

Comunicação e Saúde desde 1982

Nº 182 . NOV 2017

RADIS



BARRAGENS

Atingidos temem novos desastres e defendem direito à água

SAÚDE MENTAL

Campanha dá visibilidade ao sofrimento de universitários

NENHUM SORRISO A MENOS

Programa que melhorou condições de saúde bucal dos brasileiros corre risco com desmonte do SUS



É RIO OU VALÃO?

REJANY FERREIRA DOS SANTOS

Documentário produzido com estudantes recupera memórias do Canal do Cunha e aponta impactos da degradação ambiental

Liseane Morosini

A cena foi gravada em uma escola no Rio de Janeiro e, nela, o aluno Lucas Fernando dos Santos pergunta: “Cheio de lixo, um cheiro forte, não tem vida. Como então pode ser um rio?”. O questionamento é o ponto de partida do documentário *É rio ou valão?*, lançado em outubro pela VídeoSaúde Distribuidora da Fiocruz. Voltando o olhar sobre um rio, sobre a sub-bacia hidrográfica do Canal do Cunha, que fica às margens da Linha Vermelha, na altura da Ilha do Fundão e do Complexo da Maré, na cidade do Rio, o vídeo reflete sobre os impactos do desenvolvimento desenfreado sobre a vida no território.

O documentário de 25 minutos foi produzido com jovens estudantes de escolas públicas do Rio de Janeiro, buscando entender as razões de o canal não ser mais percebido como um rio que muito tempo atrás fez parte da vida da comunidade. Os alunos conversaram com vizinhos e especialistas e fizeram um trabalho no território mostrando os vários impactos da degradação ambiental. A conversa entre eles é o eixo condutor. “O nome veio de uma cena espontânea. Não tivemos um roteiro rígido. Demos uma temática geral, aulas de formação e, a partir do processo coletivo, foi tudo surgindo e sendo construído socialmente”, diz Ernesto Gomes Imbroisi, da Coordenação de Cooperação Social da Fiocruz.

O vídeo reúne falas diversas para retratar o abandono do rio. “Começou com o lixo. A refinaria lá no fundo poluiu tudo. Aí aterraram. Aqui tinha de tudo. Camarão, robalo, tainha... A pesca era boa”, conta Roque, da Colônia de Pescadores. Hoje, ele tem que lançar sua rede muito longe dali, já que não há mais peixes. Seu Antonio, agricultor urbano e morador do Morro dos Mineiros, também tem memória: “Quando eu cheguei aqui tinha uma nascente. Era fundo. O pessoal usava muito essa água. Agora está tudo contaminado.”

O ambientalista Sérgio Ricardo confirma no vídeo que as raízes da poluição estão ligadas ao aterramento que foi feito no entorno. Já

Edson Gomes Filho, coordenador da ONG Verdejar, que recupera e preserva o Maciço da Serra da Misericórdia, reforça a importância da proteção das matas na qualidade da água e o prejuízo dos impactos ambientais vindos da mineração e da refinaria de Manguinhos, próxima dali. Adriana Sotero Martins, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) e coordenadora do projeto, ensina que “se o rio não tiver um sistema de saneamento adequado, dificilmente vai melhorar”. E alerta os alunos: “Precisa ter uma mobilização muito forte”.

Paulo Castiglioni Lara dirige *É rio ou valão?* e ressalta a importância da capacitação dos estudantes para se tornarem multiplicadores do conhecimento construído no processo. “Esse vídeo resulta do trabalho de campo e da mobilização. Os estudantes não foram meros atores ou objetos do projeto, mas sujeitos de ações ambientais, artísticas e culturais. Eu vejo que há uma ebulição importante dessa juventude”.

O Canal do Cunha é um dos pontos mais poluídos da Baía da Guanabara devido ao esgoto doméstico e industrial que ali é despejado e que afeta a vida de 1/3 da população da cidade (2,3 milhões de pessoas). Diante do canal hoje fétido, a conclusão de Lucas foi uma só: “Já deixou de ser um rio há muito tempo. Se alguma vez foi um rio”. Morador do Engenho da Rainha, Zona Norte carioca e já trabalha com a preservação ambiental em sua comunidade.

O documentário foi desenvolvido pelo Observatório da Sub-Bacia Hidrográfica do Canal do Cunha, em cooperação com a Cooperação Social da Presidência da Fiocruz, VídeoSaúde, Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), e a ONG Verdejar Socioambiental.

Assista em: <https://goo.gl/y5JyUs>

Descaminho para a cidadania

É longo o caminho para que a população brasileira alcance os direitos mínimos da cidadania. Pior. Com políticas de austeridade econômica, supressão dos direitos constitucionais e desmonte da estrutura do Estado e dos serviços públicos, este horizonte está mais distante.

Cerca de 70% dos brasileiros adultos necessitam de algum tipo de prótese dentária, em função da queda ou extração de dentes não tratados, numa sociedade em que o modelo hegemônico na Odontologia privilegia o atendimento privado, tratando quem pode pagar, e não a saúde bucal coletiva no sistema público. Perder os dentes ao envelhecer não é natural, mas resultado, principalmente, de desigualdades socioeconômicas. “As bocas de nossa gente refletem nossas iniquidades”, resume Paulo Capel Narvai, professor da USP e relator-geral da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, um dos especialistas entrevistados em nossa matéria de capa. O repórter Luiz Felipe Stevanim ouviu também profissionais do SUS e as pessoas que recebem o tratamento, colhendo depoimentos de entristecer e de fazer sorrir.

A Política Nacional de Saúde Bucal foi responsável pela ampliação gradual, a partir de 2004, da prevenção e dos cuidados odontológicos na atenção básica, com a entrada de profissionais de Odontologia em metade das equipes da Estratégia Saúde da Família e a instalação de consultórios odontológicos em unidades básicas de saúde, além da criação de 1.100 Centros de Especialidades Odontológicas na atenção secundária. Paralelamente, a fluoretação da água nas cidades ajudou a reduzir as cáries, especialmente em crianças de até 12 anos. Deixar de ser um país de desdentados implica seguir ampliando a insuficiente cobertura assistencial e reduzindo as enormes desigualdades sociais e regionais no país. Infelizmente, ambos os processos estão retrocedendo.

O desastre provocado pela mineradora Samarco em Mariana (MG), em 2015, chamou atenção para um problema há décadas denunciado pelo Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB): os impactos socioambientais gerados pela construção indevida ou inadequada de barragens. Há 22.920 barragens no país. Das 3.691 classificadas em Relatório de Segurança da Agência Nacional de Águas, 1.091 estão na categoria de alto risco. Em outubro, o MAB reuniu no Rio de Janeiro mais de 3 mil pessoas que trabalham, vivem ou foram removidas de regiões afetadas por barragens, principalmente de usinas hidrelétricas, para renovar sua luta contra violação de direitos, destruição de territórios e culturas e mercantilização da água e da energia.

Sem direito à comunicação, pouco se sabe da realidade e não se conquista o direito à saúde. Tese premiada da jornalista Pâmela Pinto, que resultou no livro “O Brasil e as suas mídias regionais: estudos sobre as regiões Norte e Sul”, aponta que há pouco conteúdo local nos meios de comunicação destas regiões, com programação dominada pelas redes nacionais. A comunicação ainda é vista como um negócio e não como direito, constata a autora.

Registramos a preocupação manifesta ao nosso governo por 23 cientistas ganhadores do prêmio Nobel, de diversos continentes, com a drástica redução dos investimentos em Ciência e Tecnologia no Brasil. Outra medida da Presidência da República, temporariamente suspensa pela Justiça após forte reação nacional e internacional, alterou regras do combate ao trabalho escravo, dificultando a caracterização de trabalhos forçados, em jornada exaustiva e condições degradantes, e a divulgação dos empregadores envolvidos com este tipo de crime. O que dizer sobre uma decisão que representa uma ponte de volta à escravidão?

Rogério Lannes Rocha

Editor chefe e coordenador do Programa Radis



Expressões e Experiências	
• É rio ou valão?	2
Editorial	
• Descaminho para a cidadania	3
Voz do leitor	4
Súmula	5
Toques da Redação	9
Saúde Mental	
• Quanto pesa a faculdade?	10
Capa Saúde bucal	
• Nada paga um sorriso	12
• Sorrisos brasileiros	17
• Para onde vai o Brasil Sorridente?	20
• Entrevista Paulo Capel Narvai: "As bocas de nossa gente refletem nossas iniquidades"	21
Profissões do SUS	
• Além da reabilitação	23
Movimento dos Atingidos por Barragens	
• O medo que ronda	26
Entrevista	
• Pâmela Pinto: "A comunicação é vista como um negócio"	30
Feminicídio	
• Quanto vale uma mulher?	32
Serviço	34
Pós-Tudo	
• Energia não deve ser mercadoria	35

Capa: Foto de Eduardo de Oliveira

RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN





Radis agradece!

Muito boa a *Radis* 177! Aproveito para parabenizar os editores pela excelente revista, principalmente pela reportagem “Sertão dos atingidos”. Os assuntos foram bem explanados e valorizaram de forma excepcional meu Nordeste e seu forte povo.

Amigos e amigas desta grande revista, quero dar meus parabéns pelos excelentes artigos publicados. Como comunicador comunitário, conselheiro estadual e municipal de saúde quero agradecer sobre os assuntos do exemplar 177, falando sobre comunicação. Gostaria se possível que publicassem um artigo sobre a importância das rádios comunitárias

na comunicação nas periferias e nas localidades distantes do nosso Brasil. Grande abraço!!

• Paulo Mesquita, Maceió, AL

Como estudante de Administração entendo a importância em defender o SUS. Essa defesa passa por uma boa fonte de informação. É com a *Radis* que tenho me tornando um leitor mais crítico e um maior defensor do SUS.

• Kleiton Wagner Alves da Silva Nogueira, Campina Grande, PB

R: *Camila, Kleiton e Paulo, muito obrigado pela leitura e pelo retorno! Paulo, sugestão anotada. Veja o que já publicamos sobre rádios comunitárias em <https://goo.gl/97qivG>*

PREP no SUS

Gostaria de parabenizá-los pela qualidade da revista, mas fazer um apontamento referente à matéria que discute o PrEP no SUS (*Radis* 178). Acredito que o tratamento é um grande avanço para o cuidado da população no geral, e é fundamental que o acesso, mesmo que inicial, deva ser realizado mediante a demanda. Vejo a definição de “população considerada mais vulnerável ao HIV”, baseada em pré-conceitos e não reconhecimento de alguns sujeitos, como por exemplo, as trabalhadoras e trabalhadores do sexo, grupo que atualmente luta pela regulamentação do seu trabalho e consequentemente pelo reconhecimento das suas necessidades.

• Fernanda dos Santos Rocha, Passo Fundo, RS

R: *Obrigado por sua opinião, Fernanda!*

Paternidade

Sou leitora assídua da revista, levo à sala de aula para estudo com meus alunos. Queria fazer, entretanto, um comentário sobre a capa da revista 179. Foi muito infeliz a foto do pai dando comida na boca da criança. Salvo se a criança tem necessidades especiais, não é essa mais atitude que devemos ter com nossos filhos. Incentivar a independência é o caminho. A foto nos leva à ideia, falsa, de que ser pai é bajular o filho, levando-o a uma atitude passiva, de espera.

• Maria Alves da Silva, Conceição do Pará, MG

R: *Olá, Maria! Radis respeita diferentes opiniões e está aberta a todas as expressões de afeto e modelos de família. A foto que ilustra nossa capa representa uma destas visões. Um dos pais ouvidos na reportagem, Thiago Queiroz, defende um método de convivência com os filhos conhecido como criação*

com apego, que incentiva o desenvolvimento de vínculos afetivos entre pais e filhos, questiona a disciplina punitiva e a ideia de que os pais devem “obrigatoriamente” criar filhos “independentes”. De acordo com esse método, a refeição pode propiciar momentos para o amor e a conexão importantes para o desenvolvimento.

Ataxia

Eu sou portador de ataxia, assim como outras pessoas de minha família, e gostaria muito de participar dos encontros com pessoas que também têm a doença. Gostaria de saber se é possível fazer uma matéria sobre o assunto.

• Lucas Daniel da Rocha, São Carlos, SP

R: *Lucas, Radis 149 falou da ataxia, junto com outras doenças raras, mas pretendemos em breve voltar ao tema. Aguarde nas próximas edições!*

Aposentadoria

Gostaria de agradecer o envio das revistas, que eu e minha vizinha usamos para estudar e ampliar nossos conhecimentos. Parabéns pelo trabalho! Aproveito para sugerir uma pauta sobre aposentadoria para mulheres.

• Vivian Cristina dos Santos Gama, Juiz de Fora, MG

R: *Vivian, Radis vem discutindo as mudanças propostas pela Reforma na Previdência e os seus impactos na aposentadoria não somente das mulheres, mas também de demais trabalhadores. Veja o que já saiu sobre o assunto nas edições 173, 174 e 175 e consulte nossas edições anteriores em <https://goo.gl/AaV2vb>*

EXPEDIENTE

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

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

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

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

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

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

Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cadastro)
Periodicidade **mensal**
Tiragem **107.500** exemplares
Impressão **Rotaplan**

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas)

Tel. (21) 3882-9118
E-mail radis@ensp.fiocruz.br
Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos,
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

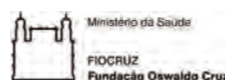
Ouvidoria Fiocruz • **Telefax** (21) 3885-1762
www.fiocruz.br/ouvidoria

f www.ensp.fiocruz.br/radis

f /RadisComunicacaoeSaude

flickr /RadisComunicacaoeSaude

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



Uma portaria publicada pelo governo federal (16/10) com mudança nas regras do combate ao trabalho escravo provocou grande repercussão negativa e reação em peso de diferentes setores da sociedade. Entre outros pontos polêmicos, como resumiu a *Folha de S.Paulo* (19/10), a portaria restringe a divulgação da “lista suja” com o nome dos empregadores envolvidos nesse tipo de crime e estabelece novos conceitos para trabalho forçado, jornada exaustiva e condição degradante. De acordo com a nova medida, para que seja considerado trabalho escravo, é preciso ter sido constatada a “privação da liberdade de ir e vir” — o que não constava das definições anteriores.

Para estudiosos do assunto, na prática, a portaria busca acabar com o combate ao trabalho análogo ao trabalho escravo no Brasil, uma vez que dificulta a fiscalização e a punição dos responsáveis — “mesmo que, de fato, a situação seja semelhante ou pior do que as vividas pelos trabalhadores formalmente escravizados até 1888”, como alertou o pesquisador e auditor fiscal do Ministério do Trabalho, Vitor Filgueiras, em análise publicada no “Blog do Sakamoto”, na plataforma Uol (20/10).

Em seu texto, Vitor esclarece que a submissão de trabalhadores a situações extremas de exploração não requer, em geral, o exercício de coerção individual direta do empregador com chicote ou outro mecanismo de restrição física do ir e vir. “Os casos enquadrados como condições degradantes envolvem trabalhadores obrigados a dormir sob barracos de lona, em chiqueiros, currais, sobre esterco de animais, consumindo água contaminada por agrotóxicos, alimentos em putrefação ou mesmo mantidos em condição de fome”, explica o pesquisador que, como auditor, participou de resgates a trabalhadores em diferentes regiões do país.

A pressão para derrubar a portaria veio de muitas direções. Uma campanha protagonizada por artistas nas redes sociais condenou a decisão do governo. Um ato realizado na Câmara dos Deputados (19/10) com a participação de diversas entidades ligadas às questões trabalhistas pediu a revogação da medida. Na ocasião, o presidente da Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho (Anamatra), Guilherme Guimarães Feliciano, disse à *Folha* (19/10) que “o Brasil foi o último país da América Latina a abolir formalmente a escravidão; que não seja o primeiro a reabrir as portas para ela”. Auditores-fiscais do trabalho paralisaram as atividades (18/10) em 21 Estados e prometeram estender o movimento para

uma greve geral da categoria caso a nova norma seja efetivada. A medida também foi alvo de críticas por parte da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que em nota (19/10) disse estudar submeter a proposta ao seu Comitê de Peritos.

A portaria foi manchete do jornal *O Globo* (17/10): “Governo dificulta combate ao trabalho escravo”. Em boa parte da cobertura, os jornais desaprovaram a medida e chamaram a atenção para o fato de que ela “atende aos interesses da bancada ruralista” e ocorre “em meio à análise da nova denúncia na Câmara dos Deputados contra o presidente Michel Temer”, como pontuado pela *Folha* (20/10). A imprensa repercutiu ainda a declaração do presidente do Tribunal Superior Eleitoral (TSE), ministro Gilmar Mendes, que, em entrevista ao *Estadão* (19/10), disse que o tema não pode ser “ideologizado”. “Eu, por exemplo, acho que me submeto a um trabalho exaustivo, mas com prazer. Eu não acho que faço trabalho escravo”, afirmou. Para o jornalista Leonardo Sakamoto, essa declaração, vinda de alguém que deveria defender as convenções internacionais que o Brasil assinou sobre o tema, beira o desprezo. “Ele não está em situação de vulnerabilidade social e econômica para aceitar um serviço que pode colocar em risco sua saúde, segurança e vida, por exemplo”, escreveu em sua coluna no Uol (19/10).

Por último, o Ministério Público Federal (MPF) e o Ministério Público do Trabalho (MPT) abriram um “procedimento” formal com uma recomendação para que o ministro do Trabalho Ronaldo Nogueira “revogue a portaria”. Para Raquel Dodge, procuradora-geral da República, a portaria 1.129 é um retrocesso à garantia constitucional de proteção à dignidade da pessoa humana” (*O Estado de S.Paulo* (19/10)).

Diante da enxurrada de críticas, o presidente Michel Temer concedeu uma entrevista ao portal Poder360 (19/10) afirmando que deve fazer ajustes na portaria. Ele, no entanto, não acenou com a possibilidade de revogação. Mas no dia 24/10, a ministra do Supremo Tribunal Federal (STF) Rosa Weber conferiu decisão liminar (provisória) suspendendo a portaria. Essa decisão determina que as regras da medida não possam ser aplicadas, pelo menos até o julgamento final da ação do MPF e MPT que contesta as alterações. Mesmo com a liminar, o ministro do Trabalho disse, em entrevista ao *O Globo* (26/10) que a portaria não será revogada.

Doria: “ração” ou alimento?

O projeto do prefeito de São Paulo, João Doria (PSDB), de produzir uma “ração humana” para ser distribuída a alunos da rede municipal de ensino e à população de baixa renda foi alvo de críticas de especialistas em Nutrição e Segurança Alimentar. Lançada no início de outubro (8/10), a Política Municipal de Erradicação da Fome e de Promoção da Função Social dos Alimentos propõe a distribuição do “Allimento” (ou farinata), um “granulado nutritivo” produzido a partir de alimentos descartados pelas empresas ou perto da data de vencimento. Como contrapartida, os doadores vão receber benefícios econômicos e isenção de impostos, como noticiou a Rede Brasil Atual (11/10).

Inicialmente apresentada por João Doria como “um alimento completo” e “abençoado”, a farinata foi condenada por nutricionistas, o que fez a prefeitura recuar e corrigir que se tratava de um “complemento” que seria adicionado à merenda escolar, como informou *O Globo* (21/10). Ainda segundo o jornal, a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) negou que tenha concedido prêmio ao produto, “conforme veiculado em alguns meios de comunicação”.

A produção deve ocorrer em parceria com a Plataforma Sinergia, que tem à frente uma executiva, Rosana Perrotta, que trabalhou na Monsanto e na Mead Johnson Nutrition (produtora de suplementos alimentares e leites infantis artificiais), de acordo com a Rede Brasil Atual. O site da prefeitura de São Paulo (9/10) afirma que o Allimento “é seguro, está pronto para consumo e ainda pode ser balanceado para atender às diferentes demandas nutricionais”. Segundo a nota, qualquer pessoa, física ou jurídica, empresa ou órgão público pode se tornar um doador e a nova lei servirá de referência para os demais municípios brasileiros.

Segundo o Uol (19/10), o Ministério Público de São Paulo instaurou procedimento para investigar o uso do produto na merenda da rede municipal de ensino e nos centros de acolhida para a população em situação de rua.

“É curioso São Paulo, a maior cidade do país, investir em uma política que é muito antiga, pelo menos 15 anos atrasada. É uma política que vai à contramão de tudo que a gente está produzindo para promover saúde. (...) Produtos que seriam lixo, que a indústria teria de pagar para se livrar, porque hoje no Brasil quem gera lixo acima de determinada quantidade tem de pagar para recolher. Vai baratear esse custo ao mandar para a população esse complemento que a gente não sabe nem de onde veio.”

Ana Carolina Feldenheimer, professora de Nutrição Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e membro da Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável (Rede Brasil Atual, 11/10)

“Isso descontextualiza totalmente o caráter do que é comer. Comer é um ato que vai além de suprir nutrientes. A gente não coloca só a comida na boca, mastiga e engole. A alimentação precisa trabalhar os sentidos e é uma prática também ligada à cultura.”

Daniel Bandoni, nutricionista, pesquisador da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) (G1, 13/10)



“Alimento completo” e “abençoado”: prefeito de São Paulo, João Doria, apresenta a farinata como alimento para estudantes e população de rua. Nutricionistas condenam a “ração humana”

“A iniciativa de produção e distribuição de um granulado nutritivo a ser entregue às populações que enfrentam carências nutricionais no município não foi encaminhada para apreciação do Conselho e não se alinha às diretrizes que vimos construindo com vistas a facilitar o acesso de toda a população à ‘comida de verdade’. Tanto a fome como os índices de sobrepeso e obesidade, ao lado da epidemia de doenças crônicas em nossa cidade, são problemas de saúde pública que devem ser tratados por meio das políticas públicas previstas no Plano e não por ações isoladas.”

Christiane Gasparini Araujo Costa, presidente do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de São Paulo (Comusan) (Nota, 16/10)

“Existem métodos mais éticos, eficientes e saudáveis de combate à fome e ao desperdício como já nos mostram vários movimentos da sociedade civil. Com vontade, basta conhecê-los, estudá-los e torná-los políticas públicas! O que realmente me incomoda na proposta do prefeito é não saber do que é feita essa farinata? O que tem dentro daquilo? Acho que além do direito à uma alimentação adequada, temos o direito de saber o que estamos comendo.”

Bela Gil, culinária e apresentadora de TV (Instagram, 20/10)

Violência e descaso com indígenas

Os indígenas vivem um momento ímpar, mas não de vitória; um momento para denunciar uma sociedade brasileira do descaso. Denunciar a forma que o Estado está tratando os povos indígenas no Brasil”, avaliou Irani Barbosa dos Santos Macuxi, da Terra Indígena Raposa Serra do Sol, em Roraima, durante o lançamento do relatório *Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil*, do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), com dados da Secretaria Nacional de Saúde Indígena (Sesai), que anualmente divulga os números da violência física e pressões que sofrem os povos e territórios do país.

118

é o número de indígenas assassinados no país em 2016. Em 2015, foram 137 assassinatos. Em 2014, 138

106

indígenas se suicidaram ano passado, em parte por perspectiva de perda da terra ou de dificuldades alimentares produzidas pelo desmatamento

735

crianças indígenas menores de 5 anos morreram em 2016, a maioria por conta de desnutrição e doenças evitáveis, como pneumonia

Fonte: Relatório do Cimi, com dados da Sesai. Leia em www.cimi.org.br/pub/Relatorio2016/relatorio2016.pdf

Anvisa bane agrotóxico carbofurano

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) proibiu a utilização em todo o país do ingrediente carbofurano, princípio ativo de alguns agrotóxicos altamente tóxicos usados em culturas de batata, milho e soja principalmente, que já estava proibido no Canadá e na União Europeia. A decisão foi publicada em 19 de outubro no Diário Oficial da União.

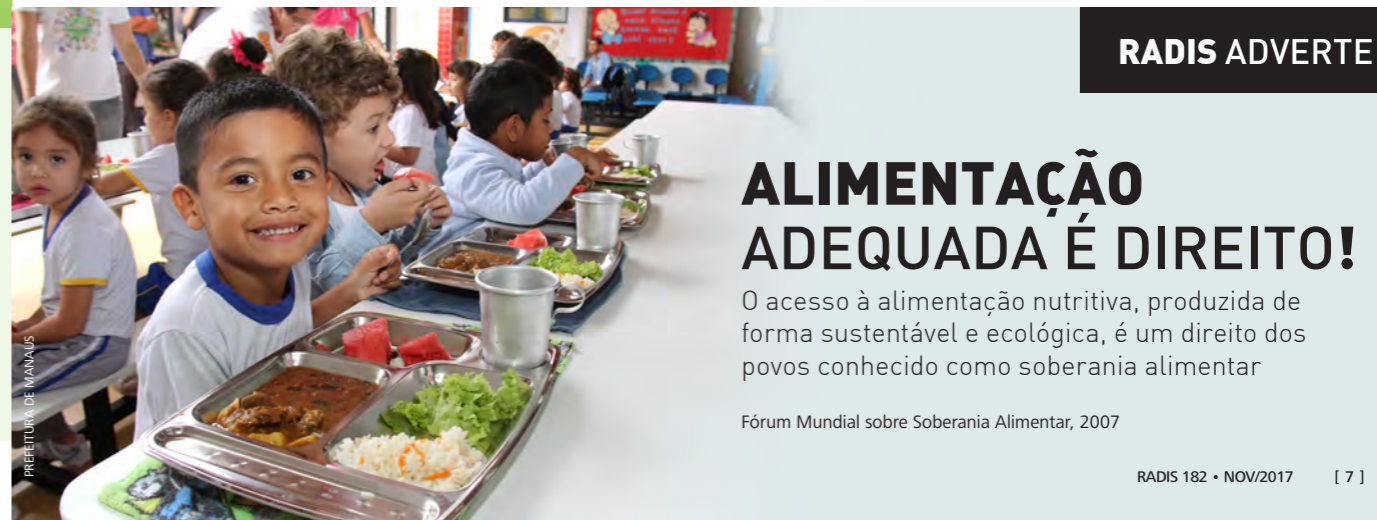
Um relatório produzido pela Gerência-Geral de Toxicologia da Anvisa concluiu que o ingrediente deixa resíduos nos alimentos e traz malefícios à saúde humana. Na Europa, estudo de agência regulatória indicou que o carbofurano representa risco à saúde da população pelo consumo de alimentos e da água.

Com a decisão, já está proibida a utilização direta do composto nas culturas de algodão, amendoim, arroz, batata, cenoura, feijão, fumo, milho, repolho, tomate e trigo, conforme noticiou o portal G1 (19/10). Em todas as demais culturas, a Anvisa proibiu a aplicação aérea e na costa. Já nas culturas de banana, café e cana-de-açúcar, a agência estabeleceu um prazo de seis meses para a descontinuação completa do uso. A partir de janeiro (três meses após o anúncio da proibição), ficam vetadas também em todo o território nacional a importação e a comercialização da substância.

Em 2016, a Anvisa publicou levantamento apontando que 11% das amostras de laranja apresentaram situações de

risco relativas ao carbofurano. A Anvisa concluiu que o uso regular do agrotóxico também deixa resíduos na água — “o que representa risco agudo à população brasileira”, por seus efeitos neurotóxicos (malefícios ao sistema nervoso, como a morte de neurônios e outras consequências).

Segundo a agência, essas características se enquadram nos critérios proibitivos da Lei 7802/1989, conhecida como a “Lei dos Agrotóxicos”. Desde 2008, a Anvisa estuda o carbofurano e vários países já proibiram sua utilização. Os Estados Unidos proibiram o composto em 2009; o Canadá, em 2010; a China proibiu o uso em vegetais, árvores frutíferas, chás e medicamentos fitoterápicos em 2002.



RADIS ADVERTE

ALIMENTAÇÃO ADEQUADA É DIREITO!

O acesso à alimentação nutritiva, produzida de forma sustentável e ecológica, é um direito dos povos conhecido como soberania alimentar

Fórum Mundial sobre Soberania Alimentar, 2007

Vencedores do Nobel criticam cortes no Brasil

Os cortes de investimentos em Ciência e Tecnologia no Brasil vão “prejudicar o país por muitos anos, com o desmantelamento de grupos internacionalmente renomados e uma ‘fuga de cérebros’ que irá afetar os jovens cientistas”. Esse foi o veredito de 23 ganhadores do Prêmio Nobel ao presidente Michel Temer, em carta de protesto enviada em 29/9 à Presidência. Contra a redução drástica de recursos na área de pesquisa, os cientistas pedem que o presidente reconsidere a decisão “antes que seja tarde demais”. A carta é assinada por pesquisadores de países como Estados Unidos, Alemanha, França, Israel e Japão que receberam o maior prêmio científico nas áreas de Medicina, Química e Física, nos últimos 40 anos, como noticiou o site Nexo (2/10).

Os cientistas manifestaram “forte preocupação” com a ciência brasileira, diante do corte sofrido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC) de 44% em 2017 e de uma nova redução de 15,5% esperada para 2018. Na carta, os ganhadores do Prêmio Nobel argumentam que, em outros países, já aconteceram cortes entre 5% e 10% em razão da crise econômica, mas que “um corte de mais

de 50% é impossível de ser acomodado” e irá “comprometer o futuro do país”. O orçamento do MCTIC deste ano é o menor de todos os tempos, de acordo com *O Estado de S. Paulo* (30/9), com cerca de R\$ 3,2 bilhões para o financiamento de pesquisas e pagamento de bolsas em todo o país — ainda segundo o jornal, o valor é um terço do que o ministério tinha quatro anos atrás, antes ainda de ser fundido com a área de Comunicações.

Ao *Estadão*, o ganhador do Nobel de Física em 2004, o pesquisador David Gross, da Universidade da Califórnia em Santa Bárbara, afirmou que a situação é “trágica” e que essa política é “estúpida” e “auto-destrutiva”. Segundo ele, a Ciência é uma área que precisa de investimentos consistentes e de longo prazo.

Como *Radis* tem abordado em diversas edições (176, 177 e 178), os cientistas brasileiros também têm mobilizado protestos e manifestações públicas em defesa da ciência brasileira e contra o corte de verbas que prejudicam as pesquisas, como por meio da campanha “Conhecimento sem cortes”, com apoio da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e da Academia Brasileira de Ciências (ABC).



“Relógio biológico” recebe prêmio Nobel de Medicina

A descoberta de como funciona o chamado “relógio biológico” — mecanismo que permite que alguns fenômenos aconteçam com o corpo na mesma hora do dia, como o sono — rendeu aos americanos Jeffrey C. Hall, Michael Rosbash e Michael W. Young o Prêmio Nobel de Medicina de 2017. Os cientistas utilizaram pesquisas na mosca da fruta para isolar o gene que controla o ritmo biológico, em 1984, como informou o site de *El País* (2/10). Os estudos mostraram que esse gene controla a fabricação de uma proteína que se acumula nas células durante a noite e se degrada durante o dia. Esse gene é responsável por um fenômeno muito conhecido por quem viaja de avião para outro continente: o chamado “jet lag” (ou “atraso de jato”), que causa um desequilíbrio entre o relógio biológico e a hora local.

Como explicou uma reportagem de *O Globo* (3/10), praticamente todos os organismos do planeta têm algum tipo de relógio “interno” — o que já era conhecido pela ciência desde o século 18. O que os pesquisadores americanos trouxeram de novidade foi conseguir isolar o gene responsável por esse fenômeno e explicar como ele funciona. Segundo a matéria, as descobertas sobre o funcionamento desse “relógio” do corpo se mostram importantes diante do avanço de tecnologias que “quebram” o ciclo natural, como a rapidez das viagens e o uso de aparelhos eletrônicos e iluminação durante a noite. Ainda de acordo com *O Globo*, a desregulação do relógio biológico já foi associada a maior risco de doenças cardíacas, obesidade, diabetes, câncer e até casos de morte súbita.

Com restrição à Enfermagem, CFM afeta SUS



Ação movida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e acatada por um juiz de Brasília em forma de liminar impediu enfermeiros de realizarem consultas e solicitarem exames de rotina e complementares, no final de setembro. A restrição afetou o atendimento no SUS, atrasando ou inviabilizando procedimentos essenciais, inclusive pré-natais, além de interromper protocolos da Estratégia Saúde da Família.

O Conselho Federal de Enfermagem (CFE) entrou com recurso, acatado em 18 de outubro, derrubando a liminar até o julgamento final do mérito do processo. A Advocacia-Geral da União apontou que a liminar se baseava em “premissas equivocadas” e representava “indevida ingerência do Poder Judiciário na execução da política pública de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde”, gerando “grave lesão à ordem público-administrativa e à saúde pública”.

O CFE afirma que a solicitação de exames de rotina e complementares é realidade consolidada no Brasil desde 1997, quando foi editada a Resolução Cofen 195/97 (em vigor). E acrescenta que a Lei 7.498/1986, regulamentada pelo Decreto 94.406/1987 e pela Portaria MS 2.436/2017, estabelece que a consulta e diagnóstico de Enfermagem e a prescrição de medicamentos em protocolos são competências dos enfermeiros. O CFM, por sua vez, indica que, pela Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico), os profissionais da Medicina detêm a exclusividade dessas ações.

A medida foi criticada não apenas por profissionais da Enfermagem, mas também por médicos que atuam na Atenção Básica, como a médica de Família e Comunidade Luiza Magalhães. Em post no Facebook, ela ironizou a figura do “médico onipotente, que trabalha sozinho e não precisa de mais ninguém além dele mesmo”. Segundo Luiza, seu trabalho em uma unidade básica do SUS só é possível porque os enfermeiros da equipe “não são meros tarefeiros obedientes, eles fazem atendimentos, diagnósticos e prescrevem tratamentos”.

Desigualdade naturalizada

Um morador do distrito do Jardim Ângela, na Zona Sul da capital paulista, vive, em média, 23,7 anos a menos que um morador dos Jardins, região nobre de São Paulo, segundo o Mapa da Desigualdade, estudo realizado pela Rede Nossa São Paulo, divulgado em 24 de outubro. O cálculo foi obtido a partir da divisão da soma das idades ao morrer pela quantidade total de óbitos em todas as idades, ocorridos em determinado ano e localidade. “A desigualdade é cumulativa. Tem desigualdade nos serviços de saúde, educação, segurança, saneamento, assistência social e isso acaba gerando um ambiente propício para que espaços sejam carentes e acabam trazendo indicadores lamentáveis em uma cidade como São Paulo”, afirmou Jorge Abrahão, coordenador-geral da Rede. Há diferença discrepante no acesso a leitos hospitalares, por exemplo: Bela Vista, no Centro, é o distrito que mais possui leitos, com 46,4 vagas para cada mil habitantes; já o bairro de Vila Medeiros, na Zona Norte, tem índice de 0,041 vagas a cada mil habitantes. Um jovem de 15 a 29 anos tem 16,6 vezes mais chances de ser assassinado no Brás, distrito do centro de São Paulo com taxa de homicídios juvenil de 133,45 por 100 mil habitantes, do que na Vila Matilde, na zona leste, com taxa de 8,03. “Um sujeito que mora num Brasil vive menos que o sujeito que vive num outro Brasil”, comentou o escritor Anderson França, em post no Facebook. Leia o estudo completo em www.nossasaopaulo.org.br.

“Licença para matar”

O presidente Michel Temer sancionou em outubro um projeto de lei (PLC 44/2016) aprovado pelo Congresso que estabelece a Justiça Militar como o foro para julgamento de crimes cometidos por militares contra civis durante operações como o emprego das Forças Armadas na segurança pública do Rio de Janeiro. Atualmente, esses crimes são julgados pela Justiça comum. Entidades de Direitos Humanos batizaram o projeto de “licença para matar”. De autoria do deputado federal Espiridião Amin (PP-SC), o projeto tramitava no Congresso desde 2016.

Em nota técnica enviada ao Congresso, o Ministério Público Federal se posicionou contrário à proposta em setembro, considerada inconstitucional (G1, 16/10). Na avaliação do MPF, o projeto extrapola a competência da Justiça Militar estabelecida pela legislação e contraria a jurisprudência

do Supremo Tribunal Federal (STF) e posições firmadas pela Comissão de Direitos Humanos da Nações Unidas, que definem a atuação da Justiça Militar apenas para o julgamento de casos que envolvam ofensa às instituições militares.

Em reportagem sobre o tema publicada no jornal *El País* (14/10), a diretora da ONG Human Rights Watch no Brasil, Maria Laura Canineu, ressaltou que esse tipo de julgamento “é na prática uma ditadura”, e reforçou o argumento de inconstitucionalidade porque, de acordo com a Constituição Federal, crimes contra a vida devem ir para júri. Em uma petição virtual anterior à sanção, a Anistia Internacional afirmou que “a Lei viola tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, obrigações que incluem a garantia do direito ao julgamento justo, imparcial e independente”.

Mesmo sangue?

O ministro Edson Fachin, do Supremo Tribunal Federal (STF), deu o primeiro voto para derrubar normas do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que restringem a doação de sangue por homossexuais, em 19 de outubro. O Partido Socialista Brasileiro (PSB), autor da ação direta de inconstitucionalidade, apontou “absurdo tratamento discriminatório” por parte do poder público por, na prática, barrar “permanentemente” gays com “mínima atividade sexual” de agirem em benefício do próximo.

As regras atuais tornam inaptos para doação homens que tiveram relação sexual com outros homens no último ano. “Orientação sexual não contamina ninguém. O preconceito, sim”, afirmou Fachin, apontando “discriminação injustificada” da Anvisa e do Ministério da Saúde. “Compreendo que essas normativas resultam por ofender a dignidade da pessoa humana, na sua dimensão de autonomia e reconhecimento, porque impedem que pessoas por elas abrangidas sejam como são”, concluiu, recomendando que sejam consideradas somente condutas de risco, e não grupos de risco. A sessão continuou dia 25, com mais três votos pela inconstitucionalidade — dos ministros Roberto Barroso, Rosa Weber e Luiz Fux — e seria retomada após o fechamento desta edição. A decisão final depende de 6 votos entre 11. O ministro da Saúde, Ricardo Barros, se posicionou contrário à mudança, alegando possível prejuízo na exportação de plasma.

Belo Monte

Na edição de outubro (nº 181), publicamos erroneamente uma fotografia na matéria “Eu + 1 = muitos”, sobre o documentário que apresenta o trabalho “Refugiados de Belo Monte/Clínica de Cuidado”. Ao realizar uma interferência gráfica na imagem, acabamos por alterar de maneira indevida o registro do fotógrafo Lilo Claretto, gentilmente cedido à *Radis*. Concordamos que uma fotografia também é informação e, por esse motivo, publicamos neste número a imagem original, que se tornou referência na luta contra a construção da hidrelétrica de Belo Monte. A edição 181 foi alterada no nosso site e em nossa página no Facebook para corrigir o erro.



ARQUIVO LILO CLARETO

QUANTO PESA A FACULDADE?

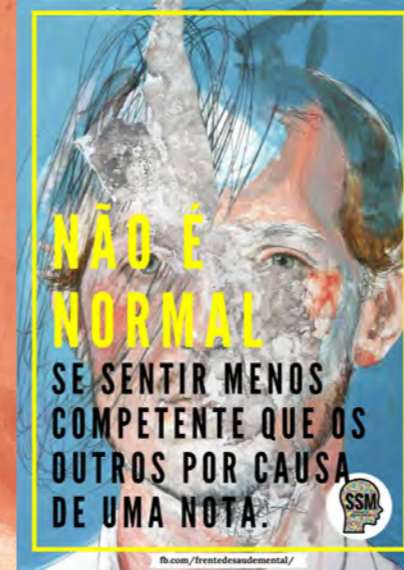
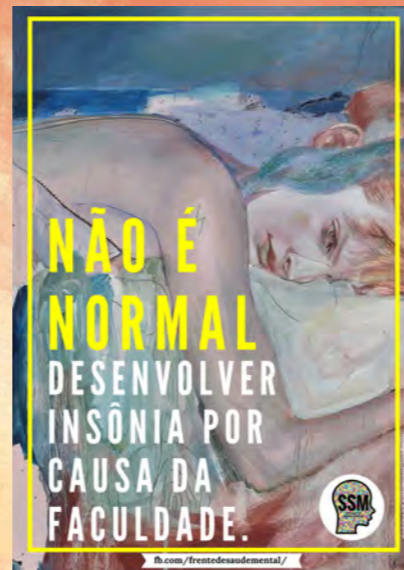
Estudantes criam Frente de Saúde Mental, com campanhas sobre o sofrimento psíquico no ambiente acadêmico

Ana Cláudia Peres

“Nã é normal que a faculdade se torne um gatilho para ansiedade”. “Nã é normal pensar todos os dias em desistir do curso dos seus sonhos”. Essa foi a maneira que um grupo de estudantes encontrou de chamar a atençã para um assunto alarmante e pouco discutido: a saúde mental dos universitários. Levantamento divulgado pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes) em 2016 revela que pelo menos 30% dos estudantes de universidades federais brasileiras já fizeram uso de medicaçã psiquiátrica, apresentando dificuldades emocionais para desempenhar suas atividades acadêmicas. Quase 60% sofrem de ansiedade,

20% de tristeza persistente, 10% de medo ou pânico, 32% de insônia, 6% têm ideia de morte e 4%, pensamento suicida.

Preocupados com os índices e, mais ainda, com os relatos frequentes de colegas com algum tipo de transtorno psicológico, um grupo de estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), juntamente com outros centros e diretórios acadêmicos, se mobilizaram criando a Frente Universitária de Saúde Mental. “A gente entendeu como esse tema é negligenciado”, conta Karen Maria Terra, estudante do segundo ano de Medicina da USP e uma das integrantes da Frente. “Apesar de ser uma pauta comum de muitas faculdades, são poucas as iniciativas de acompanhamento de alunos, que acabam surtando por conta de problemas que vão da sobrecarga da rotina à competitividade”.



A campanha “Nã é normal” veio para acompanhar o primeiro evento organizado pela Frente, a Semana da Saúde Mental, que aconteceu no final de junho, em São Paulo, e colocava na berlinda temas como *ciberbullying*, estigmas da saúde mental e opressã no ambiente universitário. Além de compartilhados nas redes sociais, os cartazes foram impressos e distribuídos nas faculdades. Em pouco tempo, a campanha se desdobrou. Muitos cursos solicitaram ao grupo o uso da arte para adaptar as frases ao seu próprio contexto, inclusive entre estudantes da pós-graduaçã, na qual as queixas de sofrimento se multiplicam. “Nã é normal se sentir refém do seu orientador”, diz outra peça da campanha.

A Frente Universitária de Saúde Mental engloba cursos tão diversos quanto Medicina e Direito, Engenharia e Fisioterapia. Doze faculdades, no total. “A nossa luta é por instalaçã e manutençaõ de serviços de acolhimento nas faculdades, de modo que, caso algum aluno precise, tenha algum lugar para procurar. É por uma mudançã curricular que tenha como uma de suas diretrizes a saúde mental do aluno. É por permanência estudantil. É por uma universidade sem opressões. A busca por saúde mental dos alunos está por trás de muitas coisas que fazemos em nosso dia a dia e deve ser uma prioridade para nós”, relata o grupo em sua página no Facebook, que já conta com mais de 34 mil seguidores.

“NÃO É SAUDÁVEL”

Os alunos dos cursos de Medicina são os que mais sofrem com os sintomas da depressã. No início deste ano, o *Nexo Jornal* divulgou um estudo, realizado por pesquisadores de instituições americanas, que aponta os altos índices de transtornos psicológicos entre estudantes desse curso.

27,2% DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DO MUNDO TÊM DIAGNÓSTICOS DE DEPRESSÃO OU SINTOMAS DEPRESSIVOS

De acordo com a pesquisa, a proporçã de diagnósticos de depressã ou sintomas depressivos nos cursos de Medicina de todo o mundo, incluindo no período da residêcia, é de 27,2%, e a de ideaçã suicida, isto é, os pensamentos sobre a possibilidade de se suicidar, de 11,1%. A reportagem informa que a realidade dos estudantes brasileiros foi considerada na pesquisa por meio de 13 trabalhos. Um deles, realizado em 2010 entre alunos da Universidade Estadual do Maranhã, indicou sintomas depressivos entre 47,5% dos alunos de Medicina da instituiçã. Outro, de 2015, feito com alunos de Medicina da cidade de Santos (SP), chegou ao índice de 30% com os mesmos sintomas.

Para o psiquiatra Luiz Roberto Millan, que durante 28 anos integrou o Grupo de Assistêcia Psicológica ao Aluno da USP (Grapal), são muitos os fatores que justificam indicadores tão altos. “O estudante de Medicina já entra na faculdade massacrado pelo vestibular, sempre o mais concorrido das universidades. Em alguns casos, fez inúmeras tentativas até ser aprovado”, explica em entrevista à *Radis*. “Depois, se depara com um curso extremamente puxado, com poucos períodos de descanso e isso só vai se avolumando no decorrer da faculdade”. Luiz Roberto considera que o estudante de Medicina precisa lidar com muitas perdas, como a falta de tempo para o lazer, para estar com os amigos ou até para cuidar da

própria saúde. “O que é um paradoxo”, completa. “Penso que a faculdade precisa desestimular o excesso de carga de trabalho e mesmo de competitividade, que em alguns cursos é brutal entre os alunos. Isso nã é saudável”.

Grupos de assistêcia psicológica vêm se tornando mais comum no ambiente universitário nas últimas décadas. Mas ainda estão longe de ser uma realidade para a maioria dos cursos. Na opiniã de Karen, mesmo entre aqueles que oferecem esse tipo de suporte, ainda há muitos problemas. “Os núcleos de apoio têm uma defasagem enorme no número de profissionais que prestam atendimento. Além disso, a gente ainda se depara com a resistêcia dos próprios professores para lidar com alguns tabus”, comenta. Para Luiz Roberto, as próprias escolas començam a perceber a necessidade de abrigar espaçõs dessa natureza, cabendo a cada uma delas definir formatos específicos de acordo com os seus programas. “Mas a tendêcia é existirem grupos de assistêcia com psiquiatras e psicólogos tanto para atendimento clínico quanto terapêutico e que também desenvolvam um trabalho junto ao corpo docente, sempre respeitando o sigilo profissional”, diz o psiquiatra, que se declara um entusiasta da iniciativa da Frente Universitária de Saúde Mental.

OUTRAS CAMPANHAS

A campanha “Nã é normal” nã é a única que vem ocupando as redes sociais sobre o assunto. Em setembro, durante o mês de prevençã ao suicídio, o serviço de Psicologia da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (Ufersa), em Juazeiro (BA), propôs a hashtag #NãÉBesteiraÉCoisaSéria para discutir o assunto. Dentro da Frente, os desdobramentos da campanha são a criaçã de uma rede intitulada “Vem cá”, para reunir psicólogos voluntários ou que cobrem valor simbólico para oferecer apoio psicológico aos estudantes.

“A demanda é imensa. Muitos estudantes procuram a Frente em busca de ajuda profissional, algo que, com a criaçã dessa rede, vai ser possível oferecer”, diz Karen, acrescentando que a Frente Universitária de Saúde Mental também está concluindo a elaboraçã de um documento para inspirar cursos que pretendam estruturar grupos de prevençã e combate aos transtornos psicológicos. “É uma espécie de relato-guia sobre o que vem dando certo em nossa experiêcia para que outros cursos abracem essa pauta em seus espaçõs acadêmicos”. Além disso, uma nova campanha, cujo mote é “Você nã está sozinho”, está prestes a sair da cabeçã dos estudantes. É só aguardar.

NADA PAGA UM SORRISO

Saúde bucal garante cidadania e qualidade de vida e suas condições revelam sinais de exclusão social

LUIZ FELIPE STEVANIM

Sueli não contém o sorriso, ainda tímido. Ela veio caminhando a pé até o postinho de saúde, carregando a bolsa pesada de roupas — que leva, de um lado a outro, como vendedora ambulante. Senta na cadeira da dentista, com uma alegria incontida. Naquela tarde abafada de agosto, em Campinas, ela confere se está tudo certo com a prótese dentária, que começou a usar no dia anterior. Enquanto conversa e narra um pouco da mudança em sua rotina, ela ainda leva a mão discretamente sobre a boca, em um gesto automático de quem durante anos se acostumou a esconder o sorriso, por vergonha. “As pessoas não vão mais correr de mim”, conta, ao se referir aos olhares e reações que faziam com que ela se sentisse menos gente. O sorriso desabrocha espontâneo no rosto da mulher de 37 anos.

O gesto simples de sorrir havia deixado de ser natural para Sueli Lopes de Oliveira, talvez ainda na adolescência. Moradora de uma área pobre do bairro Jardim Santa Genebra, na região leste de Campinas (SP), ela teve um quadro de desnutrição e deficiência

de cálcio quando criança, o que contribuiu para a perda dentária. Antes da prótese, ela contava apenas com sete dentes, o que gerava problemas em seu trabalho de vendedora, que depende da expressão facial. “Sofri muito preconceito. Uma vez passou um programa de TV dizendo que quem não tinha dente era usuário de drogas”, relembra. Os conhecidos e amigos do postinho se juntam para adquirir algumas peças de roupa para que ela realize outro sonho: comprar uma meia de compressão, essencial para que possa caminhar e viver melhor com a úlcera varicosa (ferida na pele devido à má circulação). Com duas palavras, resume o que sentia desde que reconstruiu seu sorriso: “Maior alegria”.

A história de Sueli é retrato de um dos problemas mais marcantes da saúde bucal no Brasil: a perda dos dentes. Também chamada de edentulismo ou mutilação dentária, essa ocorrência aponta para a necessidade de se pensar a saúde bucal pelo ponto de vista da integralidade — da prevenção e promoção até os cuidados de reabilitação. O contato diário com essa realidade aguçou o olhar da dentista responsável pelo

Sueli Lopes de Oliveira expressa em poucas palavras o sentimento com a nova prótese: “Maior alegria”



Por trás da perda de dentes, estão dificuldades que começam na promoção da saúde bucal e na prevenção de doenças

FOTO: ALEXANDRE NORONHA / SECOM AC

mas passa também por qualidade de vida e valorização da autoestima.

SORRISOS DA DESIGUALDADE

“Moço, não quero tirar foto, já aviso desde já.” Depois de dar esse veredito, em um tom entre sério e bem-humorado, o ar sisudo de Domingas da Silva vai se desmanchando, à medida que ela conversa com a gente. Não somente no serviço de Odontologia, mas em todo o Centro de Saúde Dr. Luiz de Tella, ela é conhecida como uma mulher que luta por seus direitos: alguém essencial para cobrar respostas do poder público. “A Odonto estava sem luz, tinha queimado o reator. Liguei para a prefeitura e mandei avisar: se vocês não trocarem, nós, usuários, vamos nos juntar e fazer uma vaquinha”, narra, com brilho nos olhos. Vieram e trocaram.

Aos 62 anos, Domingas, moradora do bairro Costa e Silva, em Campinas, faz uso de uma prótese dentária parcial, mas precisa de outra, pois perdeu outros dentes depois que colocou a primeira. Ela é atendida por Ana Cláudia, que tira as medidas para a nova prótese. Em geral, dentro de um mês, a peça fica pronta, quando Domingas será chamada novamente para fazer o teste. Ela conta um pouco de como a perda dentária interfere em sua vida. “Afeta tudo, a autoestima, a maneira de você se alimentar. Coloco dois comprimidos na boca; quando vejo, um vazou no buraco do dente e foi para o chão”, narra, referindo-se às dificuldades. “Mastigar não é possível, então você engole a comida. É horrível você jantar na casa de alguém, porque na sua casa, pelo menos você se vira”. Por causa da depressão, Domingas chegou a fumar seis maços de cigarro por dia; além disso, convive com a esofagite, que causa refluxos durante a noite, fatores que aceleram a perda. “Os dentes são o ‘cartão de visitas’. É uma coisa que não dá para viver sem”, pontua,

“A BOCA NÃO É FEITA SÓ PARA MASTIGAR. A BOCA SE ABRE PARA O MUNDO. ELA FALA, BEIJA, SENTE, SORRI.”

Ana Cláudia Pimenta
dentista

afirmando a expectativa de que possa ter mais qualidade de vida com a nova prótese.

Do mesmo modo que Domingas e Sueli, pessoas que perdem os dentes têm que lidar com sentimentos como inferioridade, insegurança e vergonha, o que os leva à sensação de exclusão diante da sociedade, conta Ana Cláudia. “Essas pessoas vão ficando sem os dentes e existe uma cobrança social que afeta os relacionamentos, o emprego e a sociabilidade”, explica. Entre as histórias de mutilação dentária que reuniu para a pesquisa, ela cita casos que marcam a vida de pessoas de todas as idades: uma criança que sofreu um atropelamento e passou a ser chamada de “banguelão” pelos colegas de sala; pessoas que encontravam dificuldades para se colocar no mercado de trabalho; e até rejeição no casamento. “Ainda na adolescência, as pessoas começam a ser mutiladas pela falta de recurso: recurso financeiro para o tratamento particular; recurso público, porque o serviço de saúde não dá condições para tratar alguns tipos de problema”, comenta.

Ela também explica o “ciclo vicioso” que coloca o edentulismo como um grave problema de saúde pública. Até a criação do Brasil Sorridente, em 2004, o SUS não oferecia serviço de prótese, a não ser como iniciativa isolada de alguns poucos municípios. Obturações simples eram feitas em postos de saúde; mas para dentes infeccionados, que exigiam tratamento de canal, só havia uma sentença: arrancar. “Se tem que fazer um canal, o posto não faz, a pessoa não pode fazer particular, então se opta pela extração. Ou ela fica com dor ou ela tira o dente. Então ela escolhe tirar”, relata. Com isso, criou-se o que Ana Cláudia chama de “cultura da mutilação”, com uma consequência grave: uma parcela significativa da população passou a necessitar de prótese dentária.

DEMANDA SOCIAL

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010, 69% dos brasileiros adultos necessitam de prótese, sendo a maioria prótese parcial em um maxilar (41%). Entre os idosos de 65 a 74 anos, 23% precisam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15%, de prótese total dupla. Para Paulo Narvai, o modelo hegemônico na odontologia, que privilegia o atendimento privado e não a saúde bucal coletiva, resulta no fato de o Brasil ser um dos campeões mundiais em edentulismo. “Parece naturalizado em nosso meio que as pessoas percam seus dentes ao envelhecer. Seguimos vítimas da chaga da mutilação dentária, uma das manifestações bucais de nossas profundas desigualdades socioeconômicas”, reflete [leia entrevista na página 21].

A reabilitação odontológica, por meio da prótese, é um serviço oferecido na atenção básica. A produção de próteses dentárias no SUS, que era de cerca de 60 mil em 2006, passou a ser de mais de 600 mil em 2014, com a criação dos chamados Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), uma das ações implementadas com o Brasil Sorridente. Atualmente professor da Universidade de Brasília (UnB) e coordenador do Observatório Ibero-americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal, Gilberto Pucca Jr., que coordenou a Política Nacional de Saúde Bucal entre 2003 e 2015, considera que a área era tratada com descaso, porque não era um problema de todos, mas “apenas de quem

serviço de prótese que fez a reabilitação de Sueli, no Centro de Saúde Dr. Luiz de Tella, na zona leste de Campinas, Ana Cláudia Pimenta: além de cuidar da reconstrução do sorriso, ela passou também a colher as histórias de pessoas que perderam os dentes, ao longo da vida, e como elas lidam com essa ausência e com os preconceitos decorrentes.

“A boca não é feita só para mastigar. A boca se abre para o mundo. Ela fala, beija, sente, sorri. Não se separa a boca do corpo”, reflete, ao enfatizar que a saúde bucal está dentro de um contexto físico, psicológico e social. Os relatos — utilizados em seu doutorado em Saúde Coletiva, na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), previsto para ser concluído no fim de 2017 — ajudaram a entender como a saúde bucal é reflexo das condições de vida das pessoas. Nas chamadas “histórias patográficas”, nome que deu a esses testemunhos, Ana Cláudia não estava interessada apenas nos prontuários, mas no modo como as pessoas lidam com a perda dentária. “Em geral as histórias têm um ponto em comum: a vida dessas pessoas é recheada de lutas e revela dificuldades para ter acesso ao postinho, aos serviços de saúde”, declara.

Problema que dava ao Brasil o título de “país de banguelas”, a perda dos dentes foi encarada como uma das questões principais a serem enfrentadas pela Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, lançada em 2004, no mesmo ano em que se realizou a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Quase 70% dos brasileiros adultos, entre 35 e 44 anos, têm necessidade de algum tipo de prótese dentária, como revelou o levantamento mais recente do perfil odontológico da população brasileira — a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010 ou Projeto SB Brasil. Por trás dessa perda, estão dificuldades para acessar os serviços de saúde e deficiências que vão desde a promoção e a prevenção até o tratamento de média e alta complexidade. “Esse levantamento confirma que o edentulismo é uma marca da desigualdade social e um grande problema no país”, afirma Ana Cláudia.

“As condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social”, apontou o relatório final da 3ª Conferência, em 2004, que ajudou a definir os rumos da Política Nacional. Para o professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), o dentista sanitário Paulo Capel Narvai — que foi relator geral da conferência —, as desigualdades marcam as bocas dos brasileiros. “A população acumula necessidades em saúde bucal em níveis tecnicamente insustentáveis para qualquer sistema de saúde”, reflete. Nas vozes da conferência ocorrida há 13 anos, já eram apontadas as saídas: o enfrentamento dos problemas nessa área exige mais do que profissionais competentes; requer políticas intersetoriais e ações preventivas, curativas e de reabilitação, com foco na promoção da saúde e na garantia de acesso universal.

Os exemplos mais recorrentes de ações exitosas são a fluoretação da água e a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Treze anos após a criação da Política Nacional de Saúde Bucal, avanços são percebidos, assim como desafios permanecem, como indica o balanço feito por sanitaristas ouvidos por *Radis*. De um lado, está a queda na presença do principal problema de saúde bucal: a cárie, especialmente em crianças até 12 anos. De outro, permanecem desigualdades regionais e a necessidade de expandir a cobertura dos serviços. “Em virtude da dívida assistencial histórica da saúde bucal, ainda estamos longe de uma cobertura plena, entretanto tivemos avanços consideráveis”, avalia o dentista e professor de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Angelo Roncalli.

Para entender os desafios que atravessam o cuidado com o sorriso dos brasileiros, *Radis* foi também aos serviços de saúde e ouviu profissionais e usuários do SUS sobre suas histórias e necessidades. A realidade mostra que a promoção da saúde bucal tem a ver com garantia de cidadania,

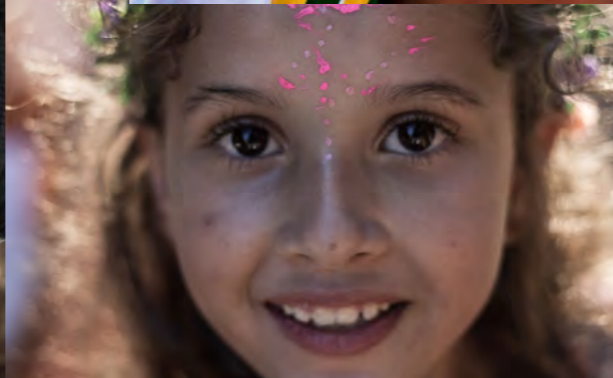
FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA



não podia pagar por um dentista particular". "Sorriso é um retrato de classe social. Naturalizou-se que o pobre não tem dente ou tem dentes estragados, e os ricos não. Por isso a saúde bucal era vista, e ainda é de certa forma, como supérflua", afirma à *Radis*.

Já Ana Cláudia explica que, em Campinas, a reabilitação com prótese era uma demanda dos idosos junto ao Conselho de Saúde, mas depois de implantado, em 2004, o serviço também passou a ser procurado pelos mais jovens, que enfrentavam rejeição no mercado de trabalho. Segundo a dentista, o acesso à prótese ajuda a devolver a qualidade de vida e a autoestima. "A saúde bucal não muda apenas o sorriso, muda a vida das pessoas". Porém, ela defende que promoção, prevenção e educação em saúde são essenciais para evitar que ocorra a perda dentária. "O cuidado em saúde bucal começa lá atrás: é um direito da pessoa não ter o seu dente arrancado e ter acesso a um tratamento especializado", pontua.

Onde Sueli e Domingas foram atendidas, são feitas em média de 10 a 14 próteses dentárias por mês, segundo a dentista responsável. Campinas possui apenas cinco unidades básicas de saúde habilitadas para prótese, entre as 65 existentes — o que significa que a produção do município está entre 20 e 50 próteses por mês, segundo dados do site do Ministério da Saúde, para uma população de cerca de 1 milhão e 100 mil habitantes. "Esse é o gargalo, sendo que a preconização da Política Nacional é que se tenha o serviço de prótese na atenção básica e não como especialidade", ressalta Ana Cláudia. Para ela, um dos desafios é ampliar a oferta do serviço, que esbarra no fato de que Campinas (a 14ª maior cidade do país) não possui um laboratório próprio, mas contrata uma empresa terceirizada para a produção das próteses. Segundo o chefe de gabinete da Secretaria Municipal de Saúde da cidade, Edison Martins, que conversou com *Radis*, o município não tem condições de ter um laboratório próprio. "O desafio é ampliar recurso dentro da atenção básica para a saúde bucal", afirma.



FOTOS: MIDIA NINJA

SORRISOS BRASILEIROS

Uma das mudanças mais significativas no perfil da saúde bucal da população brasileira foi a redução da presença de cárie em crianças e adolescentes, ao longo dos últimos 30 anos. Segundo o professor da UFRN, Angelo Roncalli, informações mais confiáveis em âmbito nacional sobre o tema começaram a ser produzidas a partir de 1986, quando ocorreu o primeiro inquérito nacional sobre saúde bucal. Desde então, o país contou com outros três (em 1996, 2003 e 2010). Entre crianças de até 12 anos, diminuiu o número médio de dentes afetados por alguma doença, ou seja, cariados, perdidos ou obturados (índice conhecido pela sigla CPO): a média caiu de 6,7 dentes afetados, em 1986, para 2,1 em 2010. "Parece ter havido uma combinação de fatores socioeconômicos e de políticas públicas contribuindo para o declínio, principalmente da cárie dentária", analisa.

Segundo o pesquisador, alguns fatores podem ter ajudado a diminuir a presença do principal problema de saúde bucal: ele destaca a melhoria nas condições socioeconômicas e a redução da desigualdade. Também a fluoretação das águas de abastecimento pode ter tido um efeito positivo sobre a cárie, como explica Angelo. "Alguns agravos, entretanto, como o alto grau de mutilação dentária em população idosa, praticamente não se alteraram, o que deve ocorrer somente nas próximas décadas", assinala. De acordo com ele, as doenças bucais também são socialmente determinadas — seu perfil depende de questões como raça, escolaridade e renda e também de fatores relacionados às condições de vida da população, como o grau de desenvolvimento e a oferta de serviços.

As marcas da desigualdade entre as regiões brasileiras também se refletem nos sorrisos, afirma Angelo. "Em 2010, uma criança de 12 anos que mora em uma cidade de pequeno porte do interior do Nordeste, vive em uma família de baixa renda e é preta ou parda tem em média quatro dentes afetados pela cárie, um valor quase quatro vezes maior do que o de uma criança de mesma idade, branca, de alta renda e que mora em uma capital do Sudeste", compara. Para o professor, essa realidade não é muito diferente de outros agravos em saúde. "Contudo, o que torna a situação da saúde bucal mais perversa é o fato de que a oferta de serviços se dá de maneira completamente inversa ao perfil epidemiológico", alerta.

Como exemplo, ele cita que quase 60% de todos os cirurgiões-dentistas do Brasil estão no Sudeste, que concentra menos de 40% das necessidades de cárie dentária em crianças e adolescentes. "Na outra ponta, o Nordeste detém apenas 13% dos dentistas brasileiros e 27% das necessidades. É, portanto, uma conta que não fecha", ressalta. Para Angelo, a redução das diferenças econômicas entre as regiões, a longo prazo, levaria à diminuição da desigualdade na distribuição das doenças como um todo, incluindo as bucais. Porém, ele aponta que tal situação não deve se alterar no curto prazo, principalmente em razão da conjuntura política atual. Portanto, segundo o pesquisador, é preciso que as políticas públicas de saúde bucal sejam implementadas considerando as diferenças regionais e socioeconômicas. "Isso significa, na prática, a implementação de um modelo com base na equidade em saúde", defende.

BRASIL SORRIDENTE

Criada em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) tem, entre suas diretrizes, a garantia de uma rede de atenção básica integrada aos demais serviços. Como explica Angelo, o Brasil Sorridente tem várias frentes de atuação. A primeira delas está no fortalecimento da atenção básica, com a presença de Equipes de Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família. "Na perspectiva da Atenção Primária, buscou-se a expansão da cobertura de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, basicamente através do aumento no número de equipes", pontua. Outra frente, segundo ele, são as ações na atenção secundária — "historicamente negligenciada no Brasil" —, com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Por fim, a terceira área envolve promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente com a expansão da fluoretação das águas de abastecimento público.

“Essas três frentes, ao longo dos últimos anos, provocaram um crescimento exponencial no acesso aos serviços de saúde bucal nos diferentes níveis de atenção”, conclui Angelo. Mas, para ele, o contexto atual é de ameaça a essa política. “Nos últimos dois anos, este processo de expansão praticamente cessou e as perspectivas atuais apontam que seja pouco provável sua retomada no curto prazo”, destaca [veja texto na página 21]. Portanto, segundo o pesquisador, um dos desafios atuais é retomar a expansão dessas ações, pois ainda existem localidades desassistidas. Na visão de Paulo Narvai, o Brasil Sorridente foi a mais importante política de saúde com abrangência nacional implantada no país. “Fez avanços muito importantes na mudança do modelo de atenção, abrindo espaços estratégicos para as propostas vinculadas ao ideário da saúde bucal coletiva”, aponta.

O sanitarista responsável pela implementação do Brasil Sorridente, Gilberto Pucca Jr., afirmou à *Radis* que um dos focos iniciais do programa foi a expansão da atenção primária em saúde bucal. “A gente entendia que a saúde bucal na atenção básica deveria ser ordenadora do sistema e não apenas porta de acesso”, explica Gilberto, ao enfatizar que uma das estratégias adotadas foi o planejamento e a mudança no processo de trabalho das equipes. De acordo com o Ministério da Saúde, houve um aumento de 8.951 Equipes de Saúde Bucal em 2004 para 25.206 atualmente. Gilberto descreve que a saúde bucal estava às margens das políticas públicas até a construção da Política Nacional. “Somente em 2004 o Brasil passa a ter uma política de saúde bucal coerente com o SUS, garantindo o princípio da integralidade”. Segundo ele, as políticas implementadas até então eram “muito frágeis, com foco materno-infantil e com baixíssima resolutividade, muito pouco acesso e zero de integralidade”.

Na visão de Gilberto, um dos problemas mais graves da saúde bucal brasileira era a perda de dentes, sem a oferta de reabilitação com prótese no SUS. “A perversidade do sistema de saúde brasileiro era que você extraia o dente na rede pública e fazia a reabilitação, quando podia pagar, na rede privada”, ressalta. De acordo com ele, em 2003, três a cada quatro brasileiros acima de 60 anos tinham algum tipo de edentulismo, sendo que cerca de 40% desses não contavam com acesso à prótese. Ele observa, ainda, que a prótese passou a ser uma necessidade também para uma parcela mais pobre da população que se qualificou para o mercado de trabalho.

PARA ALÉM DO BÁSICO

Outro gargalo da saúde bucal no SUS era o atendimento especializado, de média e alta complexidade. “Em 2004, somente 3,5% dos procedimentos em saúde bucal eram de atenção especializada. O usuário do SUS que precisava de tratamento de canal, por exemplo, tinha que pagar na rede privada”, pontua Gilberto. Com o Brasil Sorridente, foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), encarregados do atendimento de cinco serviços mínimos: endodontia (tratamento de canal), diagnóstico de câncer de boca, periodontia (gingivas), cirurgia oral menor e atendimento a portadores de necessidades especiais. “Os CEO são a face, digamos, mais visível das mudanças que vieram com o Brasil Sorridente, ampliando de modo



FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA

Centros de Especialidades Odontológicas, criados pelo Brasil Sorridente, fazem tratamento de canal, diagnóstico de câncer de boca, periodontia e cirurgia oral menor

significativo o acesso da população às ações de média complexidade e tirando a odontologia pública no SUS das restrições à atenção básica”, analisa Paulo Narvai.

Numa manhã ensolarada de outubro, a dentista Teilla Nappo Telles atravessa o pátio cercado por árvores do Instituto Psiquiátrico Nise da Silveira, no bairro Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, e chega para trabalhar no CEO que coordena na unidade. Há 15 anos no SUS, ela conhece bem a realidade da saúde bucal no município. Atualmente, a cidade conta com 18 CEO — o primeiro foi criado em 2004, na Rocinha. “Mas esse aumento foi desproporcional à demanda por atendimento especializado”, conta. Como está localizado dentro de um instituto voltado para a saúde mental, o CEO de Engenho de Dentro tem a particularidade de atender uma grande demanda de pacientes psiquiátricos e dependentes químicos — embora todos os centros estejam habilitados para receber pessoas com necessidades especiais. Como informou o Ministério da Saúde à *Radis*, atualmente existem 1.100 CEO implantados no país.

Teilla explica qual é o caminho da saúde bucal no SUS: uma pessoa que chega, por exemplo, com dor de dente em uma Clínica da Família, é atendida emergencialmente para retirar a dor e encaminhada para um CEO, onde será feito o tratamento indicado. “A parte inicial do cuidado ocorre na atenção básica, para que no período em que o paciente esteja esperando a vaga, ele permaneça sem dor. Mas os dentistas da atenção

primária não dão conta da demanda”, relata. Segundo ela, o tempo médio de espera entre o atendimento no posto e a consulta inicial no CEO costuma ser de quatro meses. “A atenção especializada deve caminhar junto com atenção primária na orientação do paciente”, defende.

ONDE TUDO COMEÇA

O dia amanhece e Mônica de Paula já se prepara para mais uma jornada de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Palma, uma cidade de cerca de 6 mil e 500 habitantes na Zona da Mata mineira. Por volta de 6h30, ela deixa o sítio onde mora com a família; e às 7h, já cumprimenta os primeiros pacientes que aguardam atendimento. Formada há três anos pela Universidade Federal Fluminense (UFF), em Nova Friburgo (RJ), ela é a dentista responsável por uma das três equipes de saúde bucal existentes na cidade — sua área de abrangência é uma parte do centro de Palma, enquanto outra equipe cobre a zona rural e uma terceira, os dois distritos do município, Cisneiros e Itaperuçu. Para ela, a Estratégia Saúde da Família, com ações de busca ativa e prevenção, é o caminho para melhorar a saúde bucal dos brasileiros.

“Quando o paciente procura um dentista com dor, o tratamento odontológico em si é apenas paliativo e curativo. Não traz solução, é só resolver uma

dor imediata. O que a gente quer com prevenção é solucionar a questão bucal e diminuir o alto índice de extração dentária”, explica. No consultório, ela faz restaurações, limpeza, pequenas cirurgias e extrações. Mas a parcela de seu trabalho que considera mais empolgante são as ações de prevenção e promoção da saúde, como escovação e aplicação de flúor nas escolas e grupos de conversa com gestantes e pacientes com diabetes e hipertensão. “O objetivo é refletir sobre os hábitos e estilos de vida, praticar mais o autocuidado e aproximar essas pessoas da consulta odontológica regular”, ressalta. Como o medo de ir ao dentista ainda existe, Mônica utiliza a “boa conversa” para quebrar as barreiras e chegar até os pacientes. “Principalmente em criança, percebo que o medo acontece por não saber o que vai acontecer. Gosto de sentar, esclarecer todas as dúvidas e mostrar como funciona”, comenta.

A atenção básica é onde tudo começa: as Equipes de Saúde Bucal (ESB) fazem parte das Equipes de Saúde da Família (ESF) e envolvem o trabalho integrado de cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal. Cada equipe é responsável por um território em que vivem, em média, de 3 mil a 4 mil pessoas, como informa o Ministério da Saúde. Ainda segundo a pasta, mesmo estando em 5.010 municípios brasileiros, a cobertura estimada do programa é de 40% da população. Enquanto o número de ESF é de cerca de 41 mil equipes no país, são pouco mais de 25 mil ESB — o que significa que quase a metade das equipes de atenção básica não conta com saúde bucal.

Em Campinas, na equipe do Centro de Saúde que atendeu Domingas e Sueli, a auxiliar em saúde bucal Carolina Cavalcanti conta que, em razão da falta de estrutura e pela alta procura de atendimento, o trabalho fica muito restrito ao consultório. “A saúde bucal sempre foi colocada muito de lado dentro da unidade básica. Eu sempre batalhei para que a gente fosse reconhecida, porque a boca não é uma coisa à parte do corpo”, defende. Técnica em saúde bucal há 15 anos, mas concursada pela prefeitura de Campinas como auxiliar, Carolina também faz parte do Conselho Distrital de Saúde e luta, no dia a dia, para que a saúde bucal esteja mais integrada com a ESF. “O dentista vem de uma cultura de sempre viver isolado, voltado para dentro, com pouca interação com outras áreas, até porque a Odonto sempre é uma equipe pequena”.

As profissões de técnico e auxiliar em saúde bucal (TSB e ASB) foram regulamentadas pela lei 11.889, sancionada pelo então presidente Lula em 2008. Antes as funções eram denominadas de técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário. Gilberto Pucca relata que a mudança de nome e a regulamentação envolveram tanto a ampliação das funções quanto o reconhecimento desses profissionais. “Eles não estão restritos somente ao consultório, tendo também um perfil de promoção

SAIBA MAIS

- Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: <https://goo.gl/rvfAWy>
- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010: <https://goo.gl/UzpbABN>
- Vigilância à Saúde Bucal no Brasil (Cader-nos de Saúde Pública v. 28, 2012): <https://goo.gl/p9k2yY>
- “O fim do Brasil Sorridente?” (Paulo Capel Narvai): <https://goo.gl/bfdoBn>
- “A política nacional de saúde bucal como demanda social” (Pucca Jr.): <https://goo.gl/Cej59r>
- “Saúde Bucal no Brasil: Muito além do céu da boca” (de Paulo Capel Narvai e Paulo Frazão, editora Fiocruz)

da saúde, com componente assistencial”, observa. Carolina explica que auxiliar e técnico têm funções diferentes — o técnico pode, por exemplo, realizar procedimentos na boca, orientado por um dentista. “Dentro da minha equipe, o auxiliar fica com a limpeza da cadeira e do instrumental, o controle de estoque e material. Quando o paciente chega com dor, somos nós que fazemos o acolhimento”, afirma, destacando ainda que o auxiliar é aquele que tem o primeiro contato com o usuário que procura os serviços.

SAÚDE INTEGRAL

“Não se pode falar em saúde, sem incluir a saúde bucal”, afirma Paulo Narvai. “Isto é uma obviedade, mas precisa ser reafirmado permanentemente”. Ele defende a ideia de que a integralidade exige que a atenção básica esteja articulada aos demais níveis. “A saúde bucal requer intervenções de promoção, prevenção e reabilitação em todos os níveis de atenção, assegurando assim a integralidade do cuidado”, avalia. A fluoretação da água é indicada por ele como uma experiência bem-sucedida de intersetorialidade em saúde. “A fluoretação da água de abastecimento público é uma medida extremamente eficaz, segura e de baixíssimo custo relativo. É, sem dúvida, uma ação de saúde, mas requer essa articulação intersetorial com a área de saneamento”, relata. Mas, de acordo com ele, ainda permanece a desigualdade no acesso ao benefício. “Nas regiões Sul e Sudeste, mais de 80% da população urbana têm acesso, enquanto no Nordeste e, sobretudo, no Norte, o acesso não chega à metade da população”, completa Paulo.

Para Gilberto, é preciso superar as limitações da Odontologia, inclusive na formação dos dentistas, que tende a ser vista como um curso isolado. “O aluno passa cinco anos aprendendo que tem que prestar atenção na boca, quando na verdade uma pessoa não é uma boca”. Angelo concorda e destaca que o modelo hegemônico na formação em Odontologia é ainda centrado na prática dentro do consultório e voltado para o mercado, com baixa articulação com os serviços. “Infelizmente, o retrato de boa parte dos municípios brasileiros é de um cirurgião-dentista trabalhando em seu consultório de forma isolada, realizando atendimentos por livre demanda”, pontua. Ana Cláudia também defende que a formação e a prática estejam atentas às necessidades da população. “As universidades formam os profissionais para o mercado. E na TV temos propaganda de creme dental, mostrando lindos consultórios particulares, geralmente com pessoas sorrindo. Mas essa não é a realidade”, afirma, ao defender a necessidade de ações de educação em saúde bucal, que possam, de fato, renovar o sorriso de pessoas como Domingas e Sueli.



FOTO: CEBES

PARA ONDE VAI O BRASIL SORRIDENTE?

Se o desafio até então era expandir o número de Equipes de Saúde da Família (ESF) com saúde bucal, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aponta no sentido contrário: abre espaço para que um município possa organizar suas ações de saúde pública sem a inclusão dessa área. É o que explica o professor da UFRN, Angelo Roncalli, ao definir em uma palavra as consequências da reforma da PNAB para a saúde bucal coletiva: “desastrosas”. “Retocedemos 20 anos no tempo e a importante conquista que tivemos com a inclusão da saúde bucal na ESF literalmente desaparece”, alerta. Aprovada em 31 de agosto, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com apoio do ministro da Saúde, Ricardo Barros, a nova PNAB prevê que o governo federal possa financiar equipes que têm apenas médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem — portanto, sem Equipes de Saúde Bucal (ESB).

“Trata-se da face assistencial de uma estratégia mais ampla de destruição do SUS que tem seu componente financeiro na Emenda Constitucional 95, a qual congela os gastos sociais pelos próximos 20 anos”, ressalta Angelo. Para ele, a possibilidade de aplicação de uma “cesta básica de serviços” compromete a integralidade da atenção. Para Gilberto Pucca Jr., a reforma “desidrata” a ESF e induz outros modelos, que remetem a práticas já superadas. “Esses modelos não trabalham com planejamento, trabalham com demanda espontânea. A gente vai voltar a um modelo pré-SUS”, afirma. Segundo ele, sem planejamento, vai se gastar o pouco dinheiro com práticas não eficazes. “Todo esse movimento que aconteceu de garantir equidade na saúde bucal vai sofrer um retrocesso. As expectativas infelizmente são as piores possíveis”, destaca.

Para o sanitário Paulo Narvai, a reforma da PNAB decretou o fim do Brasil Sorridente “como o conhecemos”. “A virada fatal na orientação governamental veio com mudanças na Política Nacional de Atenção Básica, que desobrigam gestores estaduais e, sobretudo, municipais de desenvolverem ações de saúde bucal”, escreve, em artigo publicado pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes, em 19/8). Para ele, a nova PNAB é um entrave para os avanços no modelo de atenção em saúde bucal. “Um grande problema da nova PNAB é que ela copiou portarias anteriores e alterou aspectos pontuais, de interesse de parte dos gestores. Resultou um monstro normativo deformado e cheio de contradições, que servirá muito pouco para mudar o modelo de atenção, mas será bastante útil para os inimigos do SUS”, afirma à *Radis*. De acordo com ele, a situação é ainda pior para a saúde bucal. “A maioria dos gestores do SUS não considera a saúde bucal uma prioridade. Pior: muitos a consideram um luxo e, se pudessem, descontinuariam os programas da área”, alerta.

Na contramão dessas ameaças, um projeto de lei, aprovado no Senado no início de julho, transforma o Brasil Sorridente em uma política de Estado, obrigatória no SUS. De autoria do senador Humberto Costa (PT-PE), ministro da Saúde à época da criação do programa, o texto propõe alterar a lei orgânica do SUS (8.080 de 1990) para incluir a saúde bucal no campo de atuação da saúde pública. Atualmente, o projeto encontra-se em tramitação na Câmara dos Deputados (PL 8131/2017).



FOTO: MARCOS SANTOS / USP-IMAGENS

ENTREVISTA PAULO CAPEL NARVAI

“AS BOCAS DE NOSSA GENTE REFLETEM NOSSAS INIQUIDADES”

De um lado, a Odontologia é restrita ao consultório particular e vista como um mercado promissor. De outro, a saúde bucal deve ser encarada como um direito de toda a população. Esse conflito de interesses marca o perfil da política pública de saúde bucal e interfere na formação dos profissionais e nos serviços ofertados à população, aponta o cirurgião-dentista sanitário Paulo Capel Narvai, professor titular da Faculdade de Saúde Pública da USP. “Hoje, a hegemonia é da Odontologia de mercado, não é da saúde bucal coletiva”, alerta. Em seu livro “Saúde bucal no Brasil: Muito além do céu da boca” (Editora Fiocruz), escrito junto com Paulo Frazão, outro dentista sanitário da USP, o pesquisador destaca esse conflito e aponta a necessidade de inserir a saúde bucal em um modelo de integralidade. Narvai também foi relator geral da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 2004, que ajudou a definir os rumos da Política Nacional, lançada no mesmo ano — que, para ele, encontra-se hoje diante de um contexto “hostil”. “As bocas de nossa gente refletem, de modo cruel, nossas iniquidades”, destaca.

Como o conflito entre a saúde bucal coletiva e a Odontologia de mercado interfere na garantia da saúde bucal como um direito?

Representam dois modelos distintos e opostos de atenção e, portanto, de formação dos profissionais que atuam na área. Para a Odontologia de mercado, o que conta é considerar que ações e serviços odontológicos são mercadorias que devem ser adquiridas por quem tem possibilidade de fazê-lo, seja custeando-os diretamente, como dispêndios pessoais e familiares, seja indiretamente

por meio de planos ditos de saúde. Para o modelo da saúde bucal coletiva, trata-se justamente do oposto, partindo-se do pressuposto de que a saúde bucal das populações resulta de suas condições de vida em diferentes contextos socioeconômicos e é produzida pelas relações sociais e pelo conjunto das políticas públicas.

Você pode dar alguns exemplos desse conflito?

Eu costumo dar muito o exemplo da fluoretação da água e dos cremes dentais, que são medidas de enorme importância para a prevenção da cárie dentária, ainda o principal problema de saúde bucal na maioria dos países. A Odontologia de mercado não se importa com essas medidas, pois elas não são demandadas individualmente no contexto clínico. Para a saúde bucal coletiva, por outro lado, tais medidas devem ser demandadas junto aos tomadores de decisão pelo conjunto da sociedade, por meio de canais institucionais, como os conselhos de saúde, as entidades representativas da saúde coletiva e da odontologia, dentre outras. Por isso a saúde bucal coletiva lida melhor com o direito social à saúde, pois sem saúde bucal não há saúde. As ideias vinculadas à Odontologia de mercado e à saúde bucal coletiva, e os interesses que trazem consigo, disputam os rumos da política pública de saúde bucal. Hoje, a hegemonia é da Odontologia de mercado, não é da saúde bucal coletiva.

Como a saúde bucal reflete as condições de vida da população?

As necessidades em saúde se expressam no campo da saúde bucal de modo bastante desigual no cenário brasileiro. Em

certos grupos populacionais, ligados às classes sociais de média e alta renda familiar, as necessidades básicas de cuidados são bem equacionadas pelo mercado e até mesmo sofisticam-se, com os cuidados adentrando a dimensão subjetiva das necessidades em saúde e se manifestando em desejos de ordem estética, como *piercings* dentais, alteração de cor do esmalte dentário, uso de aparelhos ortodônticos para movimentações dentárias mínimas. É um erro, porém, considerar tais necessidades desimportantes, bem como a busca por serviços que lidam com elas. Essa dimensão relacionada com o bem-estar psicológico é inerente à saúde bucal. Considerando-se o conceito ampliado de saúde como um recurso para o bem-viver, faz todo sentido valorizar esses aspectos e equacioná-los.

E quanto às necessidades dos mais pobres?

Por outro lado, outros grupos sociais convivem cotidianamente com cáries não tratadas, fontes de dores, infecções e sofrimentos evitáveis quando há acesso a serviços odontológicos básicos. O modelo de prática converge para as extrações dentárias ao longo da vida e a reabilitação protética não é assegurada a todos. Resulta do modelo hegemônico que o Brasil seja um dos campeões mundiais em edentulismo. Parece naturalizado em nosso meio que as pessoas percam seus dentes ao envelhecer. Infelizmente, embora nossa situação epidemiológica tenha melhorado muito nas duas últimas décadas, não estamos conseguindo que os benefícios da infância sejam mantidos na adolescência e entre adultos e idosos. Seguimos vítimas da chaga da mutilação dentária, uma das manifestações bucais de nossas profundas desigualdades socioeconômicas. As bocas de nossa gente refletem, de modo cruel, nossas iniquidades.

Quais foram os impactos e as lacunas do Brasil Sorridente?

O Brasil Sorridente foi a mais importante política de saúde com abrangência nacional implantada no país, pois fez avanços muito importantes na mudança do modelo de atenção, abrindo espaços estratégicos para as propostas vinculadas ao ideário da saúde bucal coletiva. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são a face, digamos, mais visível das mudanças que vieram com o Brasil Sorridente, ampliando de modo significativo o acesso da população às ações de média complexidade e tirando a odontologia pública no SUS das restrições à atenção básica. Mas a inserção da saúde bucal na estratégia de Saúde da Família também foi um marco. Tenho dito, porém, que o mais relevante não foi nem uma coisa nem outra, mas o fato de ser uma política pública ligada umbilicalmente ao conjunto das políticas sociais do governo que implantou e desenvolveu o programa, sendo a um só tempo parte desse conjunto e componente indispensável para que o conjunto fosse o que foi.

Foi? Não é mais?

Tenho usado o verbo no passado ao falar do Brasil Sorridente, pois não é possível dizer que ele segue sendo o que era. A meu ver, o Brasil Sorridente, tal como o conhecemos nos


**"PARECE
NATURALIZADO
EM NOSSO MEIO
QUE AS PESSOAS
PERCAM SEUS
DENTES AO
ENVELHECER"**

governos Lula e Dilma, acabou. Por certo que há uma política de saúde bucal em curso e o nome "Brasil Sorridente" foi mantido até este momento, mas já não é mais o que foi. Aliás, desde a saída, em outubro de 2015, do ministro da Saúde, Artur Chioro, ainda no governo Dilma, substituído pelo ministro Marcelo Castro, que colocou à frente do Brasil Sorridente um profissional com fortes vínculos com a Odontologia de mercado, ele deu essa guinada para se afastar das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal que emergiu do processo político que levou Lula à Presidência da República e que foi aprovada na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em meados de 2004.

Que interesses ameaçam a Política Nacional de Saúde Bucal?

O auge do Brasil Sorridente se deu na primeira metade do segundo governo Lula (2007-2010). Mas, desde meados de 2005, a Odontologia de mercado intensificou as pressões na disputa pelo modelo de atenção. Um episódio significativo dessas pressões foi a Audiência Pública realizada em 2005, na Câmara dos Deputados, para analisar o Projeto de Lei 1.140 de 2003, que tratava da regulamentação das profissões de técnico e auxiliar em saúde bucal. Setores da categoria odontológica contrários à regulamentação organizaram-se nacionalmente e agiram fortemente contra aspectos centrais. Essas pressões surtiram efeito, produzindo alterações negativas no projeto de lei, resultando em ambiguidades na norma legal que tiram dela a força que deveria ter para dar sustentação ao importantíssimo trabalho que auxiliares e técnicos podem e devem realizar, integrados plenamente às Equipes de Saúde Bucal. Não obstante, em 2008, o presidente Lula sancionou a lei 11.889, regulamentando o exercício das profissões de nível médio de TSB e ASB. Desde então, porém, diminuiu o ritmo de alguns avanços previstos para o Brasil Sorridente e, mais recentemente, com a aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), à revelia do Conselho Nacional de Saúde, as perspectivas não são favoráveis.

Quais serão as consequências da reforma da PNAB para a saúde bucal?

Nada favoráveis, nem confortáveis. Há setores, ligados ao governo, e até mesmo vinculados à oposição, que pedem calma, dizem que é prematuro falar em fim do Brasil Sorridente, que é possível reverter eventuais adversidades. São opiniões que devem ser respeitadas, sobretudo as que vêm do governo, pois representam a meu ver intencionalidades positivas, que reconhecem o significado do Brasil Sorridente e querem ter compromisso com a continuidade dessa política. Porém, essa continuidade não depende desses técnicos, por mais bem-intencionados que sejam. O conjunto do governo e as orientações específicas do ministro da Saúde, Ricardo Barros, para o SUS e a política nacional de saúde apontam em outro rumo. É ingenuidade ignorar isto. Não se trata de um problema de gestão, de ser mais ou menos eficiente, mas de política. E a política é hostil à Odontologia pública e às diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, aprovadas na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. 

Rogério Tavares dos Santos, chefe do Serviço de Fisioterapia do HFA: atuação na terapia intensiva

FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA



Além da reabilitação

Profissionais que tratam e previnem lesões buscam ampliar atuação com foco global sobre o corpo

Liseane Morosini

Um ombro que dói, o pé torcido e a respiração que fica difícil são alguns dos problemas de saúde que recebem a atenção dos fisioterapeutas. E foi o trabalho desses profissionais que deu um pouco mais de independência a Maria Amélia Camilo da Silva, 61 anos. Moradora do Nova Iguaçu, no Rio de Janeiro, a dona de casa estava internada havia sete meses no Hospital Federal do Andaraí (HFA), na Zona Norte carioca, primeiro no Centro de Tratamento Intensivo (CTI), e depois na enfermaria, recebendo atenção regular de fisioterapeutas da

unidade. "Depois do tratamento, estou com as pernas mais firmes", diz à *Radis*. Ao seu lado, a filha Adriana Souza Senra comemora o resultado. "Ela não conseguia virar, sentar, não comia sozinha. Agora já está fazendo tudo isso".

Segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Cofitto), o fisioterapeuta é um profissional de Saúde, com formação acadêmica superior, habilitado para a construção do diagnóstico fisioterapêutico, a prescrição e a aplicação das condutas a serem seguidas pelo paciente e o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional até as condições para alta do serviço.

Os dados do Cofitto revelam que há cerca de 240 mil profissionais registrados e que atuam em todos os níveis de atenção. De acordo com o Ministério da Saúde, em junho de 2016, havia cerca de 47 mil fisioterapeutas atuando nos programas federais.

MOVIMENTO E VIDA

Parte da vida do fisioterapeuta Rogério Tavares dos Santos foi passada no ambiente do hospital. Formado em 1996, no Rio de Janeiro, o profissional, mais tarde, optou pela fisioterapia cardiopulmonar e hoje é chefe do Serviço de Fisioterapia do HFA. Ele vê mudanças trazidas pela profissionalização da atividade. “Na época em que me formei, bastavam os cursos e estágios. Hoje tem que ter título de especialização para trabalhar em CTI. Uma equipe de terapia intensiva não existe sem o fisioterapeuta”, comenta.

Rogério se declara apaixonado pela profissão e revela que é do contato com os pacientes que extrai o combustível para superar os problemas que, segundo ele, são muitos. Por exemplo, no número de profissionais do setor: há 56 fisioterapeutas atuando em todas as áreas do hospital quando o contingente confortável seria de 80. “Estou sempre com o cobertor curto”, brinca. Apesar das dificuldades, afirma que não troca o serviço público pelo privado. “O profissional consegue ser mais livre e proativo no serviço público. Não é todo hospital privado que fomenta a iniciação científica”.

“Quem conhece a fisioterapia de verdade, acredita”, pondera Rogério. Em um dos atendimentos, ele conta que a equipe conseguiu recuperar um paciente de 32 anos com

risco de morte após uma tentativa de suicídio. “Tempos depois, esse paciente veio agradecer por poder ver a filha crescer. Esse dia foi forte e impagável. É isso que alimenta a gente. O que eu recebo de volta é uma grande satisfação, a sensação do dever cumprido, que a gente está aqui por um propósito, e que deu certo”.

TRATAMENTO EFICAZ

No HFA, o cardiologista Geraldo Chedid é testemunha de como a Fisioterapia evoluiu e ocupou espaço na composição das equipes de saúde. “Hoje o trabalho deles é imprescindível tanto no cuidado na assistência do paciente quanto na ventilação mecânica. Eles são os responsáveis pelo manuseio dos respiradores e essa ação é de extrema importância”, assegura ele, chefe da unidade coronariana. Segundo Geraldo, a entrada dos fisioterapeutas em cena deu mais tranquilidade e permitiu que os médicos passassem a dedicar mais atenção à clínica do paciente que necessita de ventilação mecânica. “Isso sem contar a melhora na parte motora de pacientes que ficam vários dias acamados. São muitos ganhos”.

O aposentado Fausto Pereira, 73 anos, era um dos pacientes internados no CTI do HFA em outubro. Depois de passar por uma cirurgia cardíaca, ele começava a caminhar por uma nova estrada. “Estou tendo um atendimento bom. Antes, eu tinha feito um trabalho de fisioterapia para tendinite no ombro. Agora, eu tenho que caminhar e movimentar bem os pés”, relatou ao dizer que toda atividade que fazia era orientada e monitorada pelos fisioterapeutas.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

A curiosidade ao olhar o movimento humano e as dificuldades de quem o perdia estimularam Ana Christina Brasil a buscar a profissão. “Sempre pratiquei atividade física e vi que a fisioterapia trabalhava o movimento e procurava recuperá-lo em toda a sua potencialidade, nos deslocamentos, nas atividades diárias do cotidiano, em toda a sua amplitude. Foi o que me atraiu na profissão”, conta.

Ana Christina é diretora técnica de Apoio Clínico do Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura, em Fortaleza, além de professora universitária. Com 28 anos de formada, ela diz que pôde acompanhar a evolução de uma profissão que cada vez mais pede investimento permanente em educação. “Quando eu me formei, havia muito empirismo. Hoje, meus alunos se formam e ingressam diretamente em uma especialização, muitos procuram o mestrado. Essa é uma carreira que requer muito estudo”.

Ana Christina fez especialização na área traumatológica. Além de sua especialidade, ela revela que há outras 15 reconhecidas pelo Cofitto: acupuntura; aquática (novo nome de hidroterapia); cardiovascular; dermatofuncional; esportiva; gerontologia; trabalho; neurofuncional; oncológica; respiratória; osteopatia; quiropraxia; saúde da mulher; e terapia intensiva.

Segundo ela, o campo de trabalho é vasto. Na atenção básica, Ana Christina destaca a utilização das práticas integrativas de cuidado, como acupuntura e osteopatia, e técnicas manuais, como cinesioterapia (atividade muscular passiva e ativa do paciente) e reabilitação postural. No nível secundário, ela cita que os profissionais utilizam equipamentos, como laser e ultrassom, e também realizam procedimentos manuais. “Nas policlínicas nós ajudamos a melhorar quadros de infecções respiratórias, por exemplo”. Já no nível terciário, os profissionais vão além das enfermarias e atuam também em Centros de Tratamento Intensivo (CTI), unidades intermediárias e coronarianas. Ana destaca que há casos em que gestores e donos de clínicas conveniadas ao SUS colocam um leigo para utilizar um equipamento. “Isso é um equívoco e pode afetar a saúde do paciente”, alerta.

Além disso, ela lembra o compromisso profissional de quem trabalha com a saúde pública. “Como é que o sistema paga pela intervenção do fisioterapeuta e um leigo realiza a assistência?”

CIÊNCIA E VIDA

Considerada uma importante atividade de saúde, a Fisioterapia envolve mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados em várias áreas de estudo. “Há muito de ciência no que fazemos”, revela Pedro Gabriel Valle, que atua no Rio de Janeiro. Segundo ele, a profissão tem alto valor científico e menor custo de operação, já que na prática os fisioterapeutas utilizam poucos equipamentos e empregam muitas técnicas manuais. “Não é uma profissão escrava da tecnologia e tem um custo operacional baixo. Aplicamos muito o cuidado humano”.

Pedro aponta que a atividade tem um custo financeiro menor e leva à redução do custo operacional da assistência. “Nós sabemos que há um prejuízo em não ter um número correto de fisioterapeutas nas unidades de saúde. Como não há estudos, a dúvida paira sobre o tamanho desse prejuízo”.

Foram os filmes que atraíram Wilen Heil e Silva para a profissão. Ainda criança, ele conta que via nos filmes a síntese da paixão que o move até hoje. “As pessoas se acidentavam e precisavam retomar a vida. Depois que descobri



Adriana Souza Senra comemora independência da mãe após sessões de fisioterapia: “Ela não conseguia se virar”

que a fisioterapia devolve saúde às pessoas, resolvi buscar formação para atuar na área”. Wilen conta que a profissão tem foco global. “Entendo que a fisioterapia tem uma missão que vai além de tratar as doenças e que se preocupa em gerar uma sociedade mais saudável afastando o aparecimento delas. O fisioterapeuta trabalha com o toque e com suas mãos movimentando vidas”.

SEGURANÇA NO SUS

Em 2002, Leonardo Fonseca, chefe do serviço de fisioterapia do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, começou a trabalhar no serviço privado, mas depois buscou a estabilidade do serviço público. “Querida uma situação de trabalho que desse segurança”. O profissional chegou ao HSE em 2005. “Em 2010 conseguimos criar o serviço de fisioterapia e depois partimos para a valorização do pessoal no ambiente hospitalar”. Hoje, ele conta que são 35 fisioterapeutas. “O número de profissionais faz diferença na quantidade de pacientes atendidos e na qualidade da assistência. Entendo que se a equipe deixar de atender um paciente, este não é um serviço que oferece qualidade total”, reconhece. Leonardo revela que, pelas contas do Cofitto, um fisioterapeuta consegue atender bem 10 pacientes a cada 6 horas. “Só que quando se busca qualidade a conta não fecha dessa forma”, observa.

Trabalhando no serviço público, ele reconhece os limites do trabalho. “Não há verba para educação continuada e treinamento e os salários não são compatíveis”. Mas, segundo ele, a fisioterapia é fonte de muita felicidade. “Tem um ganho intangível na recompensa pessoal ao ver um paciente antes acamado e sem função alguma conseguir levantar, andar e tomar conta de si. É um ganho não financeiro que é incontável. O foco do nosso trabalho é preservar, manter, estabilizar e evitar a perda da função. E quando isso acontece é fantástico”.



Campo de trabalho dos fisioterapeutas é vasto e inclui reabilitação postural

O MEDO QUE RONDA

Mobilização de 3 mil pessoas debate segurança para quem vive em regiões próximas a represas e garantia dos direitos a água e energia

BRUNO BOU HAYA

Elisa Batalha

Luziane Pinto da Siva, de 15 anos, acompanhada da mãe, Luzeni, veio de Parnarama, no Maranhão, de ônibus para o 8º Encontro Nacional do Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB), que levou mais 3 mil pessoas — dirigentes de organizações populares, sindicais, religiosas, partidos políticos, parlamentares, militantes de 19 países — para o espaço conhecido como Terreirão do Samba, na região central do Rio de Janeiro, entre os dias 1 e 5 de outubro. A viagem durou três dias, e o motivo principal que as impulsionou foi tentar deter o projeto de construção de uma barragem no Rio Parnaíba. “A minha região é carente e a barragem não traria nenhum desenvolvimento. Defendemos os direitos dos jovens, das futuras gerações”, conta a estudante, que participa de um curso de formação de militantes organizado pelo movimento.

A resistência da população em relação às barragens por construir é totalmente ligada ao medo das que já existem. “Seja no Vale do Rio Doce, seja no Vale do São Francisco, ou em outros lugares, ninguém tem certeza de que outro acidente como o de Mariana [o rompimento da barragem da Samarco, em 2015, resultou no maior desastre

ambiental do país e deixou 19 mortos] não vá acontecer. As barragens no Brasil têm 30, 40 anos e algumas, mais de um século”, afirma José Josivaldo Oliveira, da Coordenação Nacional do MAB. O movimento se propõe a reunir e organizar as famílias que possuem terras em regiões afetadas pela construção de barragens, e todas aquelas pessoas que de alguma forma dependem economicamente da comunidade atingida para viver, ou do próprio rio. Arrendatários, posseiros, pescadores, meeiros, parceiros, agregados, trabalhadores rurais sem-terra, entre outros, entram nessa listagem.

José Josivaldo considera que, na história dessas construções, há uma desvalorização da trajetória de vida dos atingidos, uma perda de direitos, e que problemas sociais e políticos são trazidos pelas obras e remoções. As populações que vivem abaixo das barragens estão em risco permanente, segundo ele. “Acredito que as barragens são feitas para serem seguras, mas vimos, no caso de Mariana, que coisas horríveis podem acontecer. E não é o único caso. A população vive aflita”. Mesmo quando não é pelo temor de acidente, a aflição continua presente. “Em épocas de cheias, muitas barragens têm suas comportas abertas e a população perde as plantações nas margens dos rios”, conta ele à *Radis*.

Destruição em Mariana: ao menos 25 barragens de oito estados estão com estrutura comprometida e podem gerar novos desastres

O Relatório de Segurança de Barragens 2016 da Agência Nacional de Águas (ANA) mostra que temores como os de Josivaldo não são infundados. Segundo o documento — o primeiro feito após o rompimento da barragem da Samarco, em Mariana — ao menos 25 barragens localizadas em oito estados do país estão com a estrutura comprometida e precisam de reparos para evitar danos e possíveis acidentes. Das 25 barragens, 16 são públicas e 9 são privadas, a maioria delas ligadas ao agronegócio e situadas na região Nordeste.

A situação pode ser pior, porque essas 25 barragens com risco conhecido formam uma fração muito pequena do total de barragens no território nacional. Segundo o relatório, há cerca de 23 mil barragens localizadas por imagens de satélite no país. “Sobre 81% delas, ou seja, cerca de 18 mil, não temos informação sobre o uso, quem é o empreendedor, e,

portanto, nem sobre o responsável pela sua segurança”, declara Rodrigo Flecha, superintendente de regulação da ANA.

A Política Nacional de Segurança de Barragens, estabelecida pela Lei 12.334/2010, segundo ele, veio suprir uma lacuna quanto à definição de responsabilidades relacionadas à segurança de barragem e definir critérios para enquadramento de barragens relevantes em termos de segurança, deixar claro que o empreendedor é o responsável legal pela segurança de sua barragem, apontar os responsáveis pela fiscalização, de acordo com as características da barragem e do líquido armazenado, e os responsáveis pelas regulamentações complementares. O texto determinou que o órgão fiscalizador depende da finalidade da barragem, como contenção de rejeitos de mineração, contenção de rejeitos industriais e usos múltiplos. “A Lei 12.334/10 representou um grande avanço para o País, mas é

recente e estamos avançando”, avalia o engenheiro sanitário.

Para que fossem incluídas na lei e fossem tomadas medidas de fiscalização da segurança, essas barragens sobre as quais não se têm dados suficientes precisam primeiro ser melhor conhecidas, conforme aponta Rodrigo. A ANA é fiscalizadora de algumas barragens, mas apenas aquelas enquadradas em critérios específicos. “Todos os outros 43 fiscalizadores também têm que fazer o seu dever de casa”, lembra, indicando que o Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM) é o fiscalizador da barragem da Samarco (Mariana).

Os responsáveis pela fiscalização de uma barragem são estabelecidos pelo tipo de barragem, pela lei: Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel), em caso de hidrelétricas; o DNPM, para rejeitos de mineração; órgãos ambientais, em caso de barragem de contenção de resíduos



Encontro do MAB: atingidos pedem segurança e direito à água e à energia



industriais; ANA ou órgãos estaduais de recursos hídricos, em caso de barragens de usos múltiplos. A Política Nacional de Segurança de Barragens também possui instrumentos, como um sistema de classificação de barragens por categoria de risco e por dano potencial associado, um plano de segurança de barragens, um sistema de informação e relatórios de segurança. Entre 2015 e 2016, segundo Rodrigo, aumentou de 80 para mais de 500 o número de barragens que dispõem de um plano de segurança, a maioria delas contendo resíduos de mineração.

Ele afirma que a ANA e o Movimento dos Atingidos por Barragens estão buscando trabalhar em parceria por um treinamento de segurança para as populações. “O Açude Público Padre Cícero, conhecido como Castanhão, na bacia do Rio Jaguaribe, no Ceará, é um lugar em que pretendemos contribuir para compreender os mecanismos de segurança, e aprofundar o desenvolvimento de diversos manuais”. O objetivo, apontou, é cobrar dos municípios e do estado um planejamento eficaz, inclusive com simulação de tempo de resposta em caso de uma possível ruptura.

José Josivaldo, do MAB, também se preocupa com o caso do Ceará: “A Barragem de Castanhão tem sinais de rachadura e na região acontecem abalos sísmicos. O empreendedor é o governo federal, através do Ministério de Integração Nacional. Queremos que seja feita essa capacitação com os movimentos, treinando famílias e grupos do muro para baixo até a foz. Um trabalho com recurso público para que se trabalhe a segurança é questão de justiça social”.

MERCANTILIZAÇÃO DA ÁGUA

Sob o tema: “Água e energia com soberania, distribuição da riqueza e controle popular”, o evento contou com a participação de outros movimentos sociais, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e Levante Popular da Juventude. O ambiente era de muita mobilização, palestras técnicas, cantos e “místicas” (celebrações e palavras de ordem que iniciam ou encerram as atividades coletivas dos movimentos). Foi anunciada e discutida ainda a articulação em torno do Fórum Alternativo Mundial da Água.

“Ter água e esgoto, independentemente da capacidade de pagamento, é um direito”, defende Edson Aparecido da Silva, membro da Coordenação Nacional do Fórum Alternativo Mundial da Água, e representante da Federação Nacional dos Urbanitários. O fórum está sendo programado para o período entre 17 e 19 de março, em Brasília, em oposição ao 8º Fórum Mundial das Águas. Este, um evento oficial que os movimentos sociais denominam de “fórum das organizações”, dado o apoio das grandes corporações como a Nestlé e a Coca-Cola, que acreditam que a solução para os problemas de recursos hídricos passa pela privatização.

“Uma série de corporações transnacionais de dois em dois anos se organizam para continuar cercando o controle sobre o principal bem público”, resume Daniel Machado Gaio, representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT), apontando que 40 milhões de euros estão sendo gastos na organização do fórum oficial em Brasília. “Em parte, o evento está sendo bancado pela ANA e pela Agência Reguladora de Águas e Saneamento do Distrito Federal (Adasa). Institucionalmente, a ANA apóia o nosso movimento e é um espaço que se restringe aos aspectos técnicos. A questão dos recursos hídricos é maior do que isso, porque água é direito e não mercadoria”, diz Edson.

A legislação brasileira determina que água é um bem público. Esse bem essencial à vida pode ser utilizado por



BARRAGENS NO BRASIL

CATEGORIAS DE RISCO

22.920
total

3.174
com responsáveis
identificados

3.691
barragens
classificadas

1.091
com categoria
de risco alto
PB, RN e BA

Fonte: Relatório de Segurança de Barragens/Agência Nacional de Águas

entes privados por uma concessão de direito de uso, chamada outorga, que é concedida pelo ente governamental. Conforme lembra Rodrigo Flecha, para efeito administrativo, as águas podem ser de domínio federal, em caso de rios que cruzam dois ou mais estados, e rios e lagos que sejam limite entre estados ou países; ou de domínio estadual, em caso de rios ou lagos cuja área da bacia hidrográfica esteja totalmente dentro do estado e águas subterrâneas. “Estamos criando uma plataforma operária e camponesa pela água e pelo saneamento. Discutimos essa questão da perspectiva do povo que sofre com a falta de água e de esgoto, pela perspectiva dos agricultores, dos pescadores, das mulheres”, completa Edson.

MODELO ENERGÉTICO

Falar em barragens e seus riscos é também discutir o modelo de produção de energia. “As grandes barragens são do setor elétrico. Cabe à Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel) a fiscalização”, observa Rodrigo Flecha. “Barragem é um bem necessário”, acredita o superintendente. “Só que todos os cuidados devem ser tomados para avaliar e mitigar os impactos. Não há barragem no mundo que não cause impacto; o que é importante é o seu equacionamento”. Ele vê motivos para otimismo no caso do Brasil, devido à diversificação crescente da matriz energética na última década. “No Nordeste, por exemplo, foram feitos investimentos em energia eólica, que causa menos impacto. Comparativamente, vemos que 80% da energia gerada na França é nuclear, com risco potencial associado alto”, considera.

O MAB deixa claro que não concorda com a perspectiva de inevitabilidade das barragens e com a forma com que elas são construídas, normalmente sem consulta à população envolvida. “Atingidos e atingidas são vítimas de um modelo energético injusto, em que a energia é uma mercadoria de grande disputa mundial. Esse modelo, que coloca a lógica do lucro acima da vida, viola direitos e explora todo o povo. O Encontro Nacional do MAB afirma a importância da construção de um Projeto Energético com soberania, distribuição da riqueza e controle popular”, diz o material de divulgação. No documento final do

evento, o movimento reafirma que “na atual sociedade, onde a energia é utilizada para fins de acumulação privada de capital, é legítimo que as populações lutem e se oponham aos projetos de barragens”.

Para Gilberto Carlos Cervinski, membro da coordenação do MAB e especialista em energia, “os atingidos pelas obras foram transformados em vítimas de um padrão nacional de violações de direitos humanos”. Ele denuncia que os direitos se transformaram em negócio das empresas que, para aumentar seus lucros, buscam reduzir ao máximo os gastos com os atingidos. “O baixo custo de produção, alta produtividade do trabalho, a importância estratégica da energia, a condição de produção brasileira baseada majoritariamente na hidroeletricidade e a internacionalização da tarifa proporcionam uma situação altamente vantajosa quando comparada com a de demais países. Por isso, a busca pela apropriação privada do lucro e riqueza gerada neste setor transformaram-se nos fatores centrais na disputa pelo controle das fontes e dos excedentes da indústria elétrica brasileira”, avalia ele.

SAIBA MAIS

Movimento dos Atingidos por Barragens
www.mabnacional.org.br

Sistema Nacional de Informações sobre Segurança de Barragens
www.snisb.gov.br

Fórum Alternativo Mundial da Água
www.fama2018.org

Relatório de Segurança de Barragens 2016
<https://goo.gl/1EDQrk>

Livro Prisão em Lajeado Pepino: Uma ação social contra a barragem de Machadinho, de Aurélio Vianna Jr (2012), Editora Casa 8

Pâmela Pinto

MÍDIAS REGIONAIS

“A comunicação é vista como **NEGÓCIO**”

“Grupos políticos com mídia acabam perpetuando os seus **mandatos** e de seus **familiares** e se tornam atores com impacto na política nacional.”

Luiz Felipe Stevanim

Está na Constituição. A programação das emissoras de rádio e TV no Brasil deve valorizar a produção regional. Mas, na prática, o que se observa é a relação flagrante com políticos, o que é proibido por lei, e a retransmissão da maior parte do conteúdo produzido pelas grandes emissoras do Rio de Janeiro e de São Paulo. Essa é uma das conclusões apontadas no livro “Brasil e as suas mídias regionais: estudos sobre as regiões Norte e Sul” (Editora Multifoco), da pesquisadora e jornalista Pâmela Pinto. Esse levantamento sobre as mídias regionais no Brasil — com enfoque nos contrastes das regiões Sul e Norte — foi realizado durante seu doutorado na Universidade Federal Fluminense (UFF) e recebeu o Prêmio Compólitica de Melhor Tese, de 2017, concedido pela Associação Brasileira de Pesquisadores em Comunicação e Política. “No Brasil, a comunicação é vista como negócio e não como um direito”, alerta Pâmela, ao apontar que o país tem uma mídia concentrada em poucos grupos, com veículos de propriedade de políticos e forte influência das redes de TV comerciais nos mercados regionais. Para ela, essa realidade fere o direito à comunicação, além de prejudicar a política e a diversidade das culturas regionais. A pesquisa identificou 34 políticos donos de mídias no Norte e 56 no Sul — dentre eles, os ministros Ricardo Barros (Saúde) e Helder Barbalho (Integração Nacional). No caso de Barros, o livro aponta que ele possui rádios em Maringá (PR), que favorecem a visibilidade da família — a esposa Cida Borghetti (PP) é vice-governadora e a filha, Maria Victoria (PP), é deputada estadual. Para a autora, a população ainda desconhece os seus direitos referentes à comunicação.

O que são mídias regionais?

Classifico como mídia regional o conjunto de meios de comunicação produzido em um espaço geográfico. Eles falam sobre a realidade desta área e representam, ou pelo menos deveriam, as questões e os interesses dessa população local e regional. É importante frisar que essas mídias não são iguais, trata-se de um mercado heterogêneo. Há mídias independentes, como jornais, sites e blogs de notícias, mas também há muitas emissoras de rádio e TV que são afiliadas às redes de cobertura nacional. Isso é reflexo

de um modelo de mídia concentrado em poucos grupos e centralizado geograficamente, com sedes na região Sudeste, o que foi estabelecido na década de 1970, com um viés controlador, para disseminar conteúdos coerentes com os interesses do Regime Militar.

Quais são os reflexos dessa concentração da mídia na programação ofertada à população?

Há uma relação econômica que impacta o local em vários sentidos. Temos, por exemplo, pouco espaço para a produção de conteúdo local nas afiliadas às principais TVs abertas. As redes enviam uma grade de conteúdo e abrem espaços, muitas vezes já determinados, para que as praças locais insiram conteúdo. Nessas empresas de referência nacional, o olhar geralmente é atento às questões dos grandes centros urbanos, principalmente as capitais do Sudeste. De modo geral, no Norte, os veículos ficam concentrados nas capitais. A produção local das emissoras afiliadas explora, predominantemente, atrações policiais. Há poucos programas que valorizam a cultura regional ou mesmo temas de interesse da comunidade. No Sul, não há uma centralização geográfica das mídias, pois muitas empresas atuam diretamente em cidades do interior. No conteúdo local das afiliadas às redes de TV, observei vários programas sobre as tradições locais. Nas duas regiões, os elos com as redes nacionais acabam por influenciar a produção local, pois muitos programas seguem os modelos já usados pelas TVs como “Cidade Alerta” e “Brasil Urgente”.

Que tipos de relações existem entre as mídias regionais e os interesses políticos?

No Brasil, o controle de mídias por políticos é antigo, começou com o surgimento da imprensa e foi intensificado ao longo da república. Na redemocratização, na década de 1980, o governo Sarney distribuiu mais de mil outorgas de radiodifusão como moeda política para aprovações na sua gestão. Três décadas depois, essa distribuição configurou em todo o país um mercado com forte presença de políticos donos de mídia. Esse controle ocorre tanto em grandes cidades, como capitais do Sul, quanto em cidades do interior, de menor porte. Identifiquei 34 políticos ligados a 26 grupos de mídia nos sete estados do Norte. Deputados e senadores são os políticos com

mais outorgas, muitas presentes nas capitais. No Sul, localizei 56 políticos ligados a 41 grupos, nos três estados. Prefeitos e deputados são os principais controladores de mídia, de forma direta ou indireta, por meio de familiares. Suas mídias estão principalmente nas cidades do interior.

Você poderia dar alguns exemplos?

No ano que concluí a pesquisa, em 2015, três expoentes da política catarinense estavam vinculados a outorgas de veículos: o governador Raimundo Colombo (PSD), o senador Paulo Bauer (PSDB) e o prefeito da capital, César Souza Júnior (PSD), filho do apresentador de TV e deputado federal César Souza. No Paraná, o SBT e o apresentador Carlos Massa (Ratinho) criaram a rede Massa, em 2008. Ela cobre todo o estado com cinco TVs e uma rede de rádios. Os veículos fazem constante propaganda do político Ratinho Junior (PSC), filho de Massa. Ele tem o programa de notícias nas rádios. Ratinho Junior é deputado estadual, mas está afastado para exercer o cargo de secretário estadual.


E no Norte do país?

No Norte, também há vários casos que expõem como o controle de mídia por políticos afeta não só o acesso à comunicação como um direito, mas implica diretamente na vida política da cidade e do estado. Romero Jucá (PMDB) é senador por Roraima desde 1995 e tem ocupado cargos estratégicos como ministérios e a liderança do partido no Senado — de Lula a Temer. A família Jucá controla afiliadas às redes Band e Record com cerca de 14 concessões de radiodifusão no estado. Ele apoiou as eleições de Teresa Jucá (PMDB), ex-mulher, para o posto de deputada federal e para prefeita da capital [atualmente Teresa Surita está em seu quinto mandato]. No Pará, a família Barbalho controla um conglomerado regional afiliado à Band, a Rede Brasil Amazônica de Comunicação (RBA), com cobertura em todo o estado. Eles também controlam jornais, rádios e portais. Jader Barbalho ocupa cargos públicos desde a década de 1960 e também apoiou a carreira da ex-mulher, Elcione Barbalho, eleita deputada federal por cinco legislaturas. O filho do casal, Helder Barbalho, é o atual ministro da Integração Nacional. Isso mostra que esse controle de mídia local acaba impactando também o cenário político nacional, pois estes atores ocupam cargos estratégicos.

Qual é o prejuízo para a democracia de veículos de comunicação nas mãos de políticos?

Essa posse fere diretamente o direito do cidadão à informação e à comunicação, pois as concessões de rádio e TV são públicas, mas acabam sendo usadas para fins privados. Ela também fortalece os grupos que ganham visibilidade e limita as disputas eleitorais. Grupos políticos com mídia acabam perpetuando os seus mandatos e de seus familiares e se tornam atores com impacto na política nacional. O controle da mídia e o seu uso para fins políticos dificulta o acesso às informações do cotidiano e a disputa eleitoral. Os donos de mídia têm palanques diários, nos quais expõem ações e atividades do seu grupo, além de atacar adversários, e negligenciam temas desfavoráveis. Eles também influenciam na produção de conteúdo local, a exemplo da Band Pará, da família Barbalho, que explora enfaticamente conteúdos policiais, com exposição de violência desde o começo da manhã.

O que o Brasil precisa avançar para garantir a existência de mídias que valorizem de fato a diversidade regional?

No Brasil, a comunicação é vista como negócio e não como um direito. Esse controle da mídia por grupos econômicos e por políticos é naturalizado, pois a população não conhece os seus direitos referentes à comunicação. Desconhecem que a outorga de uma TV ou rádio é uma concessão pública que deveria ser usada com enfoque no interesse público e não para fins privados e políticos. Sotaques, tradições, valores, temas são negligenciados nessa lógica que privilegia o lucro, ao invés do direito à comunicação. Os pesquisadores, profissionais e militantes da comunicação têm um grande desafio, o de disseminar a importância da comunicação como um direito. Enquanto este for negado, não teremos diversidade e pluralidade de conteúdo na mídia regional, incluindo também produções independentes. A internet tem a perspectiva de ampliar a mobilização por uma mídia mais democrática. Contudo, ela também tem sido usada predominantemente com um enfoque comercial e negada como um direito para quem mora fora dos grandes centros urbanos, e mesmo nas periferias desses centros. Ainda há muito trabalho a ser feito para buscar um cenário mais otimista. 

QUANTO VALE UMA MULHER?

Um dos cinco países que mais matam por desigualdade de gênero, Brasil ainda engatinha na proteção das mulheres

Acada dia, 13 mulheres são mortas de forma violenta no Brasil — ou uma a cada duas horas. Grande parte dessas mortes, comumente tipificadas como homicídios, devem ser enquadradas em uma categoria específica, a do feminicídio. É o que afirma a juíza Adriana Mello, titular do 1º Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJ-RJ), que participou de debate promovido pelo Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fiocruz na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), em 18 de setembro. “A nomeação ‘feminicídio’ dá corpo ao fenômeno de se assassinar mulheres em contextos marcados pela desigualdade de gênero; torna-o visível e concreto”, diz ela, lembrando que aquilo que não se nomeia, não existe.

A tipificação só passou a valer em 2015, com a aprovação da Lei 13.140, que alterou o Código Penal para incluir o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio. A norma também incorporou os assassinatos motivados pela condição de gênero da vítima no rol dos hediondos, o que aumenta a pena de um terço até a metade da atribuída ao assassino. “Se o feminicídio não existisse como categoria analítica, não se conseguiria coletar dados, implementar políticas públicas”, avalia.

Feminicídio, resume Adriana, é a morte de mulheres pelo simples motivo de serem mulheres — em outras palavras, que tenha sido motivada por sua “condição” de mulher. A partir dessa categorização, se consegue investigar o crime com contornos diferentes das mortes de mulheres seguidas de roubo ou decorrentes da violência urbana, por exemplo. “Antes da edição da lei, esses assassinatos eram citados como crimes passionais, em um contexto que não nos dizia respeito enquanto sociedade”, aponta.

FENÔMENO INVISÍVEL

Um caso emblemático, segundo Adriana, é o de Eliza Samudio, morta em 2010 a mando do então goleiro do Flamengo Bruno Fernandes de Souza — que cumpre sua condenação a 22 anos e 3 meses de prisão. “A imprensa retratou a vítima como ‘a amante’, ‘a dançarina’, em um processo de desqualificação da mulher”, avalia. “Perdeu-se a oportunidade, à época, de se discutir misoginia (ódio ou aversão às mulheres) ou assimetria de poder, de quebrar a invisibilidade desse fenômeno”.

Mais do que episódios isolados, o feminicídio é rotina no país. Em 2016, somente no Rio de Janeiro houve 396 vítimas em 2016, segundo o Dossiê Mulher, levantamento de violência contra a mulher do Instituto de Segurança Pública (ISP) do Rio de Janeiro, vinculado diretamente à Secretaria de Estado de Segurança Pública. “Na Espanha toda houve 90 casos”, compara Adriana, ressaltando que o Rio não é sequer o estado mais violento para as mulheres. Roraima tem a maior taxa desse tipo de crime: 11,4 mortes de mulheres a cada 100 mil habitantes, em torno de mil mortes por ano. A média brasileira é de 4,4; a quinta maior no mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa taxa só é maior em El Salvador, na Colômbia, na Guatemala e na Rússia.


A vulnerabilidade é ainda maior entre negras: a chance de serem assassinadas é duas vezes maior do que a de brancas. O Mapa da Violência de 2015, elaborado

pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso), identificou aumento de 54,2% nas mortes de negras e queda de 9,8% nas de brancas, em um período de 10 anos.

No Rio, um dado que chama a atenção é a simbologia associada à morte de mulheres em Paraty, município do litoral sul: “Os corpos são arremessados em praias, como que um ritual para mostrar para aquela sociedade o quanto vale uma mulher”. A juíza encara o feminicídio como um “ato de comunicação”, em que o autor busca transmitir à comunidade a mensagem de subordinação da mulher. Para Adriana, esse crime é, em grande parte, fruto da assimetria de poder nas relações domésticas. Os assassinatos são apenas a ponta do iceberg, enquanto a base é um contexto de violência rotineira.

A BARREIRA DA DENÚNCIA

Segundo a Organização das Nações Unidas, sete em cada 10 mulheres já sofreram violência por serem mulheres alguma vez na vida. No Rio de Janeiro, 61% das vítimas de agressão indicaram que o crime aconteceu dentro de suas casas, de acordo com o Dossiê Mulher. No estado, 4.013 mulheres sofreram estupro em 2016. Os casos de assédio no transporte coletivo foram 388, com a ressalva de que o número deve ser muito superior, dado o desencorajamento para denunciar. “O que isso representa na saúde? Quais são as consequências físicas e psicológicas?”, questiona a juíza. Grande parte das mulheres que sofrem violência procuram unidades de saúde e é papel dos profissionais orientar sobre as formas de dar fim ao ciclo de sofrimento.

Levantamento do Data Popular com o Instituto Patrícia Galvão indicou que 85% das entrevistadas pensam que quem denuncia violência tem mais risco de ser morta. “É verdade”, reforça Adriana. A Lei Maria da Penha é conhecida por 100% delas, mas mais de 80% sabem pouco sobre o que ela estabelece. 

“A nomeação ‘feminicídio’ dá corpo ao fenômeno de se assassinar mulheres em contextos marcados pela desigualdade de gênero”



EDUARDO DE OLIVEIRA

MARCO ZAIBON/TREIBUNAL DE JUSTIÇA

PUBLICAÇÕES

Drama e exclusão



A jornalista Manuela Castro partiu de um dos episódios que produziu para o programa Caminhos da Reportagem, na TV Brasil, para escrever **A Praga - o holocausto da Hanseníase — Histórias emocionantes de isolamento, morte e vida nos lepro-sários do Brasil** (Geração Editorial). No livro, ela dá visibilidade ao drama de brasileiros que foram condenados à exclusão e à separação de suas famílias por causa da

hanseníase, doença cuja cura foi encontrada em 1940, mas que atravessou a vida de milhares de pessoas no país. A jornalista resgata o drama dos lepro-sários no Brasil, que duraram até os anos 1980 e desvenda as dificuldades da sociedade em lidar com a doença.

Trabalho e saúde



Na última edição de 2017 da revista **Trabalho, Educação e Saúde** (EPSJV/Fiocruz) os destaques são o editorial temático sobre a política de acesso aberto à ciência e um ensaio que aborda a atuação de assistentes sociais diante da desigualdade social brasileira, legitimada por uma hierarquia “que separa pessoas em gente e subgente”. Também neste número, artigos originais debatem a atuação na atenção básica, questões que atingem profis-

sionais da Estratégia Saúde da Família e questões atuais sobre a formação de profissionais do setor saúde, além de uma resenha que trata o projeto “Escola sem partido” como uma esfinge que ameaça a educação e a sociedade brasileira. Acesso em <https://goo.gl/A2x9A6>.

EVENTOS

1º Congresso Carioca de Atenção Primária à Saúde

Realizado em conjunto com o 1º Simpósio de Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o evento busca criar um espaço de diálogo e formação para os diversos profissionais e estudantes de Saúde que atuam no âmbito da Estratégia Saúde da Família. O congresso se estrutura em três eixos temáticos: práticas formativas, práticas de cuidado e competência comunitária.

Data 8, 9 e 10 de dezembro
Local UFRJ, Rio de Janeiro
Info <https://apscarioca.com.br>

Ciência em ação



A partir de estudos de caso, o filósofo, sociólogo e antropólogo Bruno Latour apresenta, em **A esperança de Pandora** (Editora Unesp) os componentes aparentes e ocultos das atividades e dos pensamentos dos cientistas. Seja quando analisa a atividade de profissionais que estudam o solo da Amazônia ou quando se debruça sobre o estudo da fermentação do ácido lático por Pasteur, Latour descreve os passos pelos quais os eventos do

mundo material são transformados em conhecimento científico e revela a maneira como os mundos material e humano se associam e são reciprocamente transformados durante o processo.

Gênero e política



Organizado por Marlene Tamanini, Roseli Boschilia e Sônia Fátima Schwendler, **Teorias e políticas de gênero na contemporaneidade** (Editora UFPR) tem o propósito de desnaturalizar concepções de ciência, de sujeitos e de direitos que não dialogam com a diversidade da experiência de mulheres e de demais sujeitos que integram hoje os desafios analíticos das teorias feministas, lesbianas e queer. Por diferentes enfoques, denunciam a desigualdade de gênero, a

discriminação e a invisibilização da mulher, tanto na esfera profissional, experiência cotidiana, inserção política, quanto no campo da sua produção teórica, e apresentam-se desafios relacionados à implantação de novas políticas, capazes de superar modelos binários e etnocêntricos.

12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

Com o tema “Fortalecer o SUS, os direitos e a democracia”, o evento, também conhecido como Abrascão, prevê a participação sanitaristas, epidemiologistas, cientistas políticos, cientistas sociais, comunicadores, especialistas em políticas públicas, profissionais e trabalhadores da saúde, gestores e técnicos da saúde, além de militantes de movimentos sociais e de entidades da sociedade civil.

Data 26 a 28 de julho de 2018
Local Fiocruz, Rio de Janeiro
Info <https://goo.gl/y1jT3d>

ENERGIA NÃO DEVE SER MERCADORIA



DEMÉTRIO ARRUDA

Gilberto Carlos Cervinski

O sistema elétrico nacional produz energia por meio de fontes consideradas de menor custo de produção. No entanto, as tarifas finais pagas pelos consumidores situam-se nos níveis mais altos do mundo, gerando lucros extraordinários para os que dominam o setor no país. Esse paradoxo é consequência da privatização da eletricidade, transformada em uma mercadoria com preços internacionalizados para sustentar os ganhos empresariais.

Até o início de 1990, a energia era propriedade estatal sob o regime de monopólio, ou seja, o Estado produzia, transportava e distribuía. Por meio das estatais, o Brasil organizou um dos melhores e mais eficientes setores elétricos do mundo, com tarifas baseadas no custo de produção real. Os interesses do capital para a acumulação eram atendidos por negócios anteriores, como consultorias, financiamentos, compra de máquinas e equipamentos e obras, e posteriores, como o fornecimento de energia barata à indústria eletrointensiva de grande consumo.

A partir dos anos 90, os serviços públicos foram submetidos a profundas transformações nas suas estruturas organizacionais. As privatizações converteram direitos historicamente conquistados pela luta da classe trabalhadora em mercadorias com preços internacionais. A indústria da eletricidade transformou a energia em um negócio e as tarifas cobradas mensalmente da população passaram a sustentar a espoliação. O setor foi organizado com as seguintes características:

- Com as privatizações, a energia foi transferida e virou propriedade privada do capital internacional, com hegemonia dos banqueiros, transnacionais e fundos internacionais de investimentos. Leis foram criadas e as estatais foram capturadas pelo capital e obrigadas a assumir o modelo de gestão privado, priorizando a extração máxima de valor e remessa de dividendos.


- A característica principal dessa nova (des)organização é o fracionamento em vários segmentos de negócios — geração, transmissão, distribuição, comercialização e a divisão em consumidores livres e cativos —, criando condições de atender o

mercado financeiro para explorar e especular ao máximo. Todos os integrantes têm seu lucro assegurado.

- Instituiu-se uma política tarifária centrada em resguardar o “equilíbrio econômico financeiro” (lucratividade) do empreendimento por meio de quatro tipos de aumentos nas contas de luz: reajuste anual, revisão tarifária periódica, revisão tarifária extraordinária e bandeiras tarifárias. Assim, os preços foram elevados ao nível internacional, este baseado na condição de geração térmica a partir dos combustíveis fósseis, de alto custo. No entanto, a geração brasileira é centrada na fonte hídrica, de menor custo de produção.

- Foi intensificada a exploração dos trabalhadores, para aumentar a produção e a extração de valor. As novas regras fazem os trabalhadores trabalharem mais, produzirem mais e ganharem menos. Essa estratégia visa rebaixar os ganhos da categoria por meio da redução de postos de trabalho, aumento de jornada, intensificação do trabalho, precarização e redução de direitos.

- Os atingidos pelas obras foram transformados em vítimas de um padrão nacional de violações de direitos humanos. Os direitos são vistos como negócio pelas empresas que, para aumentar seus lucros, buscam reduzir ao máximo os gastos com as comunidades atingidas.

Nosso conhecimento sobre a realidade social entende a energia como produto do trabalho humano, dos trabalhadores e das trabalhadoras. A luta por um projeto energético popular abrange mudanças na totalidade da política do setor. É insuficiente restringir o pensamento às saídas tecnológicas (de matriz). Atuar no modelo energético pressupõe incidir decisivamente no planejamento, na organização, na produção e distribuição da energia e no controle sobre as reservas estratégicas. Água e energia com soberania, distribuição da riqueza e controle popular representam a síntese do projeto que defendemos. 

Membro da coordenação do Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB) e mestrandando em Energia pela UFABC

**NÃO É
NORMAL**

**PENSAR TODOS OS
DIAS EM DESISTIR
DO CURSO DOS
SEUS SONHOS.**

