

Comunicação e Saúde desde 1962 - [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)

Nº 135 - 05/2013

# RADIS



# DESASTRES NATURAIS

*Atenção e cuidado, antes,  
durante e depois*

Deslizamentos como o ocorrido em Teresópolis (RJ), em 2011, trazem consequências de curto, médio e longo prazos

# Saúde, educação e mundo do trabalho em revista

*Periódico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio completa dez anos, com abordagem crítica e interdisciplinar*

## SAIBA MAIS

- A coleção de *Trabalho, Educação e Saúde* está à disposição na íntegra, gratuitamente, no site [www.revista.epsjv.fiocruz.br](http://www.revista.epsjv.fiocruz.br)
- Para submissão de textos, consultar as instruções aos autores, disponíveis no site da revista.

Elisa Batalha

**D**ifundir e estimular a produção de conhecimento e consolidar o campo da educação profissional em saúde são orientações que pautam, desde 2003, a revista *Trabalho, Educação e Saúde*, editada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). “Nosso dia a dia é captar e tornar disponíveis artigos que proporcionem novas formas de pensar as relações entre as políticas de saúde, educação e trabalho”, explica Angélica Ferreira Fonseca, uma das editoras da publicação, ao lado de Carla Azevedo Martins e Marcela Pronko.

Nesses dez anos, a revista veio acompanhando as transformações da educação profissional em saúde, abrindo suas páginas a debates, análises e resultados de pesquisa relacionados ao tema, de uma perspectiva crítica, sistêmica e interdisciplinar. Formação, qualificação profissional e processo de trabalho na saúde são as temáticas centrais do periódico, publicado quadrimestralmente, em janeiro, maio e setembro, desde 2007 (antes disso, a periodicidade era semestral).

“Educação profissional em saúde não se resume à formação estritamente técnica”, esclarece Carla, lembrando o artigo *O choque teórico da Politécnica*, de Dermeval Saviani, publicado na seção *Debate* na edição número 1, como referência do enfoque editorial da publicação. Outro destaque apontado pelas editoras é o texto *Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado*, de Gaudêncio Frigotto, também da primeira edição, lançada em março de 2003.

## DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO

A revista trabalha com distintas teorias críticas. “Temos a Sociologia do Trabalho como referência teórica dos campos da saúde e da educação”, explica Angélica. “A educação profissional em saúde é retratada à luz das desigualdades do capitalismo, uma vez que a divisão social do trabalho em saúde está longe de ser superada”, aponta Carla.

Temas como a inserção profissional dos agentes comunitários de saúde e a discussão sobre a precarização do trabalho aparecem de forma recorrente nas cerca de 220 páginas de cada edição, divididas em seções de ensaios, artigos, entrevistas e debates. As consequências de novos modelos de gestão, as formas de contratação, as organizações

na gestão do trabalho são assuntos sobre os quais a revista tem recebido muito material, como lista Angélica. “Estudos sobre as questões em torno do precariado nos interessam”, diz Carla, referindo-se à parcela da população com inserção precária nas relações de trabalho.

Mais recentemente, discussões sobre currículo em áreas como Odontologia e Educação Física têm surgido com frequência e se articulam com o debate sobre trabalho em saúde. “Políticas públicas tanto em educação quanto em saúde são temas para os quais a revista tem contribuído, e tem havido uma efervescência”, observa Angélica.

O público do periódico é formado por pesquisadores, alunos de graduação e pós-graduação, profissionais vinculados aos serviços de saúde, além de docentes e gestores do campo da educação profissional em saúde. A revista dispõe de versão eletrônica (em site próprio e na biblioteca científica online SciELO), que pode ser acessada e baixada gratuitamente, e também em versão impressa, por assinatura. Está, ainda, indexada na base Lilacs e disponível no Portal Capes ([www.periodicos.capes.gov.br](http://www.periodicos.capes.gov.br)). Em 2014, passará a utilizar um sistema eletrônico de submissão e avaliação, construído em parceria com o setor de Informática da EPSJV, e estará também no Portal de Periódicos da Fiocruz, em fase de construção.

## PRODUTIVIDADE E PRODUTIVISMO

Já foram publicados 419 textos, 198 deles inéditos, 11 volumes, com 31 fascículos, sendo dois suplementos. As editoras, no entanto, não gostam de enfatizar os aspectos quantitativos. “A pressão no mundo acadêmico apenas por produtividade se reflete em cima de nossas mesas. O próprio ritmo da produção da ciência tem levado a uma superficialização e a um produtivismo”. Alguns autores enviam material em fase de análise preliminar, outros explicitam que estão enviando apenas um fragmento de estudo, e nem sempre isso é suficiente para gerar uma publicação, como esclarecem as editoras.

“Queremos que a revista seja de fato um veículo que difunda e estimule o conhecimento. O desafio de qualquer periódico científico é fazer isso de forma coerente, consistente e rápida. É dinamizar o fluxo de avaliação para que o material não fique anacrônico”, avalia Angélica. Acompanhando as tendências das publicações acadêmicas, a quantidade de material impresso tem diminuído. A tiragem de 1,5 mil exemplares, foi reduzida inicialmente a 1 mil e hoje está em 700 exemplares. “Só não reduzimos mais o número de exemplares em papel porque a inclusão digital no país não se completou”, diz Carla.



# Antes da chuva e da seca

Houve um tempo em que os brasileiros se acreditavam livres de desastres naturais, por “não haver terremotos e furacões no Brasil”. Não só isso mudou como os períodos de seca e as inundações e enxurradas se multiplicaram entre 1990 e 2010, afetando cerca de 90 milhões de pessoas no país. Os registros de estiagem e seca nestas duas décadas subiram 73%, de inundações 80%, de desabamentos de encostas 96% e de erosões acima de 88%.

Parte desses desastres resulta de fenômenos naturais incontrolláveis. Outra parte é potencializada pela degradação ambiental e por formas de utilização e ocupação do solo associadas a um modelo de desenvolvimento predador e perverso – que pode e deve ser questionado, sob pena de qualquer providência ser paliativa.

Outro pensamento brasileiro a ser superado é o de oferecer cuidado e solidariedade somente depois que as tragédias acontecem. Em 1988, com a cidade assolada por chuvas e deslizamentos de encostas, a Prefeitura do Rio de Janeiro reuniu lideranças comunitárias do “morro” e do “asfalto”, para ver como enfrentar aquela emergência. A boa intenção das autoridades e o ímpeto solidário das representações sociais (associações de moradores, escolas e unidades de saúde públicas e privadas) logo arrefeceu, quando alguém sugeriu que todos compartilhassem seus números de telefone (residencial, porque não havia celular), para organizar ações preventivas e arregimentar rapidamente socorro e abrigo para os atingidos em caso de emergência, mesmo que noturna.

Muitas tragédias depois, a “participação da sociedade civil na organização e coordenação de ações” com o “estabelecimento de alianças locais” é a primeira das dez principais recomendações das Nações Unidas e da Secretaria Nacional de Defesa Civil para que as cidades possam resistir e se recuperar melhor dos efeitos dos desastres naturais. Importante lembrar que pobreza e desigualdade tornam as populações ainda mais vulneráveis. Segundo a ONU, o Brasil é o sexto país que mais sofre com catástrofes climáticas.

Prevenção, redução de riscos e atenção e cuidado com as pessoas de forma ininterrupta demandam a articulação de conhecimentos e iniciativas de diversos setores. Nos últimos três anos, a Saúde passou a contar com a Força Nacional do SUS e guias de orientações específicas para situações de seca e inundação. Agentes comunitários estão sendo preparados para colaborar na prevenção e na conscientização sobre riscos.

O maior desafio de que trata nossa matéria de capa é como minimizar as consequências dos desastres e preservar vidas. Com base em experiências reais, nossa reportagem ouviu especialistas sobre como as instâncias governamentais e a sociedade devem atuar antes, durante e depois dos desastres naturais. Porque é preciso retomar a vida. De preferência, com a população mais consciente de seu papel numa cultura de prevenção de riscos e mais organizada para cobrar do Estado as suas responsabilidades.

**Rogério Lannes Rocha**

Coordenador do Programa Radis

## CARTUM



## Expressões e Experiências

• Saúde, educação e mundo do trabalho em revista 2

## Editorial

• Antes da chuva e da seca 3

## Cartum

3

## Voz do leitor

4



Súmula 5

Radis Adverte 8

Toques da Redação 9

## Capa

- Desastres naturais – Primeiro passo é mapear os riscos 10
- Ações de prevenção para salvar vidas 14
- Ensino, pesquisa e orientação 15
- Emergência crônica 17
- Duas décadas, mais desastres 18
- Fenômenos que se repetem 20
- Aprendizado para driblar exclusão no Morro do Borel 21
- Dez passos para construir cidades mais resilientes 23

## Midiativismo

• Mídia para mudar a mídia 24

## Humanização em saúde

• Acolhimento no fundo do mar 28

## Multiprofissionalismo

• Prescrição farmacêutica na berlinda 31

## Serviço

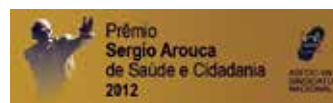
34

## Pós-Tudo

• Agenda política e estratégica para a saúde 35

Capa: Foto Valter Campanatto / ABR  
Ilustrações: Marina Cotrim (M.C.)

RADIS . Jornalismo premiado  
pela Opas e pela Asfoc-SN



## Álcool e ACSs

**G**ostaria de parabenizar a *Radis* pela belíssima reportagem sobre alcoolismo da revista 132 (setembro), visto que o álcool está presente na sociedade desde os primórdios, gerando problemas de saúde pública, violência, entre outros. Fica evidente a relação estreita e perigosa entre os adolescentes e a bebida alcoólica. Foram mencionados também os equipamentos para tratamentos dos dependentes químicos. Obrigada à *Radis* por fazer um ótimo serviço de informação. Gostaria de solicitar matéria sobre os agentes comunitários de saúde, categoria que mudou muito a saúde do Brasil, incentivando o aleitamento materno, o pré-natal, a vacinação, acompanhando gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, entre outros. Esse trabalho é muito importante para o fortalecimento do SUS, na promoção e prevenção.

- Aline Braúna dos Santos, estagiária de Serviço Social do CAPS AD de Paraipaba e Agente Comunitário de Saúde de Paracuru, CE

**R:** *Cara Aline, agradecemos por suas palavras e pela sugestão. Os agentes comunitários de saúde já foram capa da Radis (edição nº 82) e merecem estar sempre em foco. Voltaremos ao tema de forma especial. Um abraço!*

## 'Radis' também agradece

**G**ostaria de parabenizar a toda equipe da *Radis* pelo excelente trabalho. Unir comunicação e saúde é algo genial e importante, porque a sociedade como um todo — não apenas os profissionais e acadêmicos da área da Saúde, grupo do qual faço parte — precisa enxergar a Saúde Pública brasileira a partir de uma visão crítica, e acima de tudo, livre de deturpações. E a *Radis* facilita muito esse percurso.

- Sara de Pinho Gonçalves Almeida, Feira de Santana, BA.

**A**doro a *Radis*! Ajuda muito a fazer uma redação para o vestibular.

- Jessyca Nayara Mascarenhas Lima, Juazeiro do Norte, CE

**E**nvio este e-mail com o objetivo de parabenizá-los pelo excelente trabalho em todas as edições da revista *Radis*, cuja versão impressa comecei a receber recentemente. Já venho acompanhando a versão online há mais tempo. As publicações são tão boas, que despertam a inveja de certos blogueiros ligados (e desesperados) a algumas revistas, principalmente uma tal de *Veja*, que, por sua vez, é tendenciosa e não exerce sua verdadeira função, de informar — e não de tentar convencer seus leitores, tratando-os como verdadeiros imbecis, de que apenas a opinião de *Veja* é a correta! Espero que vocês continuem bons e imparciais como percebo. Parabéns!

- Marcelo Soares Marinho, Coronel Fabriciano, MG

**G**osto muito de todo o material da *Radis* e com ele estudo e me aprimoro. É rico o conteúdo e estimulante a leitura, parabéns a todos que trabalham por tais resultados!

- Dominique Rocha Pedroso, Rio Grande, RS

## Ato Médico

**A**profissão médica precisa ser regulamentada. Os recentes vetos da presidente Dilma à Lei do Ato Médico são injustificáveis e desprovidos de embasamento, à luz dos conhecedores da matéria, que já foi analisada e discutida, por quase 12 anos, e aprovada pelos parlamentares. É uma insensatez permitir que profissionais não habilitados, sem o devido CURSO DE MEDICINA, pratiquem atos médicos, que fogem de suas áreas de competência e de conhecimento. Em assim procedendo, dar-se-á margem ao exercício ilegal da Medicina, colocando-se em risco a saúde da população. As demais profissões paramédicas, que auxiliam e complementam a medicina, já têm seus campos

de atuação perfeitamente delimitados.

- Pedro Carrancho, médico, Vitória, ES

## Para os sem-internet

**Q**uero agradecer a *Radis* toda contribuição que tive como leitora durante o exercício de minha profissão como pediatra. Estando atualmente aposentada, gostaria de encaminhar minha assinatura para profissionais que estejam atuando, e consultarei via internet as edições.

- Maria Bernadete de Araujo Pinheiro, pediatra, Saltinho, SP

**R:** *Cara Maria Bernadete, agradecemos sua iniciativa que, de fato, beneficiará um novo leitor da Radis. Um abraço!*

## Prontuários médicos

**T**enho recebido pontualmente as edições da *Radis* e asseguro que me mantenho informado sobre as novidades da área da saúde pública. Gostaria de ler uma matéria relacionada à informática e prontuários médicos.

- Josealdo Rodrigues Leite, agente comunitário de saúde, João Pessoa, PB

## Site

**G**ostaria de sugerir matéria sobre uma rede social voltada para pacientes, que ajuda pessoas com problemas de saúde a se relacionar e compartilhar experiências. O nome do site é EuPaciente. Estou ajudando a divulgar, pois tenho uma doença rara e sei como é difícil encontrar pessoas como eu. o endereço do site é <http://eupaciente.com.br>

- Carla Araujo, Rio de Janeiro, RJ

### NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

## EXPEDIENTE

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

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

Coordenação do Radis **Rogério Lannes Rocha**  
Subcoordenação **Justa Helena Franco**  
Edição **Eliane Bardanachvili**

Reportagem **Adriano De Lavor** (subedição),  
**Bruno Dominguez, Elisa Batalha, Liseane Morosini e Ana Cláudia Peres**

Arte **Carolina Niemeyer** (subedição) e **Felipe Plauska**

Documentação **Jorge Ricardo Pereira e Sandra Benigno**

Administração **Fábio Lucas, Natalia Calzavara e Osvaldo José Filho** (Informática)

Estágio supervisionado **Marina Cotrim** (Arte),  
**Maycon Soares Pereira** (Administração) e **Raquel Ribeiro** (Reportagem)

Periodicidade mensal | Tiragem **82.600** exemplares  
| Impressão Minister

Assinatura **grátis** (sujeita a ampliação de cadastro)

**Fale conosco** (para assinatura, sugestões e críticas) • Tel. (21) 3882-9118 | (21) 3882-9119

• E-mail [radis@ensp.fiocruz.br](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)

• Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

**Ouvidoria Fiocruz** • Telefax (21) 3885-1762  
• [www.fiocruz.br/ouvidoria](http://www.fiocruz.br/ouvidoria)

 [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)

 [/RadisComunicacaoSaude](https://www.facebook.com/RadisComunicacaoSaude)

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





# Tratado para banir o mercúrio

O Brasil e outros 138 países assinaram (10/10), no Japão, a *Convenção de Minamata*, tratado que, se não bane totalmente o uso do mercúrio, estabelece rigorosos protocolos de segurança. Muito tóxico para a saúde e o meio ambiente, o metal pode acarretar transtornos psicológicos e digestivos, queda de dentes e problemas cardiovasculares ou respiratórios. O objetivo do acordo é reduzir em nível mundial as emissões de mercúrio, assim como a produção e o uso do metal, sobretudo na fabricação de produtos e em processos industriais. Pelo tratado, fica estabelecido que, até 2020, o mercúrio deverá ser eliminado de produtos como baterias, pilhas, termômetros e lâmpadas. Além disso, prevê que, em 15 anos, o poluente deixe de ser usado na mineração.

O documento havia sido finalizado

em Genebra, em janeiro. Uma vez ratificado por 50 Estados, entrará em vigor, o que pode levar de três a cinco anos.

Presente à conferência na qual foi tirada a convenção, a ministra do Meio Ambiente, Izabella Teixeira, reafirmou o compromisso do Brasil “em manter o ímpeto político e tomar as medidas necessárias” para a imediata entrada em vigor e implementação do tratado. Em seu discurso, a ministra reforçou a dificuldade dessa tarefa coletiva, mas acrescentou que o Brasil lutou durante as negociações para estabelecer pontes entre diferentes setores e interesses, “a fim de ajudar a atingir regulamentações globais viáveis para todos os países”.

Os grupos de defesa do meio ambiente temem que a convenção não consiga deter o uso do mercúrio nas pequenas minas de ouro artesanais. Segundo

o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (Pnuma), a quantidade de mercúrio presente nos cem primeiros metros de profundidade dos oceanos, procedente de emissões relacionadas à atividade humana, dobrou nos últimos cem anos; em águas profundas, aumentou 25% no mesmo período, informou o portal de notícias UOL (10/10).

O nome da convenção é uma referência à cidade japonesa de Minamata, que sofreu o maior desastre ambiental provocado pelo metal, entre os anos de 1950 e 1968 (quando se descobriu que os casos de doenças do sistema nervoso e do nascimento de crianças com alterações, entre outros males que acometiam a população, devia-se à população das águas que banhavam a cidade por mercúrio advindo de uma indústria próxima).

## Lei dos Meios é constitucional na Argentina

A Corte Suprema de Justiça da Argentina determinou (29/10) a constitucionalidade da Lei de Serviços de Comunicação Audiovisual no país, a Lei dos Meios (nº 26.522). Aprovado pelo Congresso em 2009, o texto regula a quantidade de licenças que cabem aos meios de comunicação e vinha sendo questionada em quatro artigos pelo grupo Clarín, maior conglomerado de mídia do país.

A lei representa a democratização dos meios, uma vez que desconcentra o mercado, favorecendo, assim, a liberdade de expressão, como aponta o governo argentino. O grupo Clarín, no entanto, vê na lei uma forma de censurar a informação. A Suprema Corte entendeu que “é legítima uma lei que fixe limites gerais *a priori*”, informou a Agência Brasil (29/10). Com a aprovação do artigo que limita o número de licenças, o Clarín terá que se desfazer de vários ativos. O grupo tem 237 licenças de TV a cabo (dez vezes mais que o permitido), que abrangem 58% da população, e o limite é 35%.

No Brasil, setores da sociedade seguem em busca de assinaturas para o

Projeto de Lei da Mídia Democrática ou Projeto de Lei de Iniciativa Popular da Comunicação Social Eletrônica, lançado em agosto com o apoio de parlamentares e representantes de entidades da sociedade civil e do movimento social (*Radis* 131). O projeto de iniciativa popular é baseado nas propostas da I Conferência Nacional de Comunicação, realizada em 2009 (*Radis* 91), e propõe a regulação da comunicação social eletrônica e seus serviços — rádio e TV.

Para o presidente da Comissão Nacional de Direitos Humanos da OAB e da Comissão Estadual da Verdade no Rio de Janeiro, Wadih Damous, o veredito da Suprema Corte Argentina foi um “duro golpe no monopólio de empresas de comunicação” daquele país. A declaração foi feita durante audiência (30/10) com Andrés Habegger, filho do jornalista argentino Norberto Armando Habegger, desaparecido no Rio no final da década de 1970. Segundo Damous, assim como no Brasil, conglomerados de mídia de lá tiveram participação importante no golpe e na perseguição de ativistas.

## Desafios para a indústria farmacêutica

Estudo realizado pela Fiocruz, voltado ao diagnóstico da indústria farmacêutica nacional, mostrou que, embora o país tenha duplicado a produção de fármacos sintéticos desde 2006, de 760 para 1,3 mil toneladas por ano, em 2011, ainda produz menos de 1% da quantidade importada (173 mil toneladas/ano). A pesquisa, *Avaliação do setor produtivo farmacêutico nacional – capacitação tecnológica e produtiva*, apontou que não há produção de matéria-prima para antibióticos no país, falta consolidar a produção de insumos oncológicos e faltam investimentos para ampliar o parque produtor de medicamentos para doenças negligenciadas e cardiovasculares e do sistema nervoso central, informou o site da Fiocruz Brasília (11/10). Os resultados do estudo foram apresentados pelo vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde da Fiocruz, Jorge Bermudez, em audiência pública (9/10) da Frente Parlamentar de Ciência, Tecnologia, Pesquisa e Inovação, na Câmara dos Deputados. É o segundo censo da indústria farmacêutica — o primeiro referiu-se ao período 2004-2007 e também foi realizado pela Fiocruz. O censo busca mapear e identificar as empresas atuantes no Brasil, avaliar aspectos econômicos relacionados a custos e financiamento, analisar as parcerias e recolher sugestões das empresas, entre outros. São 36 indústrias no setor — 30 participaram do estudo, sete a mais que no anterior. Quase 90% são do Sudeste, em especial do Rio de Janeiro e de São Paulo; a grande maioria (89%) tem capital nacional. Das 88 parcerias em andamento, 33 foram firmadas com a Fiocruz.



# Gravidez na adolescência, impacto na economia

Relatório divulgado (30/10) pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) apontou que o Brasil deixa de acrescentar US\$ 3,5 bilhões (mais de R\$ 7 bilhões) à sua riqueza nacional por ano devido à gravidez de milhares de adolescentes. O documento, *O estado da população mundial 2013*, analisa a situação de jovens que dão à luz e mostrou que, a cada ano, 7,3 milhões de meninas com menos de 18 anos têm filhos em países em desenvolvimento. Destas, 2 milhões têm menos de 14 anos. O relatório enfatiza as consequências desse cenário na vida das jovens, no que diz respeito a saúde, educação e direitos humanos. Com base em outro estudo, de 2011, para o Banco Mundial, o estudo busca estimar, ainda, a riqueza que países como Quênia, Índia e Brasil deixam de acrescentar às suas economias, levando em conta que as meninas grávidas param de integrar a população escolar. “O Brasil teria maior produtividade – de mais de US\$ 3,5 bilhões – caso meninas adolescentes retardassem sua gravidez até os 20 e poucos anos”, diz o documento, conforme noticiou o site da BBC Brasil (30/10). No caso da Índia, essa cifra seria de até US\$ 7,7 bilhões. No Quênia, a receita não gerada equivale a todos os ganhos da indústria da construção civil, e, em Uganda, a um terço do PIB do país.

“Em geral, a sociedade culpa as meninas por engravidarem. A realidade é que a gravidez na adolescência costuma ser não o resultado de uma escolha deliberada, mas sim da ausência de escolhas, bem como de circunstâncias que estão fora do controle da menina”, disse o diretor-executivo da UNFPA, Babatunde Osotimehin. “É consequência de pouco ou nenhum acesso a escola, emprego, informação e saúde”, afirmou.

O relatório faz considerações sobre os programas de natalidade do Brasil, mencionando o país como um dos que avançou para aumentar o acesso de meninas grávidas a tratamentos pré-natal, natal e pós-natal, e cita o Instituto de Perinatologia da Bahia (Iperba) como centro de referência para gravidez de alto risco no estado.

De acordo com o estudo, ainda, a gravidez na adolescência tem impacto significativo nos países desenvolvidos, informou o site do Centro Regional de Informação das Nações Unidas (30/10). Nos Estados Unidos, por exemplo, apenas cerca de metade das jovens que ficam grávidas completam o ensino secundário até aos 22 anos, enquanto essa relação é de nove a cada dez jovens que não engravidam. Íntegra do relatório em <http://goo.gl/WPmKf1>

## Superdosagem que mata

O analgésico paracetamol, mais conhecido pela marca Tylenol, um dos mais populares do mundo, matou 1,5 mil nos Estados Unidos, em dez anos, de acordo com levantamento da organização americana de jornalistas Pro Publica, informou *O Globo* (12/10). O problema não estaria na substância em si, mas na superdosagem — se ultrapassado o limite, o que não é difícil de ocorrer, pode haver danos sérios ao fígado. Também é arriscada a combinação do paracetamol com álcool. Nos Estados Unidos, assim como no Brasil, o medicamento é vendido sem prescrição médica. Nos últimos cinco anos, a venda de unidades (caixas ou cartelas) do remédio aumentou 80% no Brasil (de 20,6 para 37,2 milhões), e o faturamento chegou a R\$ 507 milhões, em 2012, de acordo com pesquisa do instituto IMS Health, feita a pedido do jornal.

O Brasil segue a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que limita o uso do medicamento a 4 gramas, ou oito comprimidos de 500 mg, ao dia. A maior concentração vendida é de 750 mg. O problema, de acordo com a OMS, é que a diferença entre a dose máxima por dia para adultos e a quantidade que pode causar danos ao fígado é pequena, facilitando a overdose acidental, informou a *Folha de S. Paulo* (17/10). O médico Raymundo Paraná, chefe do Serviço de Hepatologia do Hospital da Universidade Federal da Bahia e ex-presidente da Sociedade Brasileira de Hepatologia, explicou que há risco de 100% de intoxicação em doses acima de 8 gramas. Já a ingestão de quantidades entre 3 e 8 gramas, depende de outros aspectos, como consumo de álcool ou de outros medicamentos. Os sintomas, em geral, surgem quatro horas depois da superdosagem: vômito, náusea, dor de cabeça e suor. Após 24 horas, há convulsões e piora do quadro. Em 72 horas, com a destruição do fígado, o organismo não metaboliza mais a amônia, que se acumula no corpo, o que pode provocar morte cerebral. O prazo para reverter a intoxicação é de 24 horas, e o antídoto é a substância N-acetilcisteína.

Segundo Paraná, não há dados sólidos no Brasil sobre intoxicações por paracetamol, mas a Sociedade Brasileira de Hepatologia está iniciando estudo para medir sua ocorrência. Para ele, a dose máxima do remédio deveria ser reduzida de 4 para 3 gramas diárias. “É uma droga segura, mas se usada no limite terapêutico”, disse à *Folha*.

## Vacina brasileira para outros países



O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, anunciou (28/10) parceria com a fundação americana Bill & Melinda Gates para a produção da vacina dupla contra rubéola e sarampo destinada à exportação, noticiou a Agência Brasil. O projeto, orçado em R\$ 1,6 bilhão, inclui a construção de uma fábrica de vacinas e medicamentos do laboratório Bio-Manguinhos/Fiocruz no bairro de Santa Cruz, Rio de Janeiro. A previsão é que sejam exportadas 30 milhões de doses da vacina a partir de 2017, sobretudo para a África, pelo menor preço mundial, 54 centavos de dólar.

Cada dose de vacina custa cerca de 57 centavos de dólar, com previsão de aumento para os próximos anos. A Fundação Bill & Melinda Gates vai investir 1,1 milhão de dólares para o desenvolvimento e a pesquisa clínica e comprar a vacina para doar a países pobres. O ministro explicou que embora o Brasil já tenha erradicado a rubéola e o sarampo, a demanda mundial é muito forte. Atualmente, o país exporta diferentes tipos de vacinas para 75 países. O SUS oferece 25 tipos, 96% de produção nacional.

# Antirretrovirais: prevenção ampliada

O Ministério da Saúde vai adotar o tratamento com antirretrovirais em pacientes adultos assim que a infecção por HIV tiver sido diagnosticada, independentemente da carga viral. A partir deste mês, o tratamento poderá chegar a um grupo de pacientes com CD4 (células de defesa do organismo) acima de 500, que não apresentem os sintomas da doença e não teriam acesso gratuito, conforme o protocolo vigente. Essa medida preventiva já foi aplicada com sucesso na França e nos Estados Unidos, segundo o Portal da Saúde (14/10). Pelo menos 100 mil novos pacientes deverão passar usar os remédios. Hoje, são 313 mil.

Há cerca de 700 mil pessoas com HIV e aids no Brasil, sendo que 150 mil não sabem que têm o vírus ou a doença. O protocolo atual usado pela rede pública de saúde prevê que o tratamento seja fornecido aos pacientes sem sintomas, mas com CD4 abaixo de 500 para cada milímetro cúbico de sangue, com sintomas da doença ou que sejam casais sorodiscordantes (apenas um dos parceiros tem o vírus).

O diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do ministério, Fábio Mesquita, considerou que a medida terá efeito benéfico especialmente sobre as populações mais vulneráveis ao HIV, entre elas, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e pessoas que usam drogas, informou a Agência Brasil (20/10). Segundo Fábio Mesquita, o Brasil é o primeiro país em desenvolvimento a adotar a política de tratamento como prevenção. Dessa forma, acredita, atingirá a meta preconizada pelo Programa Conjunto das

Nações Unidas para o HIV/Aids (Unaid) de eliminar a doença até 2030.

Já o pesquisador e professor da Universidade de São Paulo (USP) Mário Scheffer acha que só haverá avanço se a decisão estiver conectada com a solução dos reais problemas da epidemia no Brasil, informou a Agência de Notícias da Aids (15/10). “Não adianta começar mais cedo o tratamento se faltam ações para diminuir a alta taxa de diagnóstico tardio, se não forem tomadas medidas para resolver o caos da superlotação na rede de assistência e se for mantido o abandono de políticas para as populações vulneráveis, entre as quais a epidemia se concentra”, enumerou. Coordenadora do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, Maria Clara Gianna, assim como Scheffer, preocupou-se com a demora no diagnóstico. “Acho a medida importante, vai trazer benefícios, diminuir a transmissão, mas, para ser efetiva, é preciso expandir o diagnóstico, fazendo com que chegue precocemente às populações vulneráveis”. Maria Clara também defende a maior organização dos serviços de atendimento visando à adesão ao tratamento, levando em conta que muitos pacientes abandonam os remédios ou deixam de tomá-los corretamente.

Segundo o Ministério da Saúde, estudos internacionais mostram que o uso precoce de antirretrovirais reduz em 96% a taxa de transmissão do HIV. Atualmente, 770 milhões, de R\$ 1,2 bilhão reservado no orçamento para aids, são destinados para medicamentos.

## HIV variável em crianças e adolescentes

Estudo da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) observou maior variabilidade genética do vírus HIV em crianças e adolescentes do que a apontada em estudos feitos com adultos, informou a Agência Brasil (27/10). De acordo com os resultados, é possível identificar uma mudança no perfil da epidemia, o que pode ter implicações tanto na produção de diagnósticos quanto na definição de terapias e no desenvolvimento de vacinas. Quanto maior a diversidade do vírus mais difícil será o desenvolvimento de uma única vacina para combater a aids. Além disso, a mutação genética pode fazer com que o vírus adquira resistência ao tratamento e levar a falhas no diagnóstico da doença, pois a mudança nos códigos genéticos dificultaria a identificação do vírus.

A pesquisa analisou amostras sanguíneas de 51 pessoas soropositivas nascidas entre 1992 e 2009 na capital paulista. A variabilidade genética foi justificada pelo fato de a maior parte das mães serem de grupo de risco, com muitos parceiros sexuais e histórico de uso de drogas. “Esses fenômenos de recombinação que, no caso das crianças, chega a 40%, é resultado dessa mistura de vírus. As mães foram infectadas, provavelmente, por mais de um vírus”, explicou o professor Sabri Saeed Mohamed Al Sanabani, do Instituto de Medicina Tropical da USP. Embora a mutação genética faça parte do ciclo de vida do vírus, um tratamento eficiente diminui bastante a carga viral no paciente e reduz o risco de transmissão. Se o HIV muda ou se recombina pode constituir até mesmo um outro tipo de aids.

## Tuberculose: ações urgentes são necessárias

O Relatório global da tuberculose 2013, publicado (23/10) pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apontou que mais de 22 milhões de pessoas foram salvas pelo programa de tratamento da tuberculose (TB) e que o número dos que têm a doença caiu, em 2012, para 8,6 milhões — com 1,3 milhões de mortes a menos que no relatório anterior. Segundo a OMS, os dados confirmam que o mundo está no caminho para atingir as metas de Desenvolvimento do Milênio, em 2015, revertendo a incidência da tuberculose, além de reduzir em 50% a taxa de mortalidade, em relação a 1990. O relatório destaca a necessidade de um salto qualitativo no atendimento e controle da TB, que só pode ser alcançado se dois grandes problemas forem solucionados. O primeiro refere-se às cerca de três milhões de pessoas (uma em cada três que adoeceram com tuberculose) ignoradas pelos sistemas de saúde e à resposta inadequada à detecção e tratamento dos pacientes que adquirem a forma multirresistente da doença (MDR-TB). Segundo o diretor do Programa Global contra Tuberculose da OMS, Mario Raviglione, cerca de 75% dos três milhões de casos não computados pelos sistemas de saúde estão em apenas 12 países. A OMS estima que 450 mil pessoas ficaram doentes com MDR-TB em 2012. China, Índia e Rússia têm o maior peso, seguidas por outros 24 países. Embora o número de pessoas detectadas em todo o mundo com testes rápidos de diagnóstico tenha aumentado em mais de 40%, três em cada quatro casos de MDR-TB permanecem sem diagnóstico e cerca de 16 mil casos notificados à OMS em 2012 não foram encaminhados a tratamento, com longas listas de espera. Além disso, muitos países não conseguem melhorar as taxas de cura, devido a falta de capacidade do serviço oferecido e escassez de recursos humanos. “É inaceitável que o aumento do acesso ao diagnóstico não seja acompanhado por maior acesso aos cuidados de MDR-TB”, disse Raviglione.

O outro desafio identificado diz respeito aos casos de tuberculose em pacientes com HIV. Embora tenha havido progressos significativos na última década, menos de 60% desses pacientes estavam recebendo drogas antirretrovirais em 2012.

O relatório vem acompanhado do suplemento *A Contagem Regressiva para 2015*, que traz informações sobre o andamento das metas internacionais de tuberculose.

## Mais tempo para doar sangue

O Ministério da Saúde elevou de 67 para 69 anos a idade máxima para doação de sangue no Brasil. O governo federal estima que a medida aumentará em 2 milhões o público potencial de doadores, informou *O Estado de S. Paulo* (13/11). Essa é a segunda mudança de faixa etária em um ano, já que, em 2012, o ministério havia reduzido de 18 para 16 anos a idade mínima para doação, mediante autorização do responsável. A ampliação das idades máxima e mínima, juntas, trará 8,7 milhões de novos voluntários aos bancos de sangue.

Hoje, são coletadas no Brasil 3,6 milhões de bolsas de sangue por ano, o equivalente a 1,8% da população do país, apontou *O Globo* (13/11). Apesar de o percentual estar dentro dos parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS), o objetivo do Ministério



da Saúde é atingir o índice de 3%.

O governo também adotou teste mais preciso para identificar HIV e hepatite C, o NAT (sigla em inglês para Teste de Ácido Nucléico). O exame, desenvolvido pela Fiocruz, é reivindicado há 11 anos por especialistas e sua implementação vinha sendo adiada. A realização do teste será obrigatória em todos os bancos de sangue, públicos e particulares, informou o *Estado*. Está, ainda, prevista realização de estudo para incluir a detecção da hepatite B.

Segundo o Ministério da Saúde, o NAT consegue detectar o material genético do vírus, enquanto o método Elisa, usado até então, detecta apenas os anticorpos produzidos pelo organismo depois da infecção, permitindo maior rapidez na identificação dos vírus HIV (da aids) e HCV (a hepatite C).

## Nova espécie de micobactéria

Uma nova espécie de micobactéria (encontrada em ambientes hospitalares), do mesmo gênero da causadora da tuberculose, está circulando pelo país. A descoberta é do pesquisador Jesus Ramos, do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). A nova espécie, batizada como *Mycobacterium fragae*, é o primeiro micro-organismo do tipo descrito por um cientista brasileiro desde 1938, quando José da Costa Cruz, do Instituto Oswaldo Cruz, registrou a existência da *Mycobacterium fortuitum*, informou o site *Globo Online* (25/10).

Segundo Jesus Ramos, a *Mycobacterium fragae* provoca uma doença com sintomas parecidos com os da tuberculose, como infecção no pulmão, o que faz com que seja facilmente diagnosticada e tratada como tal. Essa,

no entanto, não é a melhor estratégia, já que o tratamento padrão da tuberculose é diferente do geralmente usado com outras micobactérias, destaca ele.

O pesquisador conta que a identificação da nova espécie de micro-organismo se deu em amostra de paciente que não estavam respondendo ao tratamento contra tuberculose, enviada do Ceará. "Quanto mais conhecemos sobre esses micro-organismos, melhor conseguimos diagnosticá-los e tratá-los", afirmou Ramos. "Imagino que outros casos de infecção pela *Mycobacterium fragae* estejam acontecendo não só no Brasil como no resto do mundo, mas como a micobactéria não era conhecida, não era diagnosticada", acrescentou. A descoberta e a descrição clínica do caso foram apresentados em congresso sobre saúde pulmonar ocorrido em novembro, em Paris, França.


## Estupros em número maior que homicídios

O número de estupros registrados no Brasil em 2012 foi maior que o de homicídios dolosos (quando há intenção de matar), segundo dados da 7ª edição do *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*, informou (4/11) o portal de notícias G1. De acordo com o anuário, produzido pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, com base em informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema Nacional de Estatísticas em Segurança Pública (Sinesp), do Ministério da Justiça, o país registrou 50.617 casos de estupro em 2012, ou 26,1 estupros por 100 mil habitantes. O aumento é de 18,17% em relação a 2011, quando a taxa foi de 22,1 por 100 mil. Já o número de homicídios dolosos em 2012 foi de 47.136.

Foram considerados estupro todos os casos de "atos libidinosos", o que inclui conjunção carnal ou outro tipo de abuso, de acordo com a mais recente legislação sobre o assunto, de 2009. Antes disso, o Código Penal considerava estupro somente "conjunção carnal mediante violência ou grave ameaça". Em nota, a ministra da Secretaria de Políticas para Mulheres, Eleonora Menicucci, apontou que as mulheres passaram a ter "maior coragem" para denunciar, e o governo adotou o lema "tolerância zero" em relação ao assunto.

O estudo divide os estados em quatro grupos de informação, de acordo com a credibilidade dos dados informados. Os estados do grupo 1 têm alta qualidade de informações e preencheram o Sinesp com dados adequados. Os do grupo 2 preencheram adequadamente, mas não têm informações com alto grau de credibilidade. Os que mais registraram casos de estupro foram Roraima (52,2), Rondônia (49) e Santa Catarina (45,8). Os três estados, no entanto, estão no grupo 2, o que significa que os índices podem ser ainda piores.

Entre os estados do grupo 1, os que apresentaram maiores taxas de estupro foram Rio Grande do Sul (43,5), Mato Grosso do Sul (40,6) e Mato Grosso (38,6). Houve, ainda, estados no grupo 3, que apresentaram qualidade de informações, mas não preencheram corretamente o Sinesp, e do grupo 4 (baixa qualidade de informações e dados passados inadequadamente).

Os estados que registraram menores taxas de estupro por 100 mil habitantes foram Paraíba (8,8), Rio Grande do Norte (9,9) e Minas Gerais (10,1). Minas e Paraíba estão no grupo 1 de qualidade de informações. Rio Grande do Norte está no grupo 3. 

### Radis Adverte

**A atenção integral à saúde se garante com equipe multiprofissional, não com modelo assistencial, centrado no médico.**

SÚMULA é produzida a partir do acompanhamento crítico do que é divulgado na mídia impressa e eletrônica.



## Leite materno & Co.

A última da fabricante de alimentos Nestlé é patentear componentes próprios do ser humano, como o leite materno. Reportagem publicada (2/10) no site Adital, de notícias da América Latina e Caribe, informou que a agência americana que regula drogas e alimentos (FDA, sigla em inglês) define as células humanas como fármaco, de forma que possam competir com outros produtos registrados.

“O material genético presente no leite materno não pode ser patenteado para fins comerciais”, assinala texto divulgado pela organização alemã Netzfrauen, informando que a Nestlé tem 2 mil patentes de componentes do leite materno (que contém cerca de 100 mil componentes diferentes). No informe, a organização considera “simplesmente loucura” a concessão dessas patentes e observa que “produtos naturais, sejam humanos ou do mundo vegetal, como as sementes das plantas”, patenteados e

propriedades de grandes corporações representam “grande mudança de gestão, que permite somente a eles seu poder e domínio”.

Citando reportagem da BBC, a Netzfrauen aponta que a empresa Pro-lacta Biosciences, que tem como um dos diretores um executivo da Nestlé (Ernie Strapazon), planeja coletar leite materno de hospitais e comprá-lo em parceria com outras empresas para comercializá-lo no mercado, para os mesmos hospitais. “Os peitos são das mulheres e o leite que elas produzem lhes pertence”, lembra a Netzfrauen.

Na contramão do comércio, o Brasil possui a maior rede de bancos de leite humano do mundo, de acordo com a OMS, tendo reunido, em 2012, 178 mil mulheres doadoras e coletado 165 mil litros de leite. Milhares de bebês foram amamentados sem a mercantilização do corpo humano.

## Refrigerante faz bem?

Circulou nos jornais em novembro um anúncio que busca *esclarecer* aos leitores que refrigerantes contêm baixo teor de sódio. “Inclusive nas versões zero e light”, como afirma a chamada. O anúncio dá a entender que refrigerantes são inofensivos, demonstrando com infográficos que estão dentro das normas recomendadas pela Anvisa no que diz respeito às doses de sódio. “Muitos alimentos naturais e industrializados contêm elevadas quantidades de sódio, não é o caso dos refrigerantes (...). Por isso, fique atento e aproveite!”, diz o texto.

Se os autores — que, por sinal, não se identificam com clareza, assinando apenas com a sigla Abir, que vem a ser a Associação Brasileira da Indústria de Refrigerantes — queriam puxar pelo viés da saúde o apelo a que os consumidores bebam refrigerantes, deveriam dar outras informações sobre essas bebidas, geralmente banidas das dietas que se pretendem saudáveis.

## Preconceito e discriminação

Organizações da sociedade civil que participam da elaboração do novo Plano Nacional de Educação (PNE) divulgaram (28/10) carta aberta ao Senado Federal em repúdio a declaração preconceituosa do economista Claudio de Moura Castro, feita durante audiência pública (22/10), na Comissão de Educação, Cultura e Esporte daquela Casa.

Ele teria sugerido, em tom de deboche que sua proposta ao PNE seria oferecer “um bônus para as caboclinhas de Pernambuco e do Ceará se casarem com os engenheiros estrangeiros, porque

aí eles ficam e aumenta o capital humano no Brasil, aumenta a nossa oferta de engenheiros”.

Os 38 signatários da carta apontaram a intervenção de Moura Castro como “inadmissivelmente machista e discriminatória” e “uma ofensa às mulheres e à educação brasileira, inclusive sugerindo a subjugação das mesmas por estrangeiros”. Eles solicitaram dos parlamentares a contestação do que ouviram, e do economista, que apresente “as devidas escusas”. A democracia e a sociedade brasileira, desrespeitadas, agradecem.

## ACSs e a luta pelo piso salarial

A reportagem desta edição é apenas mais uma mostra da importância dos agentes comunitários de saúde

(ACS) na garantia da atenção e do cuidado. Merecem, portanto, piso salarial definido e votado e direitos garantidos. Valorizar os ACSs é valorizar o SUS.



## Clima esquentando na Polônia

Pela primeira vez em 19 anos, organizações ambientalistas abandonam uma Conferência do Clima. Realizada em Varsóvia, de 11 a 22 de novembro, a COP 19 deixou insatisfeitos representantes de ongs como Greenpeace, Oxfam e WWF, por conta do ritmo que as negociações vinham tomando e de países voltarem atrás em compromissos ambientais, como informou a *Folha de S. Paulo* (21/11). Para os ambientalistas, o evento, marcado por reveses, chegou a uma situação insustentável. O Japão anunciou que não vai cumprir suas metas de redução de emissão de gases do efeito estufa e países ricos mostraram-se relutantes em destinar recursos à redução de danos causados pelas mudanças climáticas. Trata-se de mais um caso

de cúpulas internacionais em que, da intenção à ação, uma longa distância é cultivada e mantida.



## Portal Fiocruz: visualizações disparam

O Portal Fiocruz, lançado em maio de 2012, ultrapassou as 5,5 milhões de visualizações de página, em pouco mais de um ano no ar. A versão anterior do portal levou cerca de quatro anos para atingir a mesma marca. Conjugando áreas de notícias e de textos institucionais, que buscam levar ao público externo os serviços e produtos da Fiocruz, o portal dá acesso aos demais veículos de comunicação da Fiocruz e seu conteúdo crítico. O Portal Fiocruz é coordenado pelo Centro de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde (CTIC/Icict), mas conta, dia a dia, com a colaboração de diversos setores e unidades da Fundação. Acesse: <http://portal.fiocruz.br>

# DESASTRES NATURAIS

# Primeiro passo é mapear os riscos

FOTO: FELIPE PILAUSKA

---

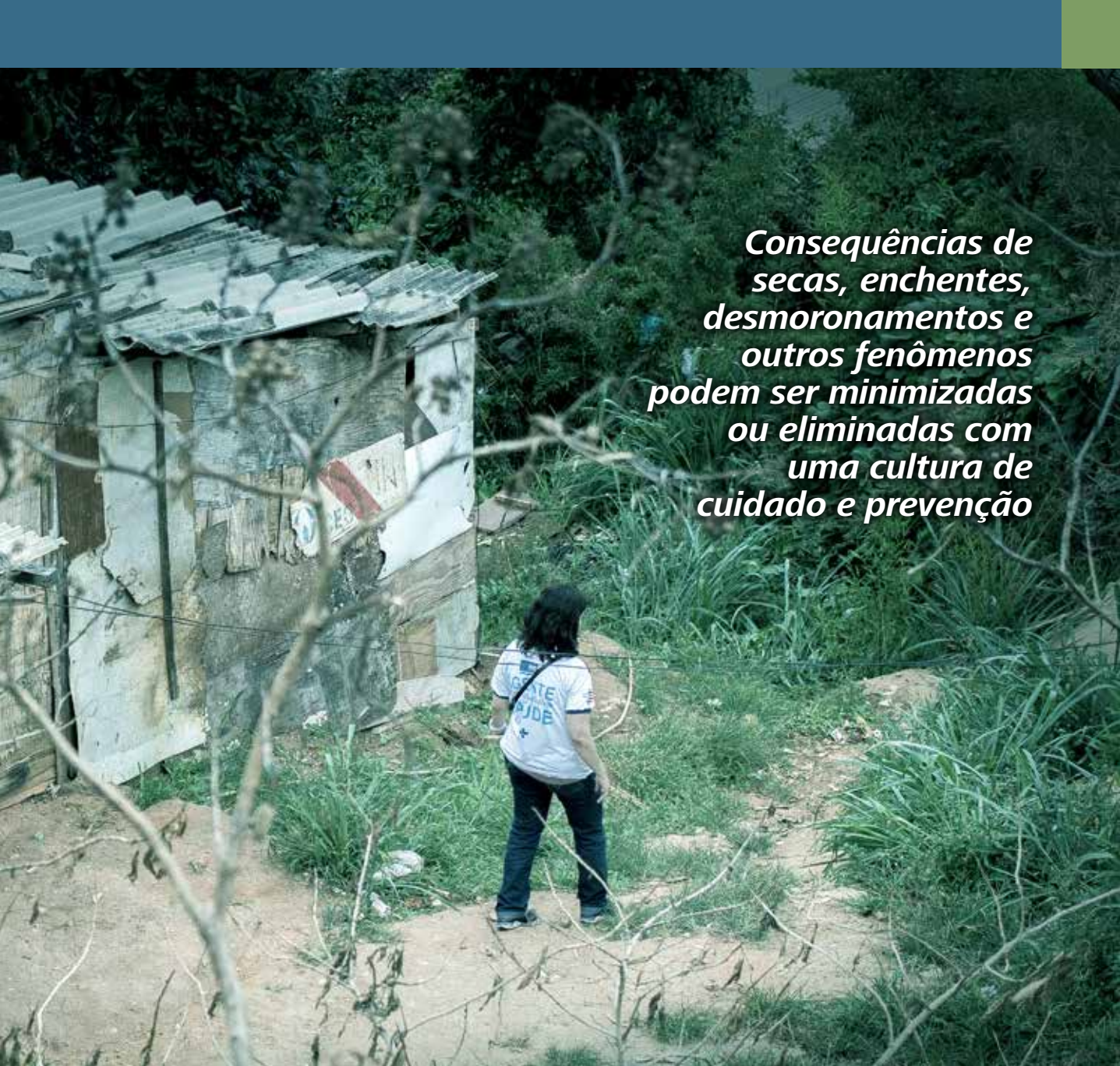
*Liseane Morosini*

**E**m janeiro de 2011, o Morro do Borel, no bairro carioca da Tijuca, ganhou as primeiras sirenes instaladas em comunidades no Rio de Janeiro, para alertar os moradores sobre a iminência de chuvas fortes. Nove meses antes, em janeiro de 2010, eles haviam sofrido com a chuva que inundara a cidade e provocara desmoronamentos. No Borel, moradores ajudaram os bombeiros a salvar vidas entre os que ficaram soterrados. Três pessoas morreram, entre elas, uma criança e sua mãe, que estava grávida. Até hoje, a família convive com a perda. “Eles sofreram muito. Dá para ver que nada vai botar algo no lugar”, diz o agente comunitário de saúde (ACS) Ney Wilson Pereira Chaves, que há seis anos atua no local (ver matéria na pág.21).

Na noite do temporal, recorda-se Ney, faltaram itens básicos para ajudar no socorro às

vítimas e feridos como lanternas, apitos e capas de chuva. Três anos depois, o quadro é outro e os equipamentos estão disponíveis. Os ACSs, como Ney, fizeram um curso com foco em defesa civil e primeiros socorros para atuar na prevenção e na resposta visando reduzir os impactos de um possível desastre. Depois da formação, Ney identifica mais facilmente o risco em barrancos e rachaduras de casas. Já o ACS Anderson Pereira da Silva mostra o celular pelo qual é informado sobre as condições meteorológicas. Pelo aparelho, os ACSs também podem sinalizar possíveis perigos à comunidade. “Hoje a gente tem contato mais direto e sabe quem deve ser procurado”, completa Ney.

Deslizamentos são apenas um exemplo de desastres naturais que acometem os municípios brasileiros e que demandam preparo para evitar ou minimizar consequências. Para a saúde humana, essas consequências se dão tanto em curto, quanto em médio e longo prazos. Por isso, explica



***Consequências de secas, enchentes, desmoronamentos e outros fenômenos podem ser minimizadas ou eliminadas com uma cultura de cuidado e prevenção***

o pesquisador Carlos Machado, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), a atenção à saúde nesses casos não pode ser aquela orientada às situações de normalidade. “A assistência farmacêutica, por exemplo, deve considerar e se adaptar a uma situação de caos”, diz Carlos, coordenador do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes/Fiocruz), dedicado ao desenvolvimento de estudos, materiais e cursos para capacitar o SUS a responder às demandas que se configuram e a reduzir riscos, em caso de desastres.

Como ocorreu no Borel, problemas gerados pela falta de preparo para situações que fogem à normalidade são comuns. Segundo Carlos, em um município gaúcho, moradores perderam documentos e receituários durante uma enchente e, na falta destes, não puderam retirar medicamentos na Unidade Básica de Saúde local. Em 2011, relata, ainda, durante enchentes na Região Amazônica, houve aumento de

casos de hipertensão. “Embora o rio encha na mesma época todos os anos, o período não foi tratado de forma especial”, explica, alertando para a necessidade de planejamento específico para essas situações. As atividades de vigilância epidemiológica adotadas na rotina podem ser ineficazes em um desastre com a proporção do ocorrido na Região Serrana, no Rio de Janeiro (em janeiro de 2011), no qual chuvas acima da média inundaram a cidade e agrediram as encostas dos morros e quem ali vive. “A estrutura de saúde pública foi comprometida, o que pede procedimentos mais ágeis”, diz Carlos.

Crescimento populacional, ocupação de áreas em terrenos de grande instabilidade e, especialmente, mudanças climáticas levaram a um aumento de 268% de desastres naturais em todo o mundo na década de 2000, em comparação aos dez anos anteriores. No Brasil, além de enchentes e inundações, fenômenos como seca e estiagem, geada, furacões, ciclones, incêndios florestais,

Carlos (à esquerda): pobreza, deterioração ambiental e políticas de desenvolvimento aumentam vulnerabilidade; Ney: curso com foco em defesa civil e primeiros socorros, para prevenção



FOTOS: FELIPE PLANSKA



erosão e os movimentos de massa, como deslizamentos, não só ocorrem em maior número como provocam mais vítimas fatais. Dados do *Atlas Brasileiro de Desastres Naturais*, produzido pelo Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres Naturais da Universidade Federal de Santa Catarina (Ceped/UFSC), mostram que, entre 1991 e 2010, cerca de 2,5 mil pessoas morreram no país em mais de 31 mil desastres, muitos agravados pelas atividades humanas. O número de pessoas afetadas chega a 96 milhões.

“Uma combinação de fatores – como pobreza, deterioração ambiental e políticas de desenvolvimento – vem contribuindo para aumentar a vulnerabilidade a tais eventos, com número crescente de pessoas em situação de risco”, observa Carlos Machado.

De acordo com o Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres (Cenad) da Secretaria Nacional de Defesa Civil, só nos últimos dois anos, foram registrados 1,4 mil alertas em municípios do Semiárido, que entraram em estado de emergência ou de calamidade pública em razão de seca e estiagem, fenômenos concentrados no Nordeste — mais da metade dos municípios afetados encontra-se na região.

## CULTURA

Ferimentos, óbitos, traumatismos, surtos e epidemias são algumas consequências dos desastres. Além disso, há perda de recursos humanos, destruição da infraestrutura local de saúde e de equipamentos, danos ao sistema de saneamento e interrupção de

A seca, que se concentra no Nordeste, é o desastre natural mais comum no país: 1,4 mil alertas em municípios do Semiárido



FOTO: WILSON DIAS / ABR

serviços básicos como energia e telefonia.

Se o desastre — que se caracteriza pela séria interrupção do funcionamento de uma comunidade ou sociedade, causando perdas humanas e/ou importantes perdas materiais, econômicas ou ambientais — não pode ser evitado, é essencial o preparo para prevenir suas consequências ou minimizá-las. “Sabemos que não vamos eliminar o desastre, mas temos que fazer com que seu impacto seja menor”, considera David Stevens, assessor de Programas Sênior da Estratégia Internacional das Nações Unidas para a Redução de Desastres (UNISDR, da sigla em inglês). Para ele, o Brasil começa agora a desenvolver uma cultura de redução de riscos, por conta do aumento da ocorrência de desastres naturais. “Em um desastre de maior impacto como um terremoto, a população acaba se conscientizando mais rapidamente. Nossos dramas são inundação e seca, que não têm impacto imediato. Acabamos até convivendo com eles”.

De acordo com as Nações Unidas, o Brasil é o sexto país que mais sofre com catástrofes climáticas. A seca é o desastre natural mais comum, mas são as inundações que mais devastam por virem acompanhadas por deslizamentos de terra, enxurradas e vendavais.

Para ajudar os gestores a conceber ou reformular políticas públicas, e os profissionais de saúde a organizar e planejar melhor as ações para preparação, adaptação e resposta frente às condições de inundações e de seca, com mitigação dos riscos à saúde humana, o Ministério da Saúde elaborou, em 2011, o *Guia de Preparação e Resposta aos Desastres Associados às Inundações para a Gestão Municipal do SUS* e o documento *Orientações para preparação e atuação do setor Saúde frente aos riscos associados às condições de seca*, de 2013.

A Lei 12.608, sancionada em abril deste ano, que institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, e o decreto nº 7.616, de novembro de 2011, que criou a Força Nacional do SUS (*Radis* 132), vêm refletindo maior compreensão do país sobre a necessidade de atuar em prevenção. Outras iniciativas importantes são a criação do Centro Nacional de Monitoramento e Alerta de Desastres Naturais (Cemaden), em 2011, da Força-Tarefa de Apoio Técnico e Emergência, em 2012, e a reestruturação do Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos de Desastres (Cenad), este ligado à Defesa Civil Nacional. Criado para emitir alerta de desastres naturais no país, o Cemaden é um órgão do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação e monitora 359 municípios brasileiros. Em caso de chuva forte, o órgão envia

um aviso ao Cenad, que, por sua vez, informa o evento às defesas civis municipais e também a ministérios, como o da Saúde e o da Defesa, mais diretamente ligados a emergências.

## RECURSOS

Providências relacionadas aos moradores de áreas de risco também fazem parte das estratégias de prevenção. Os que vivem em locais propensos a deslizamentos vêm sendo estimulados a utilizar o pluviômetro feito com garrafa pet para monitorar os índices de chuva. O modelo, simples e de baixo custo, é usado por algumas prefeituras como aliado na análise de índices de chuva. O site da Defesa Civil do município de Teresópolis, no Rio de Janeiro (um dos vitimados pelas chuvas de 2011), traz a imagem que será colada na garrafa e que sinaliza o nível de água acumulado em uma hora e em 24 horas. Se a água atingir nível crítico, é hora de os moradores de áreas de risco procurarem locais seguros. Um aplicativo para celular do sistema de alerta e alarme também orienta sobre a intensidade das chuvas.

Pluviômetros semiautomáticos têm sido ainda distribuídos pelo Cemaden. Visando introduzir a cultura da percepção de riscos de desastres naturais envolvendo a população e fortalecendo as capacidades locais de enfrentamento de eventos adversos, o Cemaden treina ainda equipes da Defesa Civil, agentes comunitários, lideranças comunitárias e moradores de áreas de riscos de diversos municípios brasileiros.

## CIDADES RESILIENTES

Em dezembro de 2012, o Rio de Janeiro passou a contar com o primeiro centro de excelência de redução de riscos das Nações Unidas na América do Sul. Segundo David Stevens, o enfoque é prevenção. Por isso, a ONU criou o programa *Construindo cidades resilientes: minha cidade está se preparando*, que teve adesão de 70 cidades e é apoiado pela Secretaria Nacional de Defesa Civil (Sedec) do Ministério da Integração Nacional. Os municípios que aderem ao programa comprometem-se a seguir um plano de ação com dez passos para reduzir as consequências de desastres naturais (pág. 23). “A redução de riscos de desastres ajuda na diminuição da pobreza, favorece a geração de empregos, igualdade social, ecossistemas mais equilibrados e ainda atua na melhoria das políticas de saúde e de educação”, diz o texto da campanha, que alerta, ainda, ser de responsabilidade do município realizar a primeira resposta em situações de crises e emergências.

Nova Friburgo (RJ), também atingido pelas chuvas em 2011, foi o primeiro município do país a aderir à proposta. Para David, muitas vezes, os problemas não se concentram no desastre, mas na forma como as administrações municipais aplicam os recursos para minimizar seus impactos. “Deixa de ser um problema de desastre, mas de capacidade administrativa”.

Ocupação de áreas em terrenos de grande instabilidade é um dos fatores para o aumento do número de desastres naturais



# Ações de prevenção para salvar vidas

Desde 2010, a Defesa Civil do Rio de Janeiro realiza ações para prevenção do risco de desastres. Entre elas, estão monitoramento das áreas que podem ser afetadas, reflorestamento de encostas, realização de simulados, atuação junto a alunos e professores das escolas municipais, obras estabilizantes, reassentamento de moradores e capacitação de agentes comunitários de saúde, considerados fundamentais na formação de uma cultura de prevenção e no auxílio à resposta a emergências. Até dezembro, serão capacitados cerca de 5,5 mil agentes comunitários, com procedimentos a serem aplicados antes, durante e depois do desastre.

“Aproveitamos a metodologia da Saúde e a experiência dos ACSs”, diz Márcio Mota, subsecretário de Defesa Civil. A meta, segundo ele, é reduzir cada vez mais o risco. Em 2010, a cidade tinha nove pontos considerados vulneráveis. Márcio explica que, inicialmente, foi feito um mapeamento de risco em 117 comunidades onde estavam localizadas 18 mil residências. Em 103 delas foram instalados alarmes sonoros, acionados em caso de chuvas muito fortes, e 83 pluviômetros que, juntamente com um radar e outros 33 pluviômetros instalados anteriormente, permitem melhor monitorar a intensidade da chuva.

A prefeitura cedeu ainda 2,5 mil telefones celulares para os ACSs e para presidentes das

associações de moradores das comunidades com sistema de alarme instalado, para os quais são enviados alertas por mensagem de texto, o Alerta-Rio. Segundo o subsecretário, cerca de 60 mil pessoas já se cadastraram para receber mensagens. Depois do alerta em nível máximo, caso as sirenes toquem indicando a possibilidade de deslizamentos, os moradores de áreas com maior risco devem deixar suas casas e dirigir-se temporariamente a pontos de apoio pré-definidos pela Prefeitura, seguindo rotas previamente sinalizadas.

Desde 2011, são também realizados exercícios simulados nos locais que têm o Sistema de Alerta e Alarme para chuvas fortes. Em outubro, a comunidade da Rocinha, na Zona Sul carioca, recebeu o vigésimo exercício simulado da cidade. Mais de cem pessoas, entre técnicos da Defesa Civil e agentes comunitários, além de voluntários, orientaram a população no acesso aos pontos seguros. Mesmo reconhecendo a importância da ação, decorridos dois anos, o engenheiro Marcelo Abelheira, da Defesa Civil, nota que o simulado começa a perder força, na medida em que muitos moradores se recusam a sair de suas casas para aderir ao exercício. Como forma de intensificar as atividades preventivas, foi criado o Projeto Defesa Civil Itinerante para orientar moradores e explicar o funcionamento do Sistema

Monitoramento das áreas que podem ser afetadas pelas chuvas é uma das ações da Defesa Civil na prevenção de desastres



de Alerta e Alarme Comunitário. Os agentes também atendem solicitações para vistorias em imóveis e, se for necessário, agendam vistoria com a equipe de engenharia.

“Infelizmente o som não é ouvido em toda a comunidade”, diz o ACS Ney Chaves, ao comentar sobre o alcance sonoro dos quatro alarmes instalados no Borel. “O sistema tem vulnerabilidades”, assume Marcelo Abelheira, que reconhece o desafio para que o esquema funcione de forma mais efetiva. Entre eles, o de evitar roubo dos equipamentos e vandalismo. “O ideal seria se cada casa tivesse um alarme, o que é impossível”, diz. Ele admite que, apesar da necessidade, a instalação do sistema enfrenta também a resistência de alguns moradores. Contudo, destaca a importância do lado simbólico do equipamento. “A sirene é cada vez mais eficiente, mas não se pode confiar apenas nela. Ela é um símbolo de mudança e lembra que a comunidade pode ser proativa”, considera.

Márcio acredita que, se a cultura instalada não é preventiva, é preciso mudar o comportamento em relação aos desastres. “A sirene dispara antes que alguma coisa aconteça, e a população espera que algo aconteça para se mexer”. Desde que o sistema foi implantado foi acionado em oito eventos de chuvas em 33 comunidades. “Estamos mais preparados”, diz Márcio.

Apesar dos esforços, ainda é pouco diante da situação de gravidade. No Morro dos Prazeres, no Rio, morreram 34 pessoas em dois deslizamentos ocorridos entre março e abril de 2010. A presidente da Associação de Moradores, Elisa Rosa Brandão, viu de perto a tragédia e luta para que não se repita. “Depois da retirada dos moradores de áreas de risco nenhuma outra medida foi tomada”, diz,



FOTO: PREFEITURA DO RIO

Márcio: metodologia da Saúde associada à experiência dos ACSs no cumprimento da meta de reduzir cada vez mais o risco

alertando que o local precisa de obras de contenção em vários pontos.

No momento, segundo Elisa, há 250 famílias vivendo de aluguel social – incluindo as que foram afetadas diretamente pelos deslizamentos e as que tiveram suas casas demolidas. A entrega de novas casas, que seria realizada em 2011, foi adiada para 2014.

Mesmo sem chuvas, a preocupação continua. “Pontuamos para o poder público a demanda da comunidade por obras de contenção, e estamos preocupados com o que está acontecendo sob o solo das nossas casas”, diz, temendo repetição dos eventos que marcaram os deslizamentos no Morro do Bumba, em Niterói, Rio de Janeiro, quando mais de 200 pessoas foram soterradas. Elisa afirma que a comunidade não quer um projeto implementado sem participação. “Queremos opinar. Se nada for feito, há chance de ocorrer uma nova tragédia”. (L.M.)



FOTO: DIVULGAÇÃO / DEFESA CIVIL

Alarmes sonoros foram instalados em 103 comunidades no Rio de Janeiro e são acionados em caso de chuvas muito fortes

## Ensino, pesquisa e orientação

O Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes) da Fiocruz integra o Centro Colaborador em Saúde Pública e Ambiental da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e busca uma melhor preparação para resposta, reabilitação, recuperação e reconstrução voltados a reduzir riscos e melhorar o preparo da Saúde no enfrentamento de desastres. Por meio do Centro de Conhecimento em Saúde Pública e Desastres, espaço virtual lançado em dezembro de 2012, reúne produções científicas, guias e manuais produzidos no Brasil e na América Latina sobre o tema. O centro atua também na formação e capacitação de pessoal técnico.

Em julho de 2013, o Cepedes promoveu o curso Agentes Locais em Desastres Naturais, com 60 alunos das áreas de vigilância em saúde, agentes de endemias e agentes comunitários de saúde dos municípios de Petrópolis, Teresópolis, Friburgo e Rio de Janeiro. A capacitação realizou-se por meio de parceria entre Fiocruz, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Subsecretaria de Defesa Civil Municipal do

Rio de Janeiro e contou com apoio da Secretaria Nacional de Defesa Civil (Sedec) e do Ministério da Integração Nacional.

A ênfase do curso recaiu nas ações intersetoriais para prevenção, resposta e recuperação e na preparação desses agentes para serem multiplicadores de ações de defesa civil e saúde em desastres naturais. A partir das aulas foi gerado material didático que será utilizado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) para formar 2,5 mil agentes comunitários de saúde de 300 municípios considerados mais vulneráveis pela Defesa Civil Nacional ao risco de deslizamento.

As agentes de vigilância em Saúde Rosângela de Souza e Marcela Schneider fizeram parte da primeira turma e, em outubro, já eram monitoras de um curso específico para agentes do município do Rio de Janeiro, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, com o apoio da Fiocruz, Defesa Civil Nacional e UFF. “Nosso papel é o de informar o morador sobre a possibilidade de um desastre, justamente para prevenir e evitar danos”, entende Rosângela. “É um efeito dominó. Acreditamos que



FOTO: ENSP / FIOCROUZ

Curso de agentes locais em desastres naturais, realizado no Rio de Janeiro: aulas geraram material didático para capacitar 2,5 mil ACSs

desenvolvido para que os agentes locais atuem na prevenção e nas primeiras respostas”, diz Rafael do Nascimento Pinheiro, assessor da coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

Outra ação do Cepedes foi a realização, a pedido do Ministério da Saúde, de pesquisa com as secretarias de Saúde e Defesa Civil dos estados e das capitais sobre a capacidade de preparação e resposta para os desastres naturais e tecnológicos. “Os resultados não foram animadores”, relata Carlos Machado, explicando que os documentos, quando existem, são focados em tipos específicos de desastre. Segundo Carlos, em nível municipal e estadual, são raras as situações como a de Rio Branco, que tem um plano para queimadas e outro para enchentes.

No caso dos estados, a pesquisa aponta que foram poucos os que apresentaram uma coordenação interna que articule os diferentes setores e também externa (intersetorial). Os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Pernambuco apresentaram melhor capacidade

de preparação para resposta aos desastres. “A maior parte das secretarias não tem plano de resposta e, quando o tem, deixa no papel”, diz o pesquisador. Eliane Lima, gerente do Vigidesastres, reconhece a diversidade de capacidade instalada nos municípios. “Não é fácil mudar a realidade de um dia para o outro”, diz ela. “Hoje não dá para definir uma política nacional que englobe todas as modalidades de desastres”. Segundo ela, a segunda fase da pesquisa será realizada no início de 2014 com diagnóstico em municípios considerados prioritários a partir da recorrência de eventos. “O plano multirrisco é uma das ações preventivas. Define o cenário e depois permite que se conheça a capacidade de resposta a fim de que ela seja fortalecida”.

## ARTICULAÇÃO E COOPERAÇÃO

Eliane reforça que a atuação em situação de desastre não é de estrito domínio de um setor. “Temos de fortalecer a articulação e cooperação entre atores em suas competências”, diz. Para ela, as ações de educação e saúde são preponderantes para reduzir o risco a que a população está exposta.

Segundo o diretor de minimização de desastres do Ministério da Integração Nacional, Armin Braun, os municípios e estados devem ter conhecimento dos riscos da sua região, devendo pensar nos desastres previamente, a fim de preparar a cidade e a população. “Essa preparação engloba desde uso e ocupação do solo, até capacitação da comunidade. A atuação preventiva não evitará a ocorrência do evento adverso, mas minimizará as perdas”, diz, considerando necessário que as defesas civis estadual e municipal saibam agir em todas as etapas do desastre, sobretudo na prevenção. Para ele, a preservação de vidas deve ser a maior motivação para o gestor público dar prioridade às ações preventivas. (L.M.)

Inundações, como a de Palmares (PE), são o fenômeno mais devastador, por virem acompanhadas de deslizamentos e enxurradas



FOTO: ANTONIO CRUZ / ABR



# Emergência crônica

**A** pesar de causar menos mortes, secas e estiagens castigam os brasileiros, sobretudo os que vivem no Nordeste — e que estão enfrentando a maior seca ocorrida em 50 anos. De acordo com as Nações Unidas, são mais de 1,4 mil municípios afetados. Silenciosa e sem apresentar impactos visíveis em curto prazo, a seca é uma emergência crônica, vista muitas vezes com certa *normalidade*. A diarreia e as doenças associadas à qualidade da água aumentam o drama das famílias afetadas por esse fenômeno ambiental que pode implicar em consequências negativas sobre a saúde humana, principalmente em crianças e idosos. Em julho, morreram 47 pessoas em Alagoas, sendo 11 no município de Palmeira dos Índios — terra do escritor Graciliano Ramos que, em 1938, retratara no livro *Vidas Secas* os efeitos devastadores da seca na vida de uma família de retirantes. Em Pernambuco, há epidemia de diarreia. Monitoramento realizado pela Secretaria Estadual de Saúde, entre 22 e 28 de setembro, mostrou que, dos 185 municípios do Estado, 18% (33) foram classificados em zona epidêmica e 52% (96) estavam situados em zona de alerta.

## FONTE DE DOENÇA

“O problema está na qualidade da água que chega e no armazenamento e manuseio inadequados”, diz Tatsuo Shubo, assessor de ambiente da

Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz, que participou de visita técnica às cidades de Madalena (CE), Itapetim (PE) e Paulistana (PI). Nesse caso, observa, a água deixa de atuar como agente de promoção da saúde para ser fonte de doença. E essa não é uma questão restrita ao Semiárido. “As pessoas não sabem como tratar a água para consumo e inexistente a percepção de que a água da chuva, por exemplo, deve ser tratada”.

Em 2014, a Fiocruz e a Funasa vão capacitar 50 mil agentes comunitários de saúde, que farão a ponte com as famílias sobre como deve ser feito o manuseio da água para consumo e como a água pode ser corretamente desinfetada com hipoclorito de sódio. “Além disso, muitos moradores acreditam erradamente que o produto também pode ser utilizado para alvejar roupas”, diz Tatsuo, que encontrou variadas formas de abastecimento, sem o cuidado necessário, nas cidades que visitou.

## COLAPSO

Em Itapetim, no Alto Sertão pernambucano, em setembro, o quadro era de colapso no sistema de abastecimento de água da área urbana, realizado pela Companhia Pernambucana de Saneamento (Compesa) em caminhões pipa e em caixas d'água espalhadas pela cidade. “Há filas recorrentes de pessoas com baldes e vasilhames. Em toda a cidade há tonéis e tanques de pedra construídos nas

A dificuldade de acesso soma-se à baixa qualidade da água, que deixa de ser agente de promoção da saúde para virar fonte de doenças



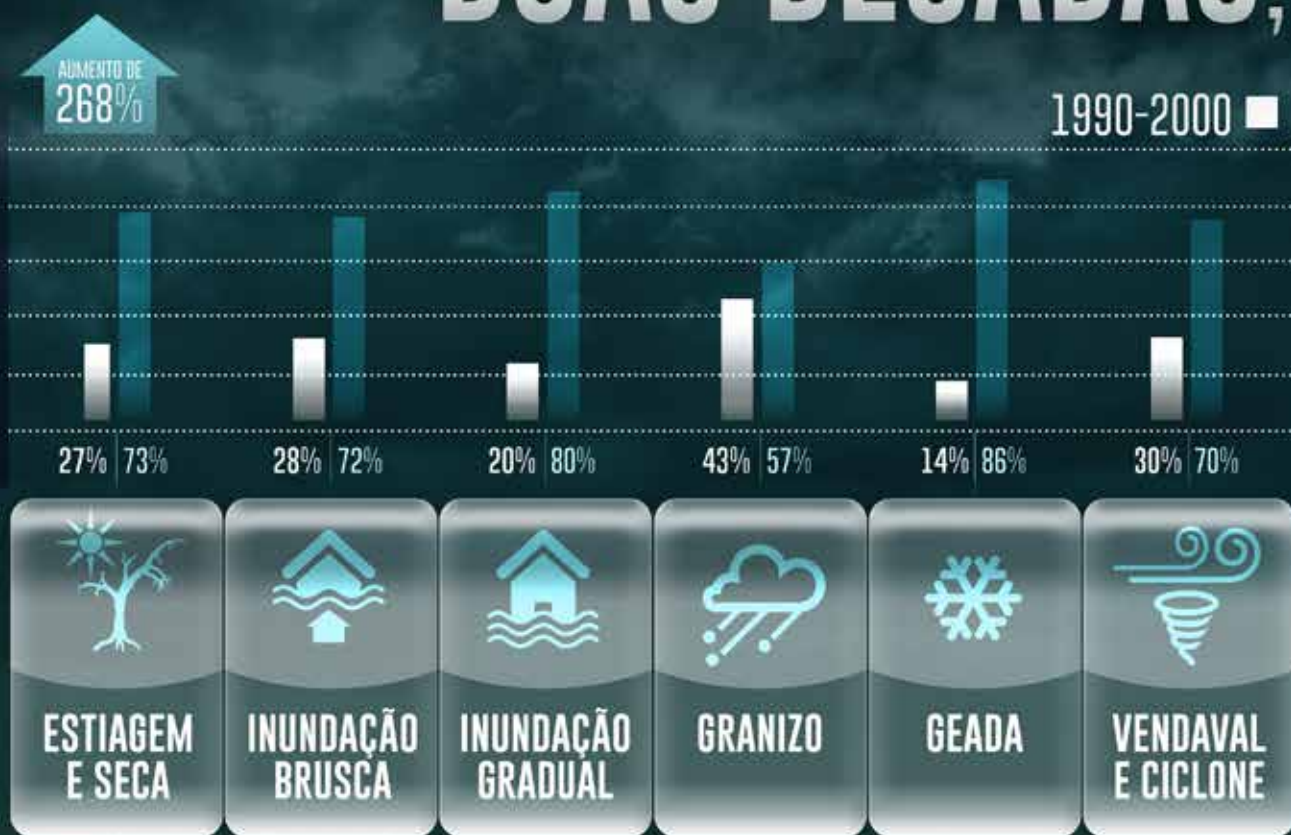
# DUAS DÉCADAS,

AUMENTO DOS REGISTROS NO PAÍS

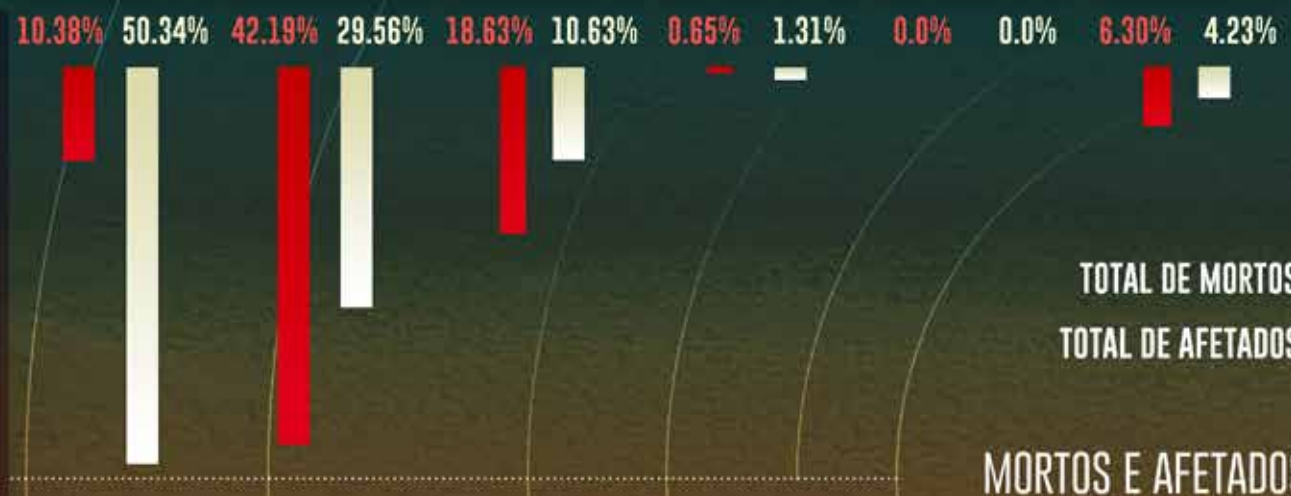
AUMENTO DE  
268%

1990-2000

TIPO DE DESASTRE



MORTOS E AFETADOS POR DESASTRE



4.65%  
3.45%



19.96%  
47.63%



TOTAL DE MORTOS  
TOTAL DE AFETADOS

MORTOS E AFETADOS

# MAIS DESASTRES

2000-2010

TOTAL DE DESASTRES **31.909**



POR REGIÃO





Filas de baldes e vasilhames, ao lado de tonéis e tanques fazem parte do cotidiano de Itapetim (PE): seca não é vista como desastre no setor Saúde

FOTO: TAIS ARIZA

calçadas. Caminhonetes com engradados vendem água como se fosse água mineral”, relata o engenheiro André Monteiro, pesquisador da Fiocruz Pernambuco, que também participou de visita técnica ao município. Na área rural, o abastecimento é feito por caminhões-pipa contratados pelo Exército, outros do Instituto Agrônomo de Pernambuco (IPA) e privados. A água é também distribuída ou vendida por meio de carroças de burro e carros de boi que captam o líquido em locais contaminados. Há, ainda, casas com poço artesiano e cacimbas em leitos secos e riachos, como o Pajeú, que banha a cidade. “O nível de barragens está muito baixo e o acesso à água está numa situação-limite”, conta André, que identificou, ainda, que a água distribuída pela Compesa é turva indicando excesso de cloro. “O transporte indevido e sem vigilância e o armazenamento domiciliar sem cuidado sanitário colocam famílias em risco. Nem mesmo as cisternas dão segurança para o consumo familiar”, afirma. Segundo André, 13,5% dos domicílios estão infestados pelo mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da dengue. Além disso, ele aponta a demora de três semanas na análise laboratorial da qualidade da água. Faltam filtros em um momento no qual são mais necessários. “A questão da água não é uma prioridade e a seca não é vista como uma situação de desastre no setor saúde”, conclui. (L.M.)

## Fenômenos que se repetem

Em 2004, o Catarina, primeiro furacão do Oceano Atlântico Sul (foto), deixou 14 municípios de Santa Catarina em estado de calamidade pública, 33,1 mil desabrigados e desalojados e 18 pessoas feridas. Onze pessoas morreram. Mais de 25,8 mil casas foram atingidas e 993 destruídas. Os prejuízos superaram R\$ 850 milhões e a Defesa Civil estadual estima que um milhão de moradores sofreu com o fenômeno. As chuvas de 2008 atingiram 48 municípios do Vale do Itajaí, também no estado: 25 mil casas e mais da metade da população foram afetadas.

Segundo o Ministério da Saúde, foram perdidos vacinas, medicamentos, equipamentos, sendo que 19 ambulâncias, dois hospitais e 195 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) foram danificados ou destruídos. As UBSs ficaram seis dias paradas. Quatro Estações de Tratamento de Água foram danificadas e um ponto de captação de água foi destruído.

Em 2012 uma inundação atingiu Manaus e cerca de 20 mil famílias vivendo em habitações com condições precárias, próximas a igarapés, sofreram com o avanço das águas sobre suas casas. Doenças como diarreias, leptospirose, dermatites entre outras de veiculação hídrica apresentaram surtos em toda a cidade.

No Rio de Janeiro, em 2010 e 2011, mais de mil pessoas morreram em enchentes e deslizamentos nos municípios de Angra dos Reis e Niterói e na Região Serrana. Cerca de 35 mil pessoas ficaram desalojadas em consequência do que foi considerado o maior desastre natural ocorrido no país. Além disso,

43 estabelecimentos assistenciais de saúde foram afetados.

Em maio de 2012, a região Norte sofreu com as enchentes que provocaram prejuízos superiores a R\$ 60 milhões na agricultura, segundo números da Secretaria Estadual de Produção Rural. O total correspondeu à produção de 14 mil famílias de agricultores afetados pela alta das águas. Em junho de 2010, 95 municípios de Alagoas e Pernambuco foram afetados pelo excesso de chuva: houve 47 óbitos e 157 mil desabrigados ou desalojados e a tragédia afetou 97 estabelecimentos assistenciais de saúde. Só em União dos Palmares, em Alagoas, foram 50 mil desabrigados. Três anos depois, vítimas da enchente de 2010, voltaram a sofrer com as chuvas na mesma cidade e dezenas de famílias foram retiradas das áreas de risco.



FOTO: WIKICOMMONS

# Aprendizado para driblar exclusão no Morro do Borel

“Quando chove meu coração fica normal. Ter medo para quê?”, avalia a catadora de material reciclável Michele Sousa Santos, moradora do Morro do Borel, no Rio de Janeiro. Por opção, ela não participou ainda do simulado realizado na comunidade, para orientar os moradores sobre como proceder na iminência de chuvas fortes. “Apitaram aqueles troços e falaram ‘você têm de ir para o ponto de apoio’. Vou ali fazer o quê? Aguardar a chuva passar?”, pergunta. No Borel, como em outras comunidades que cresceram nas encostas dos morros, a negação do direito à moradia digna transforma-se em aliado da topografia e da geologia para pôr em risco a vida de quem vive ali. Mesmo passando pelo susto de desmoronamentos e deslizamentos anteriores, muitos moradores não deixam suas casas. “Uma situação

difícil”, constata Graziela Silva Sena Madureira, que há três anos trabalha como agente de vigilância sanitária, sendo dois anos e meio no Borel.

A casa de Michele é de tábuas de madeira: quarto, sala, cozinha. Em uma pequena horta, ela planta couve, chicória, alface e cheiro verde. Quando chove, torce para que a enxurrada arraste a sala, não o quarto onde dorme com o marido. Chuva após chuva, lá permanece apesar de há dois anos a casa ter recebido o auto de interdição. Sem ter para onde ir, continua na área que foi desocupada pela prefeitura há dez anos e reocupada por nove famílias vindas de Ilhéus, na Bahia, nas quais há seis crianças. “Minha casa pode cair a qualquer hora. Isso aqui é muito esquisito. A terra às vezes fica descendo. Olha lá a minha cozinha como está”, diz apontando para



Michelle, na porta de sua casa, interditada: torcida para que enxurradas só arrastem a sala e preservem o quarto, onde dorme com o marido



Lenita (à esquerda): simulados envolvendo alunos do cieq; Rosângela e o “resumo da ópera”: casas, erosão, esgoto e lixo; Marcela: sistema perverso exclui população

a camada que deslizou deixando descobertas partes das finas estacas de madeira que apoiam a estrutura.

Na casa ao lado, a sobrinha de Michele, Ediane Santos da Silva, grávida de quatro meses, mora há dois anos com o marido e a enteada, Janaína, de seis. Recentemente, sua irmã Esmeralda, 12 anos, veio de Ilhéus com avó e vai ficar por lá também. Ediane nunca morou em casa de cimento. Apesar do risco, acha que o Borel é melhor do que a Bahia. “Pelo menos aqui tem trabalho”, diz.

### OLHAR SOBRE A REALIDADE

“A percepção do risco depende de cada pessoa”, entende a Agente de Vigilância Sanitária (AVS) Marcela Schneider, que atua no Borel. Ela participou da primeira turma do curso do Cepedes (ver pág.15). O trabalho de campo foi feito no Borel e traz um diagnóstico sobre fatores de risco da comunidade. “O curso ampliou meu olhar sobre a realidade”, afirma Marcela, que vê grande perversidade no sistema que exclui boa parte da população à moradia digna. “Muitas vezes é uma questão de sobrevivência. A família mora numa área de risco, vai se cadastrar para receber o aluguel social e depois conseguir uma casa. Essa é a única chance que ela tem de conseguir habitação própria”, analisa.

Topografia alia-se à ausência de direito à moradia digna para levar risco às comunidades que cresceram nas encostas

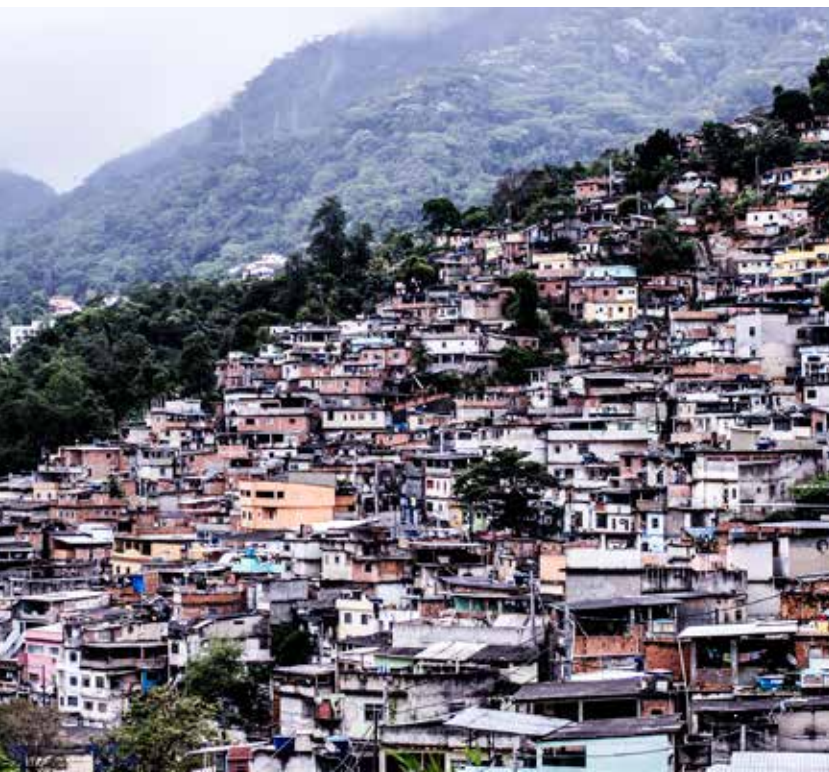
Marcela olha para o morro e vê que tudo colabora para que haja graves consequências na iminência de um desastre. “É uma casa em cima da outra, em área escorregadia. A topografia e a geologia ajudam, mas as casas são construídas de forma irregular, sem estrutura profunda, e há casas sem escoramento”, diz. A seu lado, a também AVS Rosângela de Souza aponta o amontoado de lixo. “É o resumo da ópera: casas, erosão, esgoto e muito lixo”.

“Consciência é o que falta”, considera o gari Rogério dos Santos Bastos que, diariamente, sobe o morro para coletar lixo com veículos adaptados ao tamanho das ruas estreitas da comunidade. A coleta não consegue atender à necessidade: o lixo é jogado nas encostas, entope cursos de água e esgotos e, quando chove, é fator de risco para o desastre. O AVS Marco Antonio dos Santos diz que a população é orientada sobre a necessidade de coleta do lixo. Marcela identifica uma relação mais profunda da comunidade com o lixo que é produzido. “Às vezes, a pessoa vem de um lugar em que não tinha nada, infinitamente pior e mais pobre. E produzir lixo é sinal de aquisição de bens, de possibilidade de consumo”.

### PONTO DE APOIO

Em um dos acessos ao Borel, fica o Cieq Antoine Magarinos Torres Filho, ponto de apoio em caso de alerta máximo na comunidade, recebendo moradores e sediando, há três anos, simulados que envolvem toda a escola e voluntários da comunidade. As crianças assumem diferentes papéis na ação. “O objetivo é salvar vidas. Os bens materiais a gente sabe que conquista de novo”, diz a diretora, Lenita de Sousa Vilela, entusiasta do trabalho. Os alunos do quinto ano são envolvidos em um projeto escolar voltado à prevenção e depois passam a conscientizar a escola inteira. “Ninguém melhor do que a criança para ser um multiplicador na casa e na família”.

O primeiro simulado foi realizado em agosto de 2011: os alunos pegam seus kits (com remédios e documentos), desligam a chave da luz e o registro de gás e dirigem-se aos pontos de apoio sinalizados pela Defesa Civil, recebendo orientações sobre riscos geológicos na comunidade e a localização das sirenes. “Eles ficam mais responsáveis. Na hora da chuva, sabem que atitudes devem ser tomadas”, diz a professora Eliane Maia Einsiedler. “Eles não podem ficar no escuro”, acrescenta a colega Alessandra Aguiar Barbosa. “Se os pais não estão em casa, alguns ficam responsáveis pelos irmãos, ou sozinhos. E saberão como proceder”. (L.M.)



FOTOS: FELIPE PLAUSKA

# Dez passos para construir cidades resilientes

Uma cidade resiliente é aquela que tem a capacidade de resistir, absorver e se recuperar de forma eficiente dos efeitos de um desastre e, de maneira organizada, prevenir que vidas e bens sejam perdidos. Os itens abaixo referem-se à campanha *Construindo cidades resilientes: minha cidade está se preparando*, da Estratégia Internacional para a Redução de Desastres (EIRD), da Organização das Nações Unidas (ONU), iniciativa da Secretaria Nacional de Defesa Civil (Sedec), do Ministério da Integração Nacional. O objetivo é sensibilizar governos e cidadãos para os benefícios de se reduzirem os riscos por meio da implementação desses dez passos.

1. Estabeleça mecanismos de organização e coordenação de ações com base na participação de comunidades e sociedade civil organizada, por meio, por exemplo, do estabelecimento de alianças locais. Incentive que os diversos segmentos sociais compreendam seu papel na construção de cidades mais seguras com vistas à redução de riscos e preparação para situações de desastres.

2. Elabore documentos de orientação para redução do risco de desastres e ofereça incentivos aos moradores de áreas de risco: famílias de baixa renda, comunidades, comércio e setor público, para que invistam na redução dos riscos que enfrentam.

3. Mantenha informação atualizada sobre as ameaças e vulnerabilidades de sua cidade; conduza avaliações de risco e as utilize como base para os planos e processos decisórios relativos ao desenvolvimento urbano. Garanta que os cidadãos de sua cidade tenham acesso à informação e aos planos para resiliência, criando espaço para discutir sobre os mesmos.

4. Invista e mantenha uma infraestrutura para redução de risco, com enfoque estrutural, como, por exemplo, obras de drenagens para evitar inundações; e, conforme necessário, invista em ações de adaptação às mudanças climáticas.

5. Avalie a segurança de todas as escolas e


postos de saúde de sua cidade, e modernize-os se necessário. A campanha propõe uma lista de passos essenciais para construção de cidades resilientes que podem ser implantados por prefeitos e gestores públicos locais. A lista original das cinco prioridades do Quadro de Ação de Hyogo, um instrumento chave para ações de redução e riscos de desastres. Alcançando todos, ou mesmo alguns dos Dez Passos, as cidades passarão a adotar uma postura resiliente. Estructure seu Conselho Municipal e, junto aos gestores públicos locais, participe agora mesmo da Campanha!

6. Aplique e faça cumprir regulamentos sobre construção e princípios para planejamento do uso e ocupação do solo. Identifique áreas seguras para os cidadãos de baixa renda e, quando possível, modernize os assentamentos informais.

7. Invista na criação de programas educativos e de capacitação sobre a redução de riscos de desastres, tanto nas escolas como nas comunidades locais.

8. Proteja os ecossistemas e as zonas naturais para atenuar alagamentos, inundações, e outras ameaças às quais sua cidade seja vulnerável. Adapte-se às mudanças climáticas recorrendo a boas práticas de redução de risco.

9. Instale sistemas de alerta e desenvolva capacitações para gestão de emergências em sua cidade, realizando, com regularidade, simulados para preparação do público em geral, nos quais participem todos os habitantes.

10. Depois de qualquer desastre, vele para que as necessidades dos sobreviventes sejam atendidas e se concentrem nos esforços de reconstrução. Garanta o apoio necessário à população afetada e suas organizações comunitárias, incluindo a reconstrução de suas residências e seus meios de sustento. 

Fonte: *Construindo cidades resilientes* ([www.integracao.gov.br/cidadesresilientes](http://www.integracao.gov.br/cidadesresilientes))

## SAIBA MAIS

Atlas Brasileiro de Desastres Naturais  
<http://150.162.127.14:8080/atlas/Brasil%20Rev.pdf>

Guia de preparação e resposta aos desastres associados às inundações para a gestão municipal do SUS  
<http://goo.gl/2sqTlw>

Orientações para preparação e atuação do setor Saúde frente aos riscos associados às condições de seca  
<http://goo.gl/sLcI3O>

Guia para jornalistas e profissionais de mídia — O desastre sob o enfoque de novas lentes. Para cada efeito, uma causa  
[www.care.org.br/wp-content/uploads/2012/12/O-Desastre-sob-o-enfoque-de-novas-lentes.pdf](http://www.care.org.br/wp-content/uploads/2012/12/O-Desastre-sob-o-enfoque-de-novas-lentes.pdf)

Como construir cidades mais resilientes – Um guia para gestores públicos locais, da UNISDR  
[www.onu.org.br/img/2013/05/unisdr\\_guiagestorespublicosweb.pdf](http://www.onu.org.br/img/2013/05/unisdr_guiagestorespublicosweb.pdf)

Video do curso Agentes Locais em Desastres Naturais  
<http://goo.gl/jEyqrV>



# Mídia para mudar a mídia

*Coletivos midialivristas rompem com a forma centralizada de produzir e transmitir informação e trazem à tona debate sobre direito à comunicação*

Ana Cláudia Peres e Liseane Morosini

Quando o repórter Ninja Filipe Peçanha foi preso em junho pela Tropa de Choque da Polícia Militar do Rio de Janeiro, ele transmitiu ao vivo o episódio. A cobertura do primeiro dia da visita do papa Francisco ao Brasil acabara em confronto com a PM, nos arredores do Palácio Guanabara — sede do governo do estado. Junto com outros manifestantes, o repórter foi conduzido à 9ª DP, no Catete, para “averiguação”. Antes de entrar no carro da polícia, Filipe (conhecido como Carioca) estava com o celular quase sem bateria, mas conseguiu emprestado o aparelho de um manifestante e continuou a transmitir. A imagem fragmentada e o som difuso não impediram que cerca de 10 mil pessoas permanecessem ligadas na internet durante boa parte da madrugada acompanhando o que se passava. Por horas a fio, foi possível ouvir o coro que vinha das ruas (“Ei, polícia, solta a mídia Ninja!”), assistir à chegada da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e conferir a liberação dos ativistas, um após o outro.

As manifestações que tomaram as ruas do país em junho — e vêm se mantendo como forma de a população se fazer ouvir — trouxeram à tona outro debate que diz respeito ao direito à comunicação. Coletivos de mídia livre e comunicadores independentes municiaram-se com a tecnologia do *streaming* e, com imagens captadas por smartphones e tablets, passaram a transmitir conteúdo em estado bruto, sem edição, diretamente dos protestos. Além disso, uma profusão de relatos, fotografias e vídeos toma conta dos perfis nas redes sociais e páginas do Facebook.

## OUTRAS MÍDIAS POSSÍVEIS

Ao produzir e distribuir aquilo que não se vê nos jornais e TVs, essas experiências desafiaram o modo tradicional de transmitir informação próprio dos grandes conglomerados de comunicação e passaram a indicar outros formatos narrativos e de mídias possíveis. O coletivo Mídia Ninja — o nome deriva das iniciais de Narrativas Independentes,



Jornalismo e Ação — foi um dos pioneiros desse formato e tornou-se a face mais visível da proposta, sendo, por vezes, usado como sinônimo de modelo colaborativo de compartilhamento de informação.

“É um tipo de narrativa muito mais interessante do que a ideia pobre e corporativista de jornalismo”, considerou a diretora da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Ivana Bentes, no blog Jornalismo nas Américas, referindo-se aos Ninjas. Para ela, a Mídia Ninja trabalha com a comoção, o desejo e a participação social. Em outra entrevista ao site IHU da Universidade do Vale dos Sinos (Unisinos), a professora observou que essas experiências apontam para um “novo fenômeno de participação social e de midiativismo (ativismo e protestos), que utiliza a mídia e as redes sociais, celulares e outras tecnologias para produzir um estado de comoção e mobilização”.

Horas depois de liberado, Carioca usaria sua página no Facebook para compartilhar: “Eles tentaram derrubar nossa transmissão ao deter um, dois, três Ninjas. Mas eles não entenderam que não é uma câmera, um repórter... É uma rede. Podem até derrubar um. E assim surgem outros mil”.

## OS MUITOS “NINJAS”

São incontáveis as experiências que desmontaram no Brasil com as manifestações de junho. Algumas utilizam a expressão Ninja no nome, ainda que não possuam vínculo direto com o coletivo de origem paulista. A identidade está na forma e no conteúdo trabalhados. É o caso do Rapadura Ninja, do Ceará, que cobriu os protestos no Parque do Cocó, em Fortaleza, durante o mês de agosto, e do Baixada Ninja, que marcou presença nas ruas do Rio de Janeiro, desde que os manifestantes acamparam no Leblon, em frente à casa do governador do estado, Sérgio Cabral, no levante que ficou conhecido como Fora, Cabral!. Uma rápida navegada na internet sugere outros exemplos: Rio na Rua, Olho Suburbano, Cidadão Anônimo, além de comunicadores que assinam páginas próprias, como Rodrigo Modenesi e Bruna Neiva.

“Todas as coberturas têm sua devida importância. Para mim, foi impressionante cobrir a Marcha Fúnebre na Avenida Rio Branco, em 31 de outubro, com pessoas jogando papel picado e fazendo bolinhas de sabão do alto dos prédios em apoio aos manifestantes”, conta Bruno Nogueira, da Baixada Ninja. A transmissão feita por Bruno possibilitou a muitos internautas se emocionar ao som de uma música melancólica entoada pelo grupo e ver um manifestante por vez gritar o nome de algum preso político e de pessoas de comunidades mortas nos últimos confrontos com a polícia. Nada disso foi televisionado. Formada apenas por Bruno, a Baixada Ninja tem página no Twitter e conta no Facebook e colabora eventualmente com a Mídia Ninja.

Durante o 3º Simpósio Política e Saúde, promovido pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em novembro, o integrante do Mídia Ninja Ney Hugo foi convidado a debater *Qual projeto de Sistema de Saúde o povo brasileiro quer?* Para ele, o que está em jogo com os novos formatos midiáticos é a possibilidade de entender a comunicação como direito humano. “A gente acredita que as concessões

públicas de TV e Rádio deveriam estar apostando em conteúdos mais diversos, não só trabalhando as pautas de interesse dessas empresas”, provocou Ney, apostando que agora é a vez do “cidadão multimídia”. “Quem acessa a internet”, observou, “pode ser produtor, não apenas receptor de conteúdo”.

## PAUTA CONVERGENTE

Na cobertura dos midiativistas, há uma pauta difusa e ao mesmo tempo convergente. Sob o guarda-chuva da democratização da comunicação, os coletivos disputam sentidos com a mídia comercial e trazem à baila outros olhares para temas como desmilitarização da polícia, Copa do Mundo, projetos de reforma urbana ou ainda a política sobre drogas. “Em comum, havia uma necessidade de registro de uma parte da história que não estava sendo contada e um certo desapego às ideias de imparcialidade e objetividade jornalísticas”, diz Pedro Rocha, do coletivo Nigéria. Bruno Rodrigues, do Baixada Ninja, concorda: “O que existe de comum entre os coletivos é a forma de levar a informação ao público, mostrando o que a TV não mostra, tendo por base o caráter sincero das comunicações ativistas”.

Basta estar conectado para poder participar dos chats, opinar, sugerir, intervir no processo. Tudo ao mesmo tempo. Enquanto na rua os comunicadores transitam de um lado para o outro, entram em confronto com a PM e respiram gás lacrimogêneo, os internautas enviam perguntas, fornecem informações e conversam sobre os episódios narrados. É comum, por exemplo, dicas facilitarem o trabalho dos repórteres em campo, como a indicação do posicionamento da Tropa de Choque ou a reprodução de testemunhos que são incorporados à cobertura.

FOTO: EDUARDO SÁ / FAZENDO MÍDIA



Carioca (ao lado) e Bruno Torturra, do Mídia Ninja: midiativismo, novas narrativas e disputa de sentidos com a mídia comercial

FOTO: FORA DO EIXO





## 'RODA VIVA' E PREFEITO

A Mídia Ninja propriamente dita já opera há cerca de um ano e meio como uma espécie de laboratório de comunicação alternativa. Braço comunicacional do Circuito Fora do Eixo — rede de coletivos culturais criada em 2005 para estimular a circulação de artistas e produtores —, tem na bagagem a cobertura ao vivo de acontecimentos como as manifestações no Egito este ano. Em abril, cobriu os dois dias de julgamento dos acusados pelo assassinato de um casal de extrativistas em Marabá, fato que mobilizou os movimentos sociais de luta pela terra, mas não mereceu a cobertura da mídia comercial. Com os protestos de junho, o coletivo ganhou projeção e virou vitrine — para o bem e para o mal.

Barrado em uma coletiva de imprensa com o governador do Rio, Sérgio Cabral, recebeu no mesmo dia convite para entrevista exclusiva com o prefeito do Rio de Janeiro, Eduardo Paes. Em 19 de julho, às 19h, de celular em punho, eles começaram a transmissão do que seria um “verdadeiro *round*”, nas palavras deles próprios, diretamente do gabinete do prefeito. Diferente da cobertura de rua — na qual os comentários dos internautas em tempo real são de incentivo aos repórteres —, na entrevista com o prefeito, predominou uma crítica ácida à postura acuada dos jovens frente ao desempenho do político experiente.

## BAIXA RESOLUÇÃO, ALTA FIDELIDADE

Em carta aberta publicada em sua página do Facebook, horas depois da entrevista, o coletivo fez um *mea culpa*. “De um lado, um profissional da política, debates e entrevistas, particularmente hábil e bem treinado na conveniente arte de tergiversar. Do outro, uma rede de jornalismo independente que está organicamente, em fluxo, buscando sua estrutura editorial”, dizia o texto, que não se furtava à autocrítica. “É no processo, na experiência, na transparência, no teste real, ao vivo e sem cortes, que estamos avançando. Construindo nossa base de público e equipe”. A carta terminava alertando que a discussão sobre essa experiência de jornalismo “de baixa resolução e alta fidelidade” estava apenas começando.

Dias depois, em 5 de agosto, no programa

*Roda Viva*, da TV Cultura, a Mídia Ninja passaria por nova prova de fogo. No centro da entrevista, respondendo às perguntas, o jornalista Bruno Torturra, pela Mídia Ninja, e o produtor cultural Pablo Capilé, pelo Fora do Eixo — que também opera o *streaming* colaborativo Pós-TV, baseado na interatividade e na liberdade de formatos e de expressão. O clima foi de embate entre “a velha e a nova mídia”, como definiu o Blog da Cidadania, criticando o fato de a bancada de entrevistadores insistir em pensar o movimento pela “lógica binária” da mídia corporativa.

## ECOLOGIAS EM DISPUTA

Para o pesquisador da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) Fábio Malini, o grande debate a ser feito é sobre o poder midiático. “Trata-se de duas ecologias em disputa, porque estão em lados opostos. Essa disputa acaba se personificando em figuras como Globo e Mídia Ninja. Ou seja, são elementos que se reduzem a duas formas que demonstram o conflito que estamos vivendo do ponto de vista de mídia”, aponta. Em entrevista ao Instituto Humanitas Unisinos, o pesquisador disse não ver uma nova prática de produção de reportagem. “A metáfora do Ninja é, no final das contas, a generalização da capacidade coletiva de contar — de modo multimídia — as histórias de rua e amplificá-las pela rede densa de perfis nas redes sociais”.

O colunista Artur Xexéo, de *O Globo*, já tachou os Ninjas de “grupo de videomakers”. E perguntou: “Alguém acredita mesmo que, com a internet no ar há mais de 20 anos, a transmissão de um evento ao vivo pode ser considerada uma novidade?”.

Em julho, o blog do Centro Knight de Jornalismo nas Américas observou que a surpresa não estaria na forma, mas na visibilidade que a prática ganhou. O cientista político Giuseppe Cocco, professor da ECO/UFRJ e militante da Universidade Nômade, elogia a ideia de uma “mídia da multidão”, mas alerta para o fato de que “uma multidão de mídias é a pluralidade, e não só uma. É a descentralidade”. Foi o que disse ao informativo Canal Ibase, chamando a atenção exatamente para a necessidade de valorizar todas as possibilidades que essa prática coletiva sugere.

Para fazer as transmissões ao vivo, é necessário um smartphone com acesso a 3G e um laptop. Pode ser usado o aplicativo gratuito Twitcasting,

Da esquerda para direita: cena do documentário ‘Com vandalismo’, do coletivo Nigéria; Marcha Fúnebre, que o Baixada Ninja possibilitou chegar aos internautas; e Ninja em ação



FOTO: REPRODUÇÃO



que leva o conteúdo direto para a rede. Na internet, é possível encontrar um passo-a-passo para quem quer produzir e compartilhar conteúdo, além de dicas para a transmissão. Mas para ser um mídia-livista, é preciso carregar na mochila, além da tecnologia, um pouco de coragem. Nos confrontos de rua, os mídiavivistas transmitem do centro da cena, em meio à multidão, enquanto os grandes veículos em muitas ocasiões se limitam aos planos e tomadas aéreas. Durante os protestos no Brasil, a imprensa convencional chegou a ter profissionais expulsos das manifestações.

## MONOPÓLIO NARRATIVO

Para Bruno Torturra é “curioso” duvidar-se de que aquilo que o coletivo pratica é jornalismo. “Eu não entendo dois jornalismo”, argumenta. “O que existe é jornalismo: bom, ruim, verticalizado, que visa ao lucro, engajado, ao vivo, investigativo, parcial. Dá para discutir que tipo e qualidade de jornalismo a gente faz e a relevância dele”, disse.

Para Torturra, o mais importante é avaliar a crise do jornalismo. “Há uma quebra do monopólio narrativo. E a discussão agora é mostrar como se conta uma história”, considera. Em entrevista à *Radis*, ele disse que a checagem de informações é também preocupação para a Mídia Ninja. “Mas não temos problema em um comunicador Ninja ser um ativista”, pondera. “Porque o ativista também tem o direito de ser mídia, tem o direito de colocar a versão dele como manifestante”.


Ainda antes dos protestos de junho, Torturra, fez, no blog Casca de Besouro, um convite à lógica do compartilhamento de informação. O texto indagava: “É o jornalismo em si que está moribundo? Ou o modelo comercial de distribuição de informação? É o ofício de catalizar o diálogo público com fatos e opiniões que está com os dias contados? Ou o pensamento analógico, ganancioso, baseado em números de circulação e venda de publicidade? Não estaremos confundindo, reféns da tediosa periodicidade de publicações e salários, jornal com jornalismo?”.

Silvio Bacci, editor do jornal *Le Monde Diplomatique*, disse acreditar nos novos formatos. “A sociedade está conseguindo se alimentar dessas formas inovadoras de comunicação para ir criando outras opiniões a respeito da vida, dos

partidos políticos, do que quer para a sociedade, a saúde, a educação”, analisa. Para Bacci, os protestos, manifestações e revoltas que têm vindo à tona no cenário atual acabaram organizando milhões de pessoas que foram às ruas ao arpejo da vontade da grande mídia. “Não foi ela que convocou. Então, a mídia é uma grande formadora de opinião, mas hoje em dia não é a única”, apontou em entrevista à *Radis*.

## PRÓXIMOS PASSOS

A receptividade da proposta de livre circulação de imagens e informações promovidas pelos mídiavivistas levou-os da condição de alternativos à de protagonistas. Agora, eles lidam com o desafio de consolidar esse fazer independente. Para além da cobertura ao vivo e online, outras ideias vêm ganhando corpo como a iniciativa do próprio Mídia Ninja de criação de um site ou agência para abrigar conteúdo. Essas e outras ideias são discutidas em espaços como assembleias e reuniões sistemáticas na sede do grupo ou nos Fóruns de Mídia Livre. Enquanto isso, as páginas desses coletivos e os perfis pessoais nas redes sociais já abrigam outros formatos narrativos, a exemplo de documentários e ensaios fotográficos.

Para Pedro Rocha, do Nigéria, a tendência é que se amplie a rede de comunicadores que faz esse tipo de trabalho, como também a audiência e consequentemente a responsabilidade desses grupos. O coletivo que Pedro integra, em Fortaleza, investiu em uma solução diferente da transmissão ao vivo. Depois de cobrir quatro manifestações em pouco mais de uma semana, a decisão foi por fazer um filme que contasse a história daqueles dias. O tempo entre filmagem, edição e lançamento não levou mais do que três semanas. O resultado é *Com Vandalismo*, documentário de 1h12min, disponibilizado em sites de compartilhamento, que já conta com mais de 100 mil visualizações no Youtube, desde que foi lançado, em julho. O documentário vem sendo exibido em escolas, sindicatos e em manifestações. Na opinião de Pedro, a força desses novos formatos vai trazer consequências irreversíveis “para o debate em torno do marco civil na internet, a revisão das concessões de rádio e TV e o fortalecimento de uma comunicação realmente pública no Brasil”. 

## SAIBA MAIS:

### Cartilha

*Cartilha Pós-TV* (Como fazer uma transmissão)  
<http://goo.gl/Ad8iig>

### Documentário

*Com vandalismo* (Nigéria-CE)  
<http://goo.gl/iCHSTW>

### Páginas dos coletivos

Mídia Ninja:  
<http://goo.gl/RxwNTO>

Baixada Ninja:  
<http://goo.gl/pB1OgZ>

Nigéria:  
<http://goo.gl/pmkjif>

Cidadão Anônimo:  
<http://goo.gl/jZSKM>

Rapadura Ninja:  
<http://goo.gl/IMaAfN>

Rio na Rua:  
<http://goo.gl/YTPes8>

Olho Suburbano:  
[http://pt.twitcasting.tv/olho\\_suburbano](http://pt.twitcasting.tv/olho_suburbano)

### Para assistir

<http://twitcasting.tv/>

<http://canalpostv.blogspot.com.br/>



FOTO: EBAIXADA NINJA



FOTO: MÍDIA NINJA

# Acolhimento no fundo do mar

*Crianças e adolescentes atendidos no Instituto Fernandes Figueira ganham ambientação humanizada, perdem o medo e ficam menos expostos à radiação*



Pedro, de 6 anos, se diverte no tomógrafo transformado em prancha no IFF/Fiocruz: ambientes humanizados aliviam o medo dos pequenos pacientes

**T**á bonito, aqui.  
- É o que está mais bonito, Pedro?  
- Tudo. Antes, era branco e gelado.  
Agora, tem até pipa.

O rápido diálogo nem parece que aconteceu em uma sala de tomografia, entre um garoto de 6 anos e a reportagem da *Radis*, tendo por testemunhas duas médicas e dezenas de aparelhos. O ambiente, que costuma provocar medo e ansiedade até entre os mais crescidos, passou a ser motivo de encantamento. Em vez da maca cinzenta, uma prancha colorida. No lugar do túnel, uma boia gigante. O novo tomógrafo virou um barco. O teto, um céu com nuvens, pipas e luzes estroboscópicas. As paredes, normalmente brancas e estéreis, ganharam cores, uma reprodução da Baía de Guanabara, o Pão de Açúcar, o bondinho.

Desde que foi inaugurada, em outubro, a nova sala de tomografia do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) vem transformando em diversão o assustador exame. “Na verdade, a preocupação com humanização existia muito antes”, conta a radiologista-pediatra Márcia Boechat, coordenadora do serviço, lembrando que o Instituto já lançava mão de soluções como o uso de brinquedos, decalques e livros para fazer os atendimentos. “Mas, por mais que a gente tentasse desconstrair, as intenções não funcionavam o suficiente. Ao entrar na sala e se deparar com aquele ambiente nada amigável, era comum que as crianças ficassem em choque”, diz a médica.

## EFEITO TERAPÊUTICO

A ideia de deixar o espaço mais acolhedor começou a tomar forma com a aquisição, neste segundo semestre, do novo tomógrafo, que reduziu de dois minutos para dois segundos o tempo de uma tomografia de crânio, por exemplo. Essa agilidade, no entanto, ficava comprometida. “O ambiente ainda era inóspito e continuávamos perdendo muito tempo para convencer a criança a entrar na sala, ser posicionado e finalizar o exame propriamente dito”, completa Tainá Olivieri, física-médica e supervisora de radioproteção do Serviço de Radiologia do IFF. Ela aponta o efeito terapêutico que a medida pode exercer sobre pacientes que já estão internados no hospital e precisam, de forma recorrente, do serviço para exames. “A sala humanizada diminui a ansiedade das crianças e dos pais e dá agilidade à rotina”, diz.

Janaina Lima Henrique, a mãe do pequeno Pedro, concorda. “Antes era um problema o dia em que as crianças sabiam que tinham de vir aqui. Agora, com todos esses adesivos e cores, eles estão totalmente à vontade. Parece até que perderam o medo de fazer exame”, arrisca Janaina que, naquele dia, passaria manhã e tarde no IFF acompanhando a filha Jamile Vitória, de sete anos, em exames de tomografia e raio X. “O Pedro fez uma cirurgia de amigdalite e adenoide há dois meses, pensei que fosse estar com trauma de hospital e entrar em pânico aqui. Mas olha só o jeito do garoto”, constatou, ao encontrar o filho animado entre macas e



FOTO: PETER ILIC/VEIC/CT/FOICRUZ

tubos de oxigênio — ou melhor, entre submarinos e peixinhos.

Para Márcia Boechat, a transformação do ambiente gera um ganho ainda maior, que não é visível nas fotografias que os pais costumam fazer do novo local: ao distrair as crianças e deixá-las mais confortáveis, além de acelerar o tempo de realização dos exames, tornam mais rara a necessidade de repetição de um raio X ou uma tomografia. “Com isso, estamos reduzindo o tempo de exposição do paciente à radiação e toda medida que se tomar nesse sentido é bem-vinda”, diz. “Essa foi a motivação principal das mudanças que fizemos nas salas”, explica Márcia.

Sala de raio X reproduz o fundo do mar, seguindo exemplo do Hospital Jesus (RJ), primeiro da rede pública a redesenhar espaços e equipamentos

## INSPIRAÇÃO

O novo serviço de Radiologia do IFF foi inspirado em outros modelos bem sucedidos. Um dos pioneiros, o Hospital Infantil Presbiteriano Morgan Stanley, de Nova York (EUA), transformou sua sala de tomografia computadorizada em uma ilha pirata. No Brasil, o precursor da novidade entre os hospitais públicos foi o Hospital Municipal Jesus, em Vila Isabel, no Rio de Janeiro, que no final do ano passado inaugurou um tomógrafo em forma de submarino. Em março deste ano, foi a vez do Hospital Estadual da Criança, em Vila Valqueire, também no Rio, ganhar máquina de tomografia semelhante, iniciativa que se estendeu a outros espaços da instituição.

Foi Doug Dietz, veterano designer de equipamentos de diagnóstico por imagem da empresa GE Healthcare, quem começou a transformar tubos e scanners em uma espécie de desenho animado. O criador já declarou que o que o motivou a redesenhar os equipamentos para crianças foi a descoberta de que 80% delas precisavam ser sedadas para fazer um exame de tomografia. Depois de observar uma criança aterrorizada e aos prantos ao entrar em uma dessas máquinas, ele decidiu criar uma linha para equipamentos e salas de exame de modo a deixá-los mais divertidos e reduzir o uso de sedativos.

Feitos com exclusividade e com imagens em 3D, os aparelhos da GE costumam ter custo muito elevado. O IFF, então, contratou a equipe carioca



FOTOS: PETER ILIC/VEIC/CT/FOCUS

Ambientes decorados com polvos, lulas e peixes reduziram em 10% o uso de sedativos para a realização de exames, apontou estudo


CRIAREDesign, que, com recursos limitados, não economizou na criatividade do projeto de ambiência humanizada para o setor. “Nós nos adaptamos à realidade de cada local, mas não poupamos imaginação e, a partir daí, procuramos as soluções alternativas”, diz a design Esmeralda Máximo, responsável pelo projeto do IFF, que levou quatro meses entre a primeira visita ao instituto e a conclusão das salas. “A recompensa é ver que contribuímos para que famílias inteiras se sintam acolhidas em um ambiente hospitalar”.

### DECORAÇÃO

Estudo preliminar realizado pela equipe do serviço de Radiologia do IFF comprovou que, em uma amostra com 65 pacientes, houve redução de 10% no uso de sedativos, depois que passou-se a contar com o ambiente humanizado. Está em andamento uma pesquisa que avaliará cerca de 250 pacientes antes e depois das mudanças no local, considerando critérios como o tempo de exposição à radiação.

A proposta de humanização agradou também

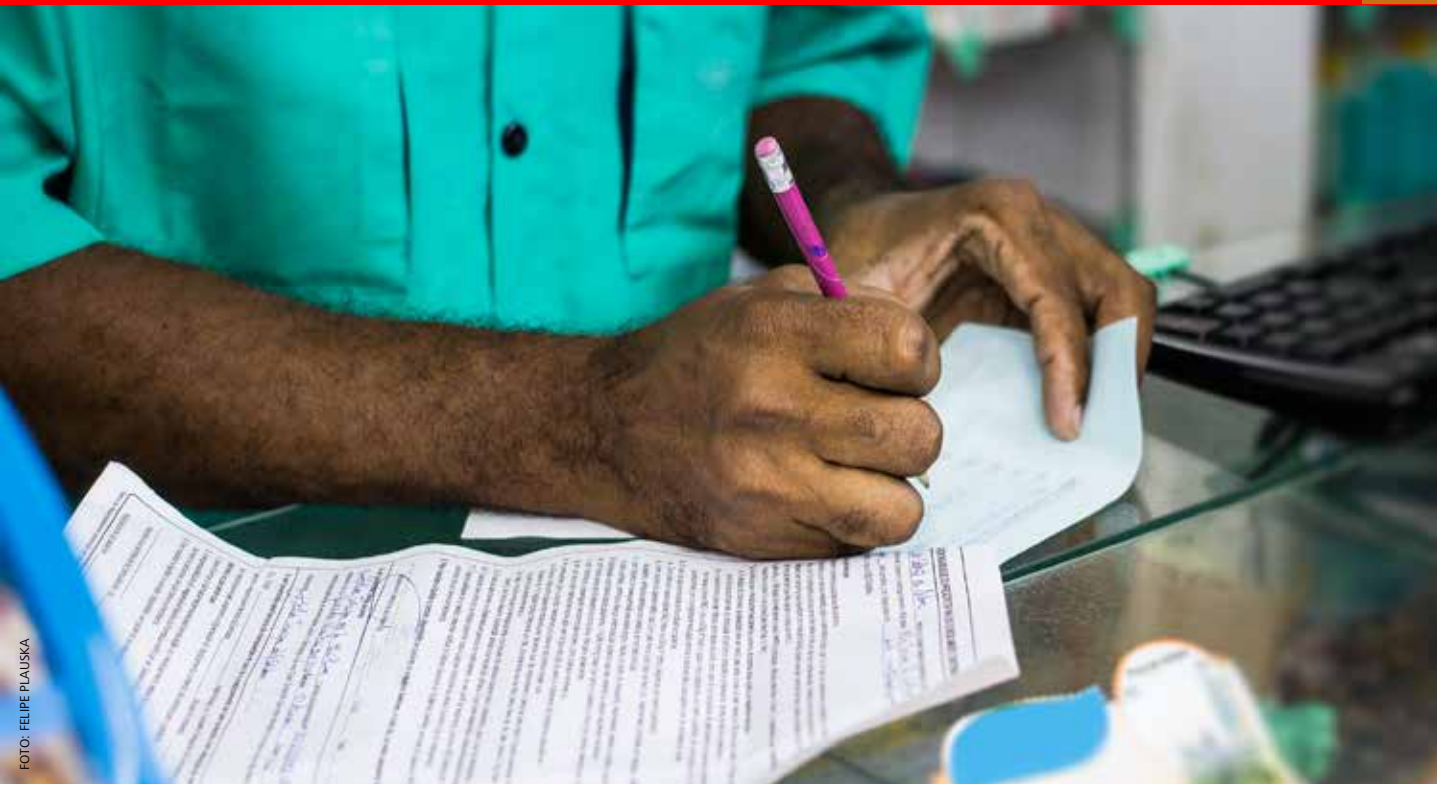
todos os funcionários, da equipe médica à manutenção, que colocou a mão na massa para executar o projeto. Ao final, o IFF investiu com recursos próprios R\$ 47,5 mil, para transformar o serviço de radiologia no fundo do mar. “Faremos sempre o que for possível para melhorar o ambiente hospitalar”, diz o diretor do IFF, Carlos Maciel. “Sempre investiremos em humanização, porque isso faz toda a diferença no tratamento dos pacientes”.

A aventura dos usuários começa na recepção, uma antessala estreita que agora parece uma faixa de praia, com barraquinhas e coqueiros. Na porta à esquerda, o cenário reproduz uma escada com um farol ao fundo, de onde se pega um “pequeno atalho” para a praia. Pelo menos, foi assim que Pedro viu o caminho que conduzia à sala de tomografia. No total, são cerca de 90 metros quadrados decorados com polvos, lulas, arraias, caranguejos, peixes das mais diversas espécies. Até os saquinhos de arroz usados para contenção dos pacientes foram padronizados com estampas marinhas. Um verdadeiro mergulho. O problema agora é fazer com que as crianças queiram deixar a sala depois de acabado o procedimento. Foi assim com Pedro. 

As médicas Tainá Olivieri (E) e Márcia Boechat com Pedro e Jamile: sala humanizada diminui a ansiedade das crianças e dos pais e dá agilidade à rotina



FOTOS: FELIPE PLAUSSKA



# Prescrição farmacêutica na berlinda

*Contestada na Justiça, resolução permite ao farmacêutico prescrever medicamentos para transtornos menores*

Ana Cláudia Peres

**U**m embate entre entidades médicas e farmacêuticas teve início em setembro, com a publicação no Diário Oficial da União da Resolução nº 585 do Conselho Federal de Farmácia (CFF). O texto determina que farmacêuticos poderão prescrever remédios vendidos sem receita, a exemplo dos analgésicos e antitérmicos, além de produtos com finalidades terapêuticas. A medida regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e reforça o papel desse profissional no cuidado direto ao paciente, estabelecendo que ele poderá tratar “transtornos menores” como uma dor de cabeça

ou uma diarreia com uma espécie de receituário com indicação por escrito com instruções de uso.

De acordo com a decisão, o farmacêutico (não o balconista de farmácia) também poderá fazer a anamnese farmacêutica e verificar sinais e sintomas do paciente, realizar a consulta em consultório farmacêutico ou em outro ambiente adequado que garanta a privacidade do atendimento e ainda participar e promover discussões de casos clínicos de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde. Pela resolução, fica determinado que essas atribuições são prerrogativas exclusivas do farmacêutico legalmente habilitado e registrado no Conselho Regional de Farmácia (CRF) de sua jurisdição.

Para João Oracy Azeredo, presidente do CRF



Para João Oracy Azeredo (E), do Conselho de Farmácia, farmacêuticos são preparados para dar alívio a sintomas; para Salomão Rodrigues, do Conselho de Medicina, medida abre espaço a venda casada

FOTO: FELIPE PLAJUSKA



FOTO: DIVULGAÇÃO / CFM

**“Isso não tem nada a ver com a Lei do Ato Médico. A importância da resolução está no combate à automedicação”**

**João Oracy Azeredo,  
Conselho Regional de Farmácia - RJ**

do Rio de Janeiro, a medida representa um avanço para a população. “Farmacêuticos são profissionais de saúde preparados desde a sua formação acadêmica para dar alívio ao paciente em problemas de saúde considerados não graves”, diz, ressaltando que, na prática, a nova norma traz mais segurança para aqueles que se dirigem ao balcão de uma farmácia. Quem chegar a uma farmácia com

um sintoma menor, como um resfriado, poderá ser assistido por um farmacêutico que, em caso de uma prescrição inadequada, será responsabilizado. “Faremos uma espécie de triagem, de atenção primária”, continua João Oracy. “Em casos mais graves, encaminhamos para um médico. Concordamos que o farmacêutico não faz diagnóstico, isso compete à classe médica”.

No entanto, para o Conselho Federal de Medicina (CFM), a medida é “absurda e inconsequente”, como fez questão de pontuar em entrevista à *Radis* o conselheiro do CFM Salomão Rodrigues. “O farmacêutico não tem formação clínica, nem para fazer o diagnóstico de doenças nem a prescrição terapêutica”, alega Rodrigues. “Esse profissional conhece a química dos fármacos, mas isso é bastante diferente da clínica do paciente”. Logo após a publicação da medida, o CFM divulgou uma nota em que defende que os farmacêuticos não possuem autorização legal para prescrever medicamentos. A entidade está questionando a medida na Justiça com base na lei de 1981 que regulamenta a profissão de farmacêutico e que, segundo o CFM, não coloca a prescrição de medicamentos

como uma atribuição do profissional de Farmácia.

Rodrigues chama a atenção ainda para um problema trazido pela resolução. Segundo o médico, a nova norma fere o Código de Defesa do Consumidor ao abrir uma brecha perigosa para a prática da “venda casada”, que se caracteriza por vincular a venda de bem ou serviço à compra de outros itens. “O código de ética médica veda o médico de vender medicamentos, órteses ou próteses e de manter qualquer tipo de interação comercial com os produtos que ele prescreve”, justifica. “Mas à medida que o farmacêutico prescreve um medicamento que ele mesmo vai vender, pode deixar dúvidas se ele vendeu porque era de interesse do paciente ou porque ia dar mais lucro”.

Os médicos também questionam as doenças consideradas pela resolução do CFF como “transforno menor” ou “nos limites da atenção básica à saúde”. O argumento da classe médica é que, “apesar de aparentemente simples, uma dor de cabeça pode ser o sintoma de um problema mais grave, como um acidente vascular cerebral”. Na nota, a entidade médica cita uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação no Mercado Farmacêutico com os seguintes percentuais: 61% dos entrevistados discordaram da possibilidade de farmacêuticos receitarem remédios e 58% não confiam em prescrições feitas por farmacêuticos. Em defesa dos farmacêuticos, o presidente do CFF-RJ cita o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) que identifica o farmacêutico como “o profissional de saúde mais acessível à comunidade”.

## ATO MÉDICO

A nova resolução do CFF acontece na esteira de uma outra polêmica. Em julho, a presidenta Dilma Rousseff sancionou a Lei do Ato Médico (nº 12.842/2013), que regulamenta o exercício da medicina no país, com 10 vetos. O inciso primeiro do artigo quarto, que atribuía aos médicos a exclusividade da formulação do diagnóstico e da prescrição terapêutica, foi suprimido pela presidenta.



Salomão Rodrigues, que também é coordenador da Comissão do Ato Médico, define a ação do Conselho de Farmácia como “oportunista” ao se aproveitar desse momento. Para ele, o CFF está tentando ganhar para o farmacêutico mais uma atribuição que não consta na sua lei específica.


Já o presidente do Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro diz que o que ocorreu foi uma coincidência. “Isso não tem nada a ver com a Lei do Ato Médico. A importância da resolução está no combate à automedicação”, aponta João Oracy, argumentando que a propaganda de medicamentos por parte da indústria farmacêutica e a indicação pelo vizinho, parente ou balconista tornam o medicamento mera mercadoria. “A resolução do CFF vai ajudar a mudar esse cenário e permitir ao farmacêutico fazer o que tem que ser feito, que é cuidar das pessoas”.

Um outro ponto da resolução prevê ainda que o farmacêutico possa renovar a receita médica para pacientes da rede pública em situações específicas, como aqueles com doenças crônicas que precisam de medicação de uso contínuo. É o caso de hipertensão e diabetes. Nessas situações, o farmacêutico poderá fazer uma prescrição repetindo os mesmos medicamentos já usados pelos pacientes. Mas, para entrar em vigor, esse dispositivo dependerá de regras e normas definidas pelo Ministério da Saúde e de acordos com organizações e entidades, inclusive médicas.

***“O farmacêutico não tem formação clínica, nem para fazer o diagnóstico de doenças nem a prescrição terapêutica”***

*Salomão Rodrigues  
Conselho Federal de Medicina*

#### **CAMPANHAS**

A medida do CFF tem 180 dias para entrar em vigor, a contar da data em que foi publicada no Diário Oficial, em 25 de setembro. Nesse período, segundo Paulo Oracy, cabe aos conselhos regionais elaborar propostas para apresentar à categoria com mais detalhes sobre protocolos de atendimento e boas práticas de prescrição, que servirão para normatizar um guia de atendimento a ser utilizado pelos farmacêuticos. De acordo com o presidente do CRF-RJ, a ideia é pensar uma série de cursos teóricos e oficinas para levar a esses profissionais os aspectos éticos e legais da nova prática. No caso do Rio de Janeiro, ele adianta que o EduFar, programa de educação promovido pelo Conselho, terá um curso específico sobre prescrição farmacêutica. 



Medicamentos que não precisam de receita e os voltados a doenças crônicas, de uso contínuo, poderão ser prescritos, prevê a resolução



## EVENTOS

**I Congresso de Geografia da Saúde dos Países de Língua Portuguesa (Geosaúde 2014)**

GeoSaúde'2014

Dirigido para profissionais que desenvolvem e aprofundam métodos e técnicas de análise geográfica e estudam causas e consequências de diferentes comportamentos espaciais e temporais do binômio saúde/doença, o evento terá como tema *A geografia da saúde no cruzamento de saberes*. A programação organiza-se em torno de painéis (Vulnerabilidade, risco e saúde urbana; Saúde da comunidade — sistemas de informação, de apoio à decisão; e A interdisciplinaridade na investigação científica e no ensino) e mesas-redondas (Envelhecimento ativo e saudável: a relevância do território; e Políticas públicas e equidade em Saúde).

**Data** 21 a 24 de abril de 2014**Local** Universidade de Coimbra**Informações** [secretariado.geosau-de2014@gmail.com](mailto:secretariado.geosau-de2014@gmail.com)[www.uc.pt/fluc/gigs/geosau](http://www.uc.pt/fluc/gigs/geosau)**13ª Conferência Internacional sobre Comunicação Pública da Ciência e Tecnologia**

Considerado um dos mais importantes fóruns de divulgação científica mundiais, o evento se realizará pela primeira vez na América Latina, tendo como tema central *Divulgação da Ciência para a inclusão social e o engajamento político*. Organizada pela Rede Internacional PCST em parceria com o Museu da Vida/Fiocruz, e Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo (Labjor) da Unicamp, entre outras instituições, a conferência debaterá estratégias inclusivas, engajamento da sociedade, modelos e práticas para comunicação e participação, voz e visões de pessoas do campo, indígenas e outras comumente esquecidas. Os debates estarão organizados nas seguintes áreas: Divulgação científica para o empoderamento de cientistas e do público; Comunicando a ciência para os tomadores de decisão; Crenças, valores e cidadania científica; Conhecimento da comunidade local e contexto global; Novas tecnologias e novas práticas em divulgação da ciência e Temas emergentes em ciência e sociedade.

**Data** 5 a 8 de maio de 2014**Local** Salvador, BA**Informações** [www.pcst-2014.org](http://www.pcst-2014.org)

## LIVROS

**Doença e marginalização**

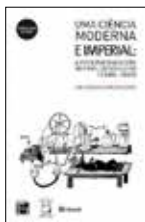
***Basta aplicar uma injeção? Desafios e contradições da saúde pública nos tempos de JK (1956-1961)***, de Érico Silva Muniz (Fiocruz/Fino Traço/Edupeb), aborda a história de uma doença

do meio rural, a boubá, não amplamente conhecida, mas por muito tempo associada à pobreza. A partir de estudos sobre história social, história das ciências e história da saúde pública no Brasil, o livro possibilita compreender a relevância de doenças rurais que afetam aqueles cujas demandas são geralmente menosprezadas, e doenças marginais na pauta das agendas sanitárias nacionais e internacionais. Põe ainda em debate se o controle dessas doenças depende de novas e específicas tecnologias ou de mudanças nos determinantes sociais que as propiciam.

**Conhecimento científico**

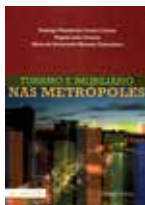
***Uma ciência moderna e imperial: A fisiologia brasileira no final do século XIX (1880-1889)***, (Editora Fiocruz/Edupeb/Fino Traço), de Ana Carolina

Vimieiro Gomes, faz uma viagem no tempo até o Laboratório de Fisiologia Experimental do Museu Nacional, na época do Império. Ao narrar histórias e dificuldades desse laboratório que funcionou à margem do conhecimento científico produzido na Europa Ocidental e na América do Norte, o livro traz uma reflexão sobre a inserção da fisiologia experimental na agenda científica do Brasil daquela época. Ao mesmo tempo, renova o olhar sobre o fazer científico dos dias atuais. O livro é o resultado da tese de doutorado da autora na pós-graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

**Desenvolvimento urbano**

***Turismo e imobiliário nas metrópoles*** (Letra Capital), organizado por Eustóquio Dantas, Angela


Ferreira e Maria do Livramento Clementino, é um ensaio editado em formato eletrônico, que analisa o processo de metropolização na Região Nordeste do Brasil, desencadeado na apropriação do território pelo turismo e pela vilegiatura em articulação com o



setor imobiliário. Abordando a produção e comercialização de empreendimentos na zona costeira das regiões metropolitanas de Fortaleza, Natal, Recife e Salvador, o livro estrutura-se em três partes: Turismo no Nordeste Brasileiro, Configuração espacial e modificações no território metropolitano e Imobiliário turístico e investimentos privados. O livro pode ser baixado na íntegra no link [www.observatoriodasmetrolopes.net/images/abook\\_file/livro\\_turismo2010.pdf](http://www.observatoriodasmetrolopes.net/images/abook_file/livro_turismo2010.pdf)

**Resíduos sólidos e legislação**

***Política nacional, gestão e gerenciamento de resíduos sólidos***, organizado por Arnaldo Jardim,

Consuelo Yoshida e José Valverde Machado Filho (Editora Manole), busca retratar o processo de formulação da Lei nº 12.305/2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, bem como esclarecer conceitos estabelecidos pelo decreto que regulamenta a lei, que trata da destinação adequada, tratamento e reaproveitamento dos resíduos. Com 820 páginas, a obra busca ser um referencial na formulação de políticas públicas para a área e destina-se a profissionais não só do Direito, mas a engenheiros, arquitetos, administradores, sociólogos, economistas, biólogos e a todo o público interessado nessa ampla questão. Dividida em quatro partes, trata de aspectos jurídicos, gestão integrada de resíduos sólidos, integração com outras políticas públicas e iniciativas setoriais e institucionais. O livro faz parte da Coleção Ambiental, que reúne estudos e experiências de professores, pesquisadores e profissionais que atuam nesse campo. 

**ENDEREÇOS****Editora Manole**(11) 4196-6000  
[www.manole.com.br](http://www.manole.com.br)**Editora Fiocruz**(21) 3882-9039 e 3882-9006  
[editora@fiocruz.br](mailto:editora@fiocruz.br)  
[www.fiocruz.br/editora](http://www.fiocruz.br/editora)**Letra Capital**(21) 2215-3781 / 3553-2236  
[www.letracapital.com.br](http://www.letracapital.com.br)**Fino Traço**(031) 3212-9444 3212-4197  
[vendas@finotracoeditora.com.br](mailto:vendas@finotracoeditora.com.br)  
[www.finotracoeditora.com.br/fale-conosco](http://www.finotracoeditora.com.br/fale-conosco)**Edupeb**(83) 3315-3300  
<http://eduepb.uepb.edu.br>

# Agenda política e estratégica para a Saúde

As manifestações que se iniciaram com o Movimento pelo Passe Livre em São Paulo estenderam seus pleitos para reivindicações por serviços públicos de qualidade para os brasileiros, principalmente nas áreas de transporte, educação, segurança e saúde. Fruto, em parte, das melhorias sociais conquistadas na última década, essas manifestações revelam que os brasileiros não estão satisfeitos com o que já conseguiram e querem condições de vida mais dignas para todos. Diante da resposta do Governo Federal, alegando a necessidade de aumento da receita da União para atender aos diversos pleitos, as entidades do movimento social questionam a alocação dos recursos públicos em encargos da dívida pública e em políticas compensatórias não estruturais, assim como a regressividade do sistema tributário que faz com que os mais pobres paguem mais e tenham menor acesso aos descontos proporcionados pelas desonerações fiscais na saúde, na educação e também nas destinadas ao incentivo ao consumo de carros e eletrodomésticos. [...]

O movimento por que passa o Brasil insere-se claramente em um novo contexto internacional. Na América Latina, na última década, assiste-se, de maneira geral, à adoção privilegiada de políticas de transferência de renda dirigidas aos pobres e muito pobres. [...] Em vários países latino-americanos, os movimentos por sistemas públicos de saúde universalistas têm se inspirado na resistência brasileira ao desmonte do SUS, assim como na rejeição aos *pacotes* de serviços limitados para os pobres, propagados por organismos internacionais financeiros e de saúde, com apoio de empresas de saúde e governos neoliberais. Na Europa ocidental, governos de diferentes orientações partidárias respondem à crise econômica que assola a região com cortes nas pensões, aposentadorias, seguros-desemprego e benefícios familiares; com reduções de salários e demissões de funcionários públicos; com aumento de impostos e elevação da idade para a concessão da aposentadoria; entre outras medidas de austeridade. No campo específico da saúde pública, ao lado da contenção do gasto, assiste-se, sob todas as formas, o aumento da participação do usuário no custeio. Apesar dessas investidas, cujo único objetivo é garantir que os Estados honrem o serviço da dívida junto aos bancos credores, a resistência tem sido intensa. [...]

Voltando ao Brasil, no que se refere à saúde especificamente, uma efetiva resposta do governo aos anseios da população passa por dois compromissos:

A) Assumir, concretamente, a implantação do SUS fundado na universalidade, igualdade e integralidade [...]

B) Promover a democratização e a “republicanização” do Estado, com reformas política, tributária e administrativa [...]

## Diretrizes para uma Agenda Política e Estratégica da Saúde

1. Desenvolvimento de um projeto nacional inclusivo, autônomo e sustentável, que permita a todos os brasileiros, das gerações atuais e futuras, usufruírem do progresso econômico e social.

2. Redução das desigualdades regionais com melhor distribuição da riqueza nacional, regulação estatal da formação e da distribuição de profissionais de saúde, e da produção e da oferta de equipamentos, unidades assistenciais e serviços de saúde.

3. Resgate do Orçamento da Seguridade Social, sem a desvinculação das receitas da União (DRU), e garantia da parcela federal no financiamento do SUS, correspondente a 10% da sua Receita Corrente Bruta. Revisão da limitação do pessoal na Lei de Responsabilidade Fiscal. Investimento exclusivo nos estabelecimentos públicos.

4. Criação de novas fontes federais a serem efetivadas além dos 10% das Receitas Correntes Brutas da União: taxação das grandes fortunas e aumento de impostos sobre bebidas alcoólicas e tabaco; empréstimos do BNDES aos hospitais sem fins lucrativos que ofereçam serviços exclusivamente ao SUS; parcela dos royalties do pré-sal e das Emendas Parlamentares Impositivas para a Saúde.

5. Fim dos subsídios públicos à assistência médica privada.

6. Os novos recursos para o SUS devem ser destinados à organização das redes regionalizadas de atenção integral à saúde sob coordenação da Atenção Básica, universal e de qualidade, com investimentos nas carreiras públicas, reguladas com base em legislação nacional e sensíveis às especificidades regionais, com exclusividade para servidores públicos concursados.

7. As redes regionalizadas devem representar um modelo de atenção à saúde baseado nas necessidades e nos direitos de toda a população.

8. Regulação estatal do complexo industrial produtor e fornecedor de bens de saúde, no sentido de orientá-lo para a produção dos bens necessários à integralidade da atenção.

9. A compra de serviços complementares no setor privado deve substituir o pagamento por produção (tabela de procedimentos e valores), pelo cumprimento de metas quali-quantitativas previamente pactuadas de acordo com as necessidades da população e a implementação do novo modelo de atenção, com valores não inferiores ao custo. O conceito e a prática da complementaridade devem ser revistos no sentido de se tornarem efetivamente complementares e não o centro financeiro e programático do sistema. A extensa rede de hospitais sem fins lucrativos dedicados exclusivamente ao SUS deve ser priorizada no processo de contratação.

10. Melhoria da eficácia e da eficiência da gestão pública com a criação de um ente público com poder de autoridade sanitária da Região de Saúde, cogerido e cofinanciado pela União, estados e municípios.

11. Os níveis locais e regionais da gerência pública de saúde deverão ter a necessária autonomia administrativa e orçamentária, descentralizada aos estabelecimentos públicos de saúde de médio e grande porte.

12. Efetivação do planejamento ascendente participativo com base nas necessidades e nos direitos de toda a população, para o estabelecimento de prioridades e metas.

13. Os conselhos de saúde devem participar ativamente do resgate da participação direta das entidades e dos movimentos da sociedade civil, na recuperação da consciência dos direitos sociais de cidadania. Os conselhos de saúde deverão realizar junto às entidades a sua atribuição legal de participar na formulação de estratégias, e não simplesmente reagir ou não às estratégias formuladas em instâncias governamentais.

Belo Horizonte, 03 de outubro de 2013.



*Assinam este documento: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa), Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa)*

*O texto teve trechos suprimidos para adequação ao espaço desta página. Leia a íntegra em <http://goo.gl/A0iK2R>*

DISQUE SAÚDE

136

Outônio Geral do SUS

www.saude.gov.br

Sistema Nacional de Transplantes




Aos 7 meses,  
eu ganhei  
um coração.

Há 7 anos, eu  
agradeço esse  
presente.

Matheus tinha apenas 7 meses quando recebeu um coração. Hoje ele já tem 7 anos e comemora esses anos de vida graças a um doador. Todos nós podemos ser doadores de órgãos, basta comunicar esse desejo à família.

Não deixe a vida se apagar.  
Seja doador de órgãos.  
Fale com sua família.

 @doeorgaos\_MS

 /doacaodeorgaos

Matheus  
Bitencourt  
Lazaretti

Melhorar sua vida,  
nosso compromisso.



Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA