com Síndrome de Down e como isso será importante no desenvolvimento de seu trabalho como médica. “Esse contato não é só uma relação médico-doença, mas nos ensina a conversar com as pessoas, a acolher a família”.

Para Joyce Lemos, mãe de Miguel, de 2 anos, que também estava sendo atendido no dia da visita de *Radis*, um grande problema que afeta os profissionais de saúde é a falta de capacitação, especialmente na rede particular. “Eu fico com a sensação de que eles não sabem lidar com as crianças”, relata. Ela conta que já passou por atendimentos com fonoaudiólogo, por exemplo, em que a sessão não durava mais que 10 ou 15 minutos. “Agora consegui ser atendida por outra profissional da prefeitura e está bem melhor”, afirma.

Joyce e Miguel, que moram no bairro de Jacarepaguá, no Rio de Janeiro, estavam no ambulatório dois dias após o menino ter recebido alta de uma internação que durou um mês por causa de uma pneumonia com complicações. As profissionais avaliaram as consequências da internação, como a perda de peso, por exemplo. A mãe descobriu o ambulatório através de uma reportagem e Miguel passou a ser atendido desde 2021, ainda bebê.

Para ela, o modelo do atendimento é um exemplo de



Miguel, de 2 anos, e a mãe Joyce Lemos

algo que deu certo no SUS: “A gente vê o quanto o serviço público é bom. Existe muita discriminação com as coisas públicas, mas aqui o atendimento tem sido muito melhor do que o plano de saúde oferece”, pontua.

Na avaliação de Edneusa, ter este tipo de serviço disponível no SUS traz impactos positivos para as famílias. “Ter um trabalho multidisciplinar no SUS é algo muito bom. Muitas famílias têm dificuldade financeira. Mas em um dia só, elas conseguem passar por todas as avaliações e orientações”, diz. Ela também admite que existe o outro lado, pois são muitas informações de uma só vez. “Claro que também é cansativo e são muitas informações, mas a gente vai passando aos poucos, de forma gradual e as famílias recebem tudo por escrito. Além disso, é um benefício para os profissionais também porque permite uma troca maior entre nós”, conclui.

Já Anna Paula avalia que ainda faltam centros de referência para atender às necessidades desta população, assim como de outras deficiências. “Sei que em nosso caso estamos em uma ‘ilha’, em uma universidade. No entanto, montar uma equipe assim no SUS não é algo impossível, pois trabalhamos com baixo custo e não utilizamos nenhum material caríssimo. O que realmente precisamos é de mão de obra para melhorar a qualidade de vida das crianças”, conclui.

O desejo de Anna Paula e de toda a equipe para o futuro do Ambdown é que de fato seja um projeto mais reconhecido dentro da universidade e, com isso, garantir mais profissionais. “Precisamos de fonoaudiólogo. É muito importante que possamos ter mais pessoas na equipe para possibilitar a ampliação do atendimento”, afirma a médica. “É muito bom quando vemos uma criança sair da linha da obesidade ou o contrário, quando uma criança tem uma cardiopatia, mas consegue ganhar o peso que não estava alcançando. É um trabalho pelo qual sou apaixonada, é uma grande motivação na minha vida”, conclui Anna Paula. 



A pediatra e coordenadora do Ambdown, Anna Paula Baublatt examina o paciente Emanuel, de 9 meses

ALGUNS CENTROS DE REFERÊNCIA PÚBLICOS PARA PESSOAS COM SÍNDROME DE DOWN

■ **Ambulatório de Síndrome de Down do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR):** Pioneiro no Brasil, as atividades no ambulatório começaram em 1997. A equipe multidisciplinar atua com mais de 5 mil pacientes cadastrados e em atendimento periódico por toda a vida. Informações sobre agendamento de consultas no Ambulatório da Síndrome de Down do Hospital de Clínicas da UFPR podem ser obtidas pelo telefone (41) 3360-7986.

■ **Ambulatório de Envelhecimento e Síndrome de Down do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP):** Ambulatório com equipe multiprofissional, especializado nas questões do envelhecimento das pessoas com Síndrome de Down. Com o aumento da expectativa de vida dessas pessoas, o ambulatório se propõe a atender pacientes adultos e estudar como as doenças do envelhecimento afetam este grupo, especialmente a ocorrência de doença de Alzheimer e intervenção precoce para que tenham um envelhecimento com qualidade de vida. Informações pelo e-mail: s.down.ipq@gmail.com.

■ **Ambulatório de Síndrome de Down do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (UFPB):** Inaugurado em 2021, o ambulatório multidisciplinar é o primeiro do Nordeste voltado para a trissomia do cromossomo 21 e atende crianças de 0 a 3 anos e adolescentes. Conta com atendimentos em fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Os usuários também têm assistência de uma equipe formada por médicos, enfermeiros, psicólogos e odontólogos. No momento, o ambulatório atende somente crianças que nasceram ou estão vinculadas ao Hospital Universitário Lauro Wanderley, mas tem a expectativa de expandir o público.



A boa comunicação sobre o envelhecer

O Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), por meio da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (SNDPI), lançou o Guia de Comunicação Responsável sobre a Pessoa Idosa. A publicação traz modos de fazer uma abordagem positiva da velhice, o uso de uma linguagem inclusiva e o empoderamento das pessoas idosas. O objetivo é combater o idadismo, a falta de informação e discursos de ódio através da comunicação e reconhecer a pessoa idosa como um sujeito de direitos e agente protagonista de sua vida, lutas e histórias. O guia está disponível em: <https://bit.ly/comunicacaopessoaidosa>.

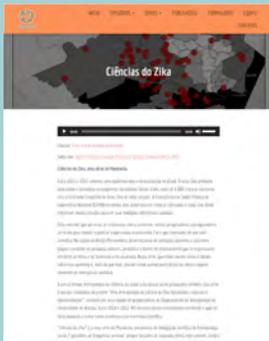
ENVELHECER LGBTQIA+

Envelhecer LGBTQIA+: Histórias de vida e direitos é a publicação resultante da pesquisa Envelhecimento da população LGBTQIA+: diagnóstico sobre o longeviver e o acesso aos serviços públicos municipais, fruto da parceria entre a Prefeitura de Belo Horizonte e o núcleo Diverso UFMG, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A pesquisa traçou o perfil das pessoas idosas LGBTQIA+ da capital mineira e aspectos associados ao acesso a serviços públicos, como saúde, segurança e assistência social, às questões de sociabilidade e às violações de direitos sofridas em função da orientação sexual ou da identidade de gênero. A publicação está disponível em: <https://bit.ly/envelhecerglbt>.



ZIKA EM PODCAST

Ciências do Zika é a nova série do Mundaréu, um podcast de divulgação científica de Antropologia que vale a escuta. No primeiro episódio, pesquisadoras contam como conduziram suas pesquisas sobre o zika vírus, adaptando seus métodos e teorias em meio a uma epidemia nova e desconhecida que assustou Pernambuco, entre 2015 e 2017, e produziu uma consequência dramática. Desde então, mais de 4 mil crianças nasceram com a síndrome congênita do vírus Zika em todo o país. Em março de 2021, *Radis* trouxe o assunto em sua reportagem de capa (*Radis* 222). Ciências do Zika tem sete episódios, cada um deles tratando de um aspecto específico, ajudando a manter de pé o debate e a conhecer os contornos da epidemia. Confira em: <https://mundareu.labjor.unicamp.br/teaser-ciencias-do-zika/>.



VIOLÊNCIA NA ESCOLA

A segunda edição, revista e ampliada, da obra *Impactos da Violência na Escola: um diálogo com professores*, vencedora do Prêmio Jabuti 2011 na categoria Educação, chega em um momento de triste recrudescimento da violência contra as escolas. Na coletânea, especialistas refletem sobre os tipos de violência que acometem a comunidade escolar e seus efeitos sobre a saúde de toda a comunidade. O livro é fruto de pesquisa do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz (Claves/ENSP/Fiocruz) e publicado pela Editora Fiocruz em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em acesso livre digital, na plataforma SciELO Livros, pelo link: <https://bit.ly/livroviolenciaescola>.



MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS: O FIM (DE PARTE) DO INFERNO

PAULO AMARANTE *

Apesar dos 22 anos de atraso, a resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) foi recebida com enorme entusiasmo e otimismo, tanto por profissionais do campo da saúde quanto por operadores do direito. A exceção ficou apenas para algumas entidades médicas, tradicionalmente contrárias às tendências contemporâneas de transformação da assistência psiquiátrica, já que representam interesses de segmentos que veem riscos para seus empreendimentos.

Afinal, a resolução 487 de 15 de fevereiro de 2023 reconhece que os princípios e determinações da Lei 10.216/2001, que ficou conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, aplicam-se aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), anteriormente denominados de manicômios judiciários. A lei não é nada radical; além de estabelecer proteção e direitos das pessoas internadas em instituições psiquiátricas, orienta que o modelo assistencial psiquiátrico deva ser redirecionado no sentido de serem superadas as instituições com características asilares, e que devam ser implantados serviços em regime aberto, com a participação dos próprios sujeitos, das famílias e da comunidade. As experiências de tratamento em liberdade já são realizadas em vários países do mundo e a tendência à superação dos arcaicos e violentos manicômios também é um projeto que anima e inspira profissionais de saúde, gestores e vários setores da sociedade.

Este processo, que construiu um forte movimento e base social, se convencionou denominar de Reforma Psiquiátrica. Um processo que atuou em favor da construção do SUS e da lei da reforma psiquiátrica e implantou uma real transformação do modelo assistencial. Foram fechados mais de 60 mil postos de internação manicomial ao mesmo tempo em que foram abertos 2.858 Centros de Atenção Psicossocial (Caps) nos vários territórios do país, foram criadas residências assistidas para pessoas sem casa ou sem família e outras situações de vulnerabilidade, foram criadas oficinas de trabalho e geração de renda, centros de convivência, projetos de arte e cultura inclusivos, foi instituída uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), embora ainda bem aquém das necessidades reais!

Apesar de tudo, as transformações não chegavam aos HCTP na medida em que, entendia-se, estavam submetidos ao Poder Judiciário, portanto fora do âmbito da saúde, e pelo fato de serem pacientes judiciários, em princípio autores de delitos, não seriam beneficiados pelos princípios de direitos humanos e formas alternativas de tratamento. Ocorre que os internos em tais instituições foram institucionalizados por um procedimento jurídico denominado de medida de segurança. Por considerar-se que se cometeu um delito por efeito de um transtorno mental,

o acusado não se tornaria réu, por ser considerado inimputável. Desta forma ele iria para uma instituição de custódia para receber um tratamento e não cumpriria uma pena.

Os operadores do direito ficaram perplexos ao tomarem conhecimento de que tais pessoas são vítimas de prisões perpétuas, porque a medida de segurança determina um tempo mínimo de tratamento, mas não um limite para o mesmo. Para receber a alta, o paciente deve receber um laudo de cessação de periculosidade, algo de difícil definição que, na prática, os médicos não querem emitir, pois é uma espécie de exercício de futurologia. Desta forma, os internos vão permanecendo e cumprem prisão perpétua, medida inexistente no código penal brasileiro, e ficam para sempre nos manicômios judiciários.

O filme A Casa dos mortos, de Debora Diniz, retrata com imagens e depoimentos, os detalhes deste mundo de terror que são tais manicômios e a vida das pessoas que ali passam suas vidas. E, de forma análoga aos cárceres em geral, as pessoas que estão num HCTP, não necessariamente, foram autoras de delitos. Conflitos pessoais, familiares, trabalhistas, raciais, opressões variadas, foram responsáveis pela internação de muitas daquelas pessoas.

No Brasil, já existem iniciativas exitosas com larga experiência de substituição do modelo manicomial judiciário pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Duas delas são emblemáticas: o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI), do estado de Goiás, e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), de Minas Gerais. Com base nestas duas experiências, o Ministério da Saúde elaborou proposta que atende às Medidas de Segurança em regime de tratamento externo. Enfim, as políticas de saúde mental no país vêm acumulando conhecimento e competência em lidar com a assistência psiquiátrica, inclusive no âmbito das questões judiciais, e certamente têm condições de fazer valer a possibilidade de estender aos pacientes dos HCTP um real tratamento digno e não de apenas serem mantidos aprisionados e maltratados.

São menos de 2 mil pessoas cumprindo medidas de segurança em hospitais de custódia ou em estabelecimentos penais comuns. É possível que o fim (de parte) do inferno esteja próximo. Mas existem outros infernos nos manicômios não judiciários que ainda existem e nas "comunidades terapêuticas" para tratamento de álcool e drogas, que precisam entrar na agenda da luta contra as violações dos direitos humanos no Brasil.

[LEIA O ARTIGO COMPLETO NO SITE](#)

* PRESIDENTE DE HONRA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME) E PESQUISADOR SÊNIOR DO LABORATÓRIO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (LAPS) DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (ENSP/FIOCRUZ) E DO CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS ANTONIO IVO DE CARVALHO (CEE/FIOCRUZ), UM DOS PIONEIROS DO MOVIMENTO BRASILEIRO DE REFORMA PSQUIÁTRICA

DISQUE SAÚDE **136**

   /minsaude

 /ministeriodasaude

 /MinSaudeBR

Quando você
doa sangue
ajuda a salvar
muitas vidas.
DOE SANGUE
REGULARMENTE.

A doação de sangue é um ato de amor voluntário e altruísta. Doar sangue é fazer a diferença na vida de quem precisa. Uma doação ajuda a salvar até 4 vidas. É simples, rápido e seguro. Procure o Hemocentro mais próximo e seja um doador regular.

Saiba mais em
gov.br/doesangue



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Rafael de Oliveira
Precisa de sangue
regularmente devido à
doença falciforme.