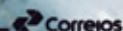




**Mala Direta
Básica**

0912450139/18-DR/RJ
Fiocruz



**ATENÇÃO
PRIMÁRIA
NO COMBATE
À PANDEMIA**

VACINAÇÃO

Dependência de insumos
é entrave para campanha
nacional deslanchar

EDUCAÇÃO

Com escolas fechadas e
agravamento da crise
econômica, pandemia
dificulta implementação
do novo ensino médio



Promover atividades de ensino, pesquisa, comunicação, desenvolvimento tecnológico e cooperação na área de Educação Profissional em Saúde: essa é a missão da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz. A EPSJV atua, portanto, com o segmento educacional que corresponde à maioria dos profissionais de saúde no Brasil.

Conheça o

Poli

Criada em 1985, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, a Escola nasceu para defender que a educação também era um direito e que a formação dos trabalhadores de nível médio deveria ser integral, preocupando-se não só com os conhecimentos específicos para a prática profissional mas também com os condicionamentos históricos e sociais do mundo do trabalho em saúde.

www.epsjv.fiocruz.br

Ano XIII - Nº 76 - mar./abr. 2021

Revista POLI: saúde, educação e trabalho - jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde ISSN 1983-909X

Coordenadora de Comunicação, Divulgação e Eventos

Talita Rodrigues

Editores

Cátia Guimarães / Viviane Tavares

Repórteres

Cátia Guimarães / Maíra Mathias / Viviane Tavares

Estagiária de Jornalismo

Bianca Bezerra

Projeto Gráfico

José Luiz Fonseca Jr.

Diagramação

José Luiz Fonseca Jr. / Marcelo Paixão / Maycon Gomes

Capa

Maycon Gomes

Mala Direta e Distribuição

Valéria Melo / Tairone Cardoso

Portal EPSJV

André Antunes

Mídias Sociais

Ana Paula Evangelista

Comunicação Interna

Júlia Neves / Talita Rodrigues

Editora Assistente de Publicações

Gloria Carvalho

Assistente de Gestão Educacional

Solange Maria

Tiragem

12.000 exemplares

Periodicidade

Bimestral

Gráfica

Imprimindo Conhecimento

Conselho Editorial

Alexandre Moreno / Alexandre Pessoa / Anakeila Stauffer / Ana Lucia Soutto / André Dantas / Camila Borges / Carlos Maurício Barreto / Etelcia Molinaro / José Orbílio de Souza Abreu / Karol Kobi / Marise Ramos / Raphael Mendonça / Raquel Moratori / Sergio Ricardo de Oliveira



RADAR DOS TÉCNICOS

2

PANORAMA

4

CAPA

Experiências exitosas de combate à pandemia 6

Papel e condições de trabalho dos trabalhadores técnicos da atenção básica 12

TRABALHO E JUVENTUDE

Força de trabalho mais barata do mercado é a jovem 14

ENTREVISTA

Gina Ferreira – ‘O fim dos manicômios entrou no bojo da reivindicação de que a liberdade tinha que ser extensiva a todos’ 18

EDUCAÇÃO

Em meio à pandemia, vai ter novo ensino médio? 22

DILEMAS DA DEPENDÊNCIA

O complexo por trás da campanha 26

DICIONÁRIO

Farmacovigilância 31



/EPSJVfiocruz



@epsjv_fiocruz



@EPSJVfiocruz



EPSJV/fiocruz

Receba a Poli: formulário pelo site
www.epsjv.fiocruz.br/recebaarevista

Endereço

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sala 306
Av. Brasil, 4.365 - Manguinhos, Rio de Janeiro CEP.: 21040-360
Tel.: (21) 3865-9718 Fax: (21) 2560-7484 comunicacao@epsjv.fiocruz.br

Assine nosso boletim pelo site
www.epsjv.fiocruz.br



ENFERMAGEM PEDE SOCORRO

FERNANDA FERREIRA/COREN-DF



O Brasil responde sozinho pela maioria das mortes globais por Covid-19 entre os profissionais de enfermagem. A informação é de um banco de dados produzido pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e pelo Conselho Internacional de Enfermagem (ICN). Ainda de acordo com o Cofen, a partir de outubro do ano passado houve uma queda nesse número, mas em janeiro de 2021 ele voltou a crescer. Até o fechamento desta edição, o total de trabalhadores da categoria acometidos pelo novo vírus era de 567, a maioria auxiliares e técnicos (338).

A maior parte das mortes registradas no país foi em São Paulo, estado onde há também maior concentração desses profissionais. Com isso, no final de janeiro de 2021, foi endereçada à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo uma nota assinada por profissionais, com o apoio da Associação Brasileira

de Enfermagem (ABEn). Nela, constam denúncias com relação às condições precárias de trabalho desses profissionais e o agravamento dessa situação durante a pandemia, além de propostas de contratação emergencial de mais trabalhadores e reivindicações de maior participação da categoria nos processos de discussão junto aos governos.

A situação precária desses trabalhadores, que estão na linha de frente de combate ao vírus, já vinha sendo denunciada por estudos que avaliaram suas rotinas e condições de trabalho – como a pesquisa ‘Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da Covid-19 no Brasil’, coordenada por Maria Helena Machado, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Dentre as dificuldades e sofrimentos relatados por esses profissionais na pesquisa estão: a sobrecarga de trabalho; a falta de equipamentos de proteção individual (EPI); além de problemas graves de saúde mental, como depressão e ansiedade. E nada disso parece ser exclusividade da enfermagem: outro estudo, coordenado pelas professoras-pesquisadoras da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) Mariana Nogueira e Camila Borges, identificou situação semelhante entre os agentes comunitários de saúde (leia mais na matéria de capa desta edição).



PEC DA REFORMA ADMINISTRATIVA

Apresentado ao Congresso em setembro, o projeto de reforma administrativa do governo federal começou a tramitar na Câmara dos Deputados e deve retornar agora como pauta prioritária na Câmara e no Senado Federal. A Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 32 prevê mudanças nas regras de contratação, salário e benefício de novos servidores públicos, embora exclua militares, parlamentares, membros de tribunais superiores, promotores, procuradores e magistrados.

Uma das principais mudanças citadas no texto da proposta afeta a estabilidade no serviço público, que passará a ficar restrita a cargos considerados típicos de Estado. Ao todo, a PEC pretende incluir 87 novos trechos na Constituição e alterar 27.

Na justificativa da PEC, o ministro da economia Paulo Guedes argumenta que, na percepção do cidadão brasileiro, o Estado custa muito e entrega pouco. Em entrevista ao Portal EPSJV/Fiocruz, o presidente do Fórum Nacional Permanente de Carreiras Típicas de Estado (Fonacate), Rudinei Marques, discordou dessa avaliação. “As premissas que o governo usou para fundamentar o encaminhamento da PEC 32 não sustentam um texto com essa envergadura. Se a gente for fazer um estudo mais aprofundado sobre o funcionalismo, a gente vai ver que a máquina não é cara para o tamanho do serviço público brasileiro e a qualidade que a gente tem em várias áreas”, opinou, afirmando que a entidade está se mobilizando contra a proposta. Rudinei destacou ainda

que o serviço público, principalmente da área da saúde, conseguiu provar-se fundamental e eficiente em meio à pandemia. “Não dá para dizer que é ineficiente, pelo contrário. Nós estamos vendo agora na pandemia o serviço público se superar, fazer o possível e o impossível”, ressaltou.

Segundo estudo divulgado no ano passado pelo Fonacate, no Brasil a maior parte dos servidores está nos municípios, cerca de 57%, atuando nas áreas da saúde e educação, com uma média salarial de R\$ 2,8 mil – o equivalente a pouco mais de 2,5 salários mínimos. Enquanto isso, 32% dos servidores estão nos estados, ganhando em média R\$ 5,1 mil, e 10% estão ligados ao governo federal, com salários que podem chegar até R\$ 9 mil.



AMBIENTE ESCOLAR SEGURO?

Em meio às discussões sobre o retorno (ou não) das aulas presenciais, ganhou espaço o debate científico sobre a transmissibilidade do novo coronavírus entre crianças e adolescentes. No início da pandemia, diversos pesquisadores consideravam que as crianças poderiam ser uma das principais transmissoras do SARS-CoV-2 por já contribuírem fortemente para a propagação de doenças respiratórias como, por exemplo, a gripe sazonal. Estudos recentes, porém, vêm contestando essa teoria.

Um exemplo é uma pesquisa francesa publicada em janeiro deste ano no periódico científico *Lancet*, que constatou que crianças menores de quatro anos provavelmente não contrairão o novo coronavírus no ambiente escolar. O estudo foi realizado por médicos do Hospital Jean-Verdier, de Paris, e contou com a participação de crianças entre cinco meses e quatro anos, filhos de profissionais de saúde, que frequentavam creches e escolas primárias na França entre março e maio de 2020. O estudo testou ao todo 327 crianças e somente 14 apresentaram anticorpos do novo vírus. Dessas, 13 eram de escolas diferentes, e no único caso em que duas crianças foram infectadas na mesma escola, foi comprovado que elas estudavam em períodos distintos e não tinham contato direto. O resultado do estudo sugere, então, que não houve transmissão entre as crianças que frequentaram as mesmas escolas.

Um outro estudo, publicado no início do ano na revista médica da Academia Americana de Pediatria, também concluiu que a transmissão da Covid-19 em escolas é rara. Dessa vez, fizeram parte da pesquisa cerca de 90 mil alunos – entre crianças e adolescentes de quatro a 18 anos – e 10 mil funcionários de escolas da Carolina do Norte, nos Estados Unidos. Através de rastreamento, foram constatados 773 casos de Covid-19 entre os participantes. Desses, 32 eram da mesma escola. O estudo coletou dados durante nove semanas após a retomada das aulas presenciais em 2020.

Por outro lado, há dados que constata um aumento no número de casos de Covid-19 em crianças em um período que coincide com o retorno das aulas presenciais. Pelo menos três hospitais públicos infantis no estado de São Paulo – Cândido Fontoura, Darcy Vargas e Menino Jesus – registraram um aumento no número de internações de crianças com Covid-19 em fevereiro deste ano, conforme noticiado pela imprensa. O retorno das aulas presenciais nas escolas particulares do estado ocorreu no dia 1º de fevereiro. Já na rede pública, o Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo (Apeoesp) tem chamado atenção para outro problema: o aumento no número de casos entre os trabalhadores de 186 escolas do estado desde que tiveram suas atividades presenciais retomadas, no dia 8 de fevereiro.



ABRACE A VACINA

Como combate à desinformação sobre a segurança e eficácia das vacinas contra a Covid-19, foi lançada no final do mês de janeiro a campanha ‘Abraça a Vacina’, articulada por entidades da Frente Pela Vida, Direitos Já e Fórum Pela Vida, e com o apoio de mais de 200 organizações sindicais, estudantis e culturais do país.

A estratégia principal do movimento é dialogar com a parcela da população mais relutante à vacina, investindo na veiculação de informações e esclarecimentos necessários nos mais diversos meios e plataformas de comunicação. O conteúdo divulgado é criado por um grupo capacitado que envolve profissionais da área da saúde, pesquisadores e até ex-ministros da saúde. Além disso, a campanha conta com um site oficial que reúne uma série de vídeos, *cards* de divulgação para as redes sociais e possui ainda um espaço específico para tirar dúvidas sobre a vacinação. No intuito de alcançar um público mais amplo possível, a campanha contará ainda com algumas figuras públicas importantes e influentes no

Segundo o jornal britânico *The Guardian*, durante a segunda onda da pandemia no Reino Unido, a cada semana mais de 100 crianças têm dado entrada em hospitais do país, apresentando sintomas da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) – uma síndrome rara que desde o início da pandemia tem aparecido em crianças após contraírem a Covid-19. Ainda que seja baixo em termos absolutos, o número é considerado bastante alto se comparado com o início da pandemia: em abril de 2020, eram hospitalizadas cerca de 30 crianças com a síndrome por semana. Vale ressaltar também que esse aumento coincide com o aparecimento da variante do novo coronavírus no país, a cepa B.1.1.7.

No Brasil, os estudantes retornam gradualmente às atividades presenciais, de forma híbrida – combinando aulas presenciais com encontros remotos. Quando esta edição foi finalizada, pelo menos 20 estados brasileiros – entre eles Ceará, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro e São Paulo – planejavam a reabertura das escolas da rede pública do estado entre fevereiro e março de 2021. Uma portaria (nº 1.096/2020) do Ministério da Educação estabeleceu 1º de março como prazo para retorno das aulas presenciais no sistema federal responsável pela educação profissional técnica de nível médio. Diversos sindicatos e movimentos sociais ligados à educação, no entanto, têm se posicionado contrariamente ao retorno às aulas antes da vacinação dos profissionais.

meio social, como artistas, esportistas e comunicadores.

Durante o lançamento da campanha em janeiro, foi lido o manifesto ‘Quem ama vacina. Abraça essa ideia’, que relembrou o histórico brasileiro com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e destacou a importância do Sistema Único de Saúde (SUS), que mesmo com ameaças de desmonte, tem conseguido dar a resposta necessária na pandemia. Todo o material da campanha pode ser acessado através do site <https://www.abraceavacina.com.br/>

NOVAS DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

Após serem aprovadas no final do ano passado pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional e Tecnológica foram homologadas pelo Ministério da Educação (MEC) no início de janeiro. O documento serve para orientar as instituições e os sistemas de ensino que oferecem cursos dessa modalidade, nos mais diversos níveis.

As novas diretrizes substituem dois documentos anteriores que se referiam aos cursos de educação profissional em níveis distintos: um de 2002, que reunia as diretrizes para os cursos superiores de tecnologia, e outro de 2012, que falava apenas sobre os cursos técnicos de nível médio. De acordo com o MEC, as novas diretrizes geram maior coesão ao unir todos os níveis educacionais em um único documento. Entretanto, o texto não tem sido bem visto por pesquisadores e entidades ligadas à educação, que têm questionado as mudanças.

A Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped), por exemplo, criticou o documento por meio de uma nota de repúdio divulgada no final de janeiro, e assinada por outras entidades e sindicatos da área, como a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Educação (CNTE) e a Associação Nacional de Pesquisa em Financiamento da Educação (Fineduca). A nota, produzida pelo GT ‘Trabalho e Educação’ da Anped, destacou o fato de que as novas diretrizes têm o intuito de alinhar-se ao que eles chamam de “contrarreforma” do ensino médio – proposta que ganhou força após a aprovação, em 2017, da lei 13.415, que alterou a Lei de Diretrizes e Bases e dividiu o currículo do ensino médio em duas partes: uma orientada pela Base Nacional Comum Curricular (BNCC), que seria aprovada no ano seguinte, e a outra guiada pelos itinerários formativos, dentre eles a educação profissional.

Marcelo Lima, professor da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e coordenador do GT da Anped, explicou que já era previsto uma revisão das antigas diretrizes, aprovadas em 2012. Segundo ele, havia necessidade de juntar a organização da educação profissional com as novas mudanças no ensino médio. “Mas as novas diretrizes priorizam claramente a forma concomitante da educação profissional, o que por si só fragiliza a perspectiva de formação integrada, por meio da qual as instituições públicas, principalmente da Rede Federal [de Educação Profissional, Científica e Tecnológica] têm conseguido oferecer uma formação bastante consistente”, declarou ao Portal EPSJV.

Na visão da professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Marise Ramos, as novas diretrizes não promovem a integração curricular. Também em entrevista ao Portal EPSJV, ela avaliou que o documento fragmenta a formação técnica e profissional ao estabelecer que o itinerário formativo também poderá ser cumprido por meio da qualificação profissional técnica – obtida através do somatório de vários cursos de curta duração – e não somente por meio da conclusão de um curso técnico.

Outra brecha vista pelos pesquisadores é a permissão para que se contratem profissionais com “notório saber” para ministrar disciplinas da formação profissional – algo que já estava previsto na reforma do ensino médio. “As diretrizes apenas repetem a lei da reforma e mantêm essa fragilidade”,

lamentou Lima. De acordo com Marise Ramos, a flexibilização da exigência de formação dos docentes da educação profissional demonstra um “barateamento da oferta desse tipo de formação pelo Estado”.

E é dessa mesma forma que a professora-pesquisadora da EPSJV enxerga a questão da combinação de atividades presenciais e a distância, também autorizadas pelas novas diretrizes. Segundo Marise, o investimento em EaD abre a porta para grandes transferências de recursos públicos para o setor privado e pode gerar sucateamento das instituições de educação profissional. “Diminui-se a necessidade de infraestrutura e aposta-se em plataformas tecnológicas, em videoaulas. O fato de se admitir a educação a distância praticamente como uma dimensão estrutural da educação profissional é uma maneira clara de diminuição de custos, de redução de investimentos, inclusive na construção de prédios e na equipagem de laboratórios”, alertou.

Por outro lado, o ex-conselheiro do CNE e diretor nacional do Serviço Social da Indústria (Sesi) e do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) Rafael Luchesi, relatou que o órgão enxerga as novas diretrizes com outros olhos. De acordo com ele, o documento insere uma mudança importante ao incluir os cursos de qualificação técnica, com carga horária de 160 a 440 horas, ao itinerário formativo da educação profissional. “É assim nos países desenvolvidos, é assim na Alemanha”, justificou para o Portal EPSJV. Ainda segundo ele, a educação a distância permite uma oferta mais acessível à população brasileira, levando em conta a grande extensão territorial do país.

COLETIVO BURITI POR LELA BETRÃ



SEGUNDA FASE DO MAPEAMENTO DE DOULAS

A esmagadora maioria das doulas (98%) acredita que sua profissão deveria ser incorporada às políticas públicas do SUS e nada menos do que 95% não se sentem valorizadas pela sociedade. Esses são alguns dos resultados preliminares da segunda fase do ‘Mapeamento de Doulas’, que ouviu 785 trabalhadoras atuantes em cinco estados: Rio de Janeiro, Mato Grosso, Paraíba, Santa Catarina e São Paulo.

Em relação à renda, 35% recebem menos que R\$ 1,5 mil por atendimento – e cerca de 10% trabalham de graça. A maior parte das doulas (65%) possuem ensino superior completo, enquanto 11% completaram apenas o ensino médio. Cerca de 60% indicaram não possuir outra formação na saúde, e entre aquelas que se formaram na área, 22% são técnicas de enfermagem. A profissão ainda é majoritariamente desempenhada por mulheres brancas (64%), e apenas 11% das profissionais são negras.

Na primeira fase, que ocorreu em 2019, a pesquisa se concentrou no Rio e ouviu 190 profissionais. “Os resultados foram surpreendentes ao se distanciarem bastante do senso comum sobre o que é ser doula, o que levantou a dúvida se o perfil seria uma particularidade do estado ou da própria profissão”, explica Morgana Eneile, da Associação de Doulas do Rio de Janeiro (AdoulasRJ), entidade parceira da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) na coordenação do estudo. “Ao compararmos resultados percebemos que as nuances trazidas pela diversidade regional não negam as semelhanças e as dificuldades de ser uma profissional doula. O que há por trás deste estudo é a possibilidade de afirmarmos determinadas características como próprias da profissão e da sua organização”, continua ela, que acrescenta que a metodologia não mudou entre as duas rodadas, o que permite a comparação. O estudo contou com a coparticipação das associações de doulas do Mato Grosso (AdoMato), Paraíba (ADPB), Santa Catarina (ADOSC) e São Paulo (ADOSP).

QUEM SÃO OS TRABALHADORES INVISÍVEIS DA SAÚDE?

Lançada em janeiro deste ano, uma nova pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) tem foco nos mais de 1,5 milhão de trabalhadores “invisíveis” da saúde que, além de enfrentarem os desafios diários na linha de frente do combate à pandemia, também lidam com um cotidiano de anonimato perante à sociedade. Técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos de análise laboratorial, agentes comunitários de saúde, recepcionistas, auxiliares de limpeza e motoristas de ambulância são alguns dos que fazem parte dessa lista.

O objetivo do estudo é mapear o perfil desses profissionais e avaliar suas condições de trabalho e saúde mental no contexto de crise sanitária. “Estamos falando de um contingente expressivo e fundamental no processo de trabalho da saúde. Pouco sabemos de fato sobre esses trabalhadores: quem e quantos são, como são contratados, como estão enfrentando a pandemia. Este é o foco da pesquisa”, explica a pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) Maria Helena Machado, coordenadora do estudo.

A pesquisa conta com um questionário online que pode ser acessado no endereço eletrônico: <https://redcap.icict.fiocruz.br/surveys/index.php?s=PFRYRMLH9>

PL PREVÊ CORREÇÃO DE PISO SALARIAL DO ACS E ACE

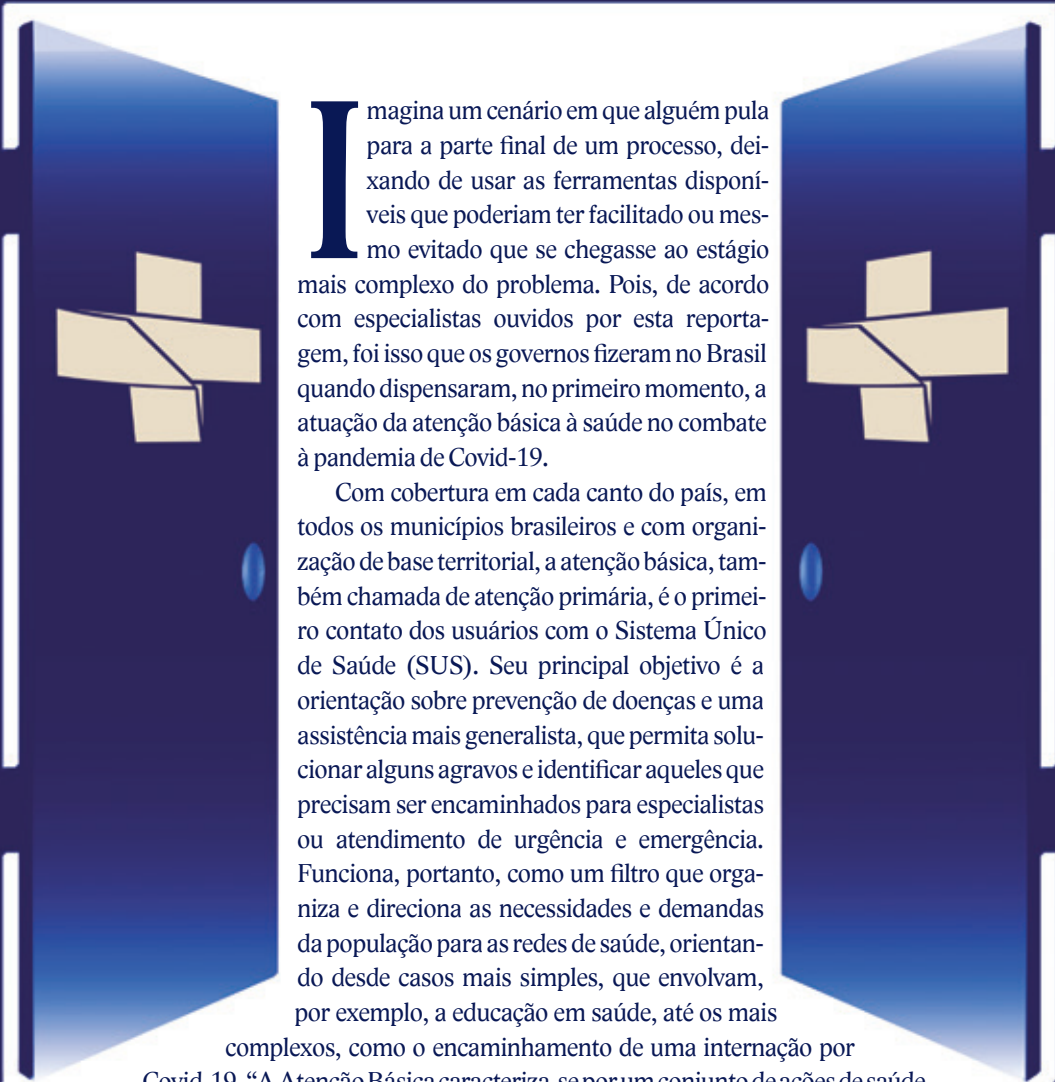
Tramita na Câmara dos Deputados o projeto de lei 3394/20, que visa ajustar, a partir de janeiro de 2022, o atual piso salarial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) de R\$ 1.550 para o valor de dois salários-mínimos, ou seja, R\$ 2,2 mil. O PL modifica a lei 11.350, de 2006, que define a remuneração desses profissionais – e pretende garantir que a União ofereça assistência financeira complementar a estados, municípios e Distrito Federal. Além disso, o PL prevê também a regulamentação das atividades dos ACS e ACE e a criação de diretrizes para o plano de carreira desses trabalhadores.

O texto, de autoria do deputado Hildo Rocha (MDB-MA), ressalta que nos últimos anos não houve ajustes adequados do piso e denuncia a falta de planejamento para a correção dos valores. O PL leva em consideração a importância da atuação desses profissionais na prevenção de doenças e na promoção da saúde da população.

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DE COMBATE À PANDEMIA

Como porta de entrada do SUS, a atenção básica garantiu importantes avanços no combate à pandemia em todo o país

Viviane Tavares



Imagina um cenário em que alguém pula para a parte final de um processo, deixando de usar as ferramentas disponíveis que poderiam ter facilitado ou mesmo evitado que se chegasse ao estágio mais complexo do problema. Pois, de acordo com especialistas ouvidos por esta reportagem, foi isso que os governos fizeram no Brasil quando dispensaram, no primeiro momento, a atuação da atenção básica à saúde no combate à pandemia de Covid-19.

Com cobertura em cada canto do país, em todos os municípios brasileiros e com organização de base territorial, a atenção básica, também chamada de atenção primária, é o primeiro contato dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). Seu principal objetivo é a orientação sobre prevenção de doenças e uma assistência mais generalista, que permita solucionar alguns agravos e identificar aqueles que precisam ser encaminhados para especialistas ou atendimento de urgência e emergência. Funciona, portanto, como um filtro que organiza e direciona as necessidades e demandas da população para as redes de saúde, orientando desde casos mais simples, que envolvam, por exemplo, a educação em saúde, até os mais

complexos, como o encaminhamento de uma internação por Covid-19. “A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde”, define a Portaria 648/06, do Ministério da Saúde, que trata dessa Política.

Com o potencial e a capilaridade que o desenho do SUS lhe conferiu, por que a atenção básica foi pouco mobilizada pelas estratégias de contenção da pandemia que ainda estamos vivendo?

Avaliando o período de fevereiro e março de 2020, início da pandemia, o pesquisador Cesar Favoreto, no artigo ‘Atenção primária forte: elemento central no combate à pandemia de Covid-19’, afirma que poucas iniciativas dos gestores de saúde tiveram a atenção primária como principal linha de frente. Nessa mobilização, diz o texto, “a maior ênfase recaiu sobre a organização das redes de atenção para atender os casos de insuficiência respiratória aguda (IRA), como a criação de hospitais de campanha, ampliação dos leitos de terapia intensiva, aquisição de equipamentos (respiradores artificiais e de proteção individual – EPI)”.

A importância da atenção primária está, sobretudo, na sua capilaridade e por isso ela é tão crucial para uma doença que atinge todo o país, como explica a pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e integrante da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde Lígia Giovanella. “A atenção primária à saúde e, especificamente no Brasil, a estratégia de saúde da família, com sua inserção comunitária, territorial, conhece o conjunto da população que vive naquela área, naquele território, acompanha grupos de maior risco,

grupos prioritários de outras comorbidades de condições de saúde etc. Por todo esse conhecimento e distribuição, teria condições de fazer essa abordagem comunitária tão necessária, certamente, articulada com os campos da vigilância em saúde”, avalia.

Para Márcia Pinheiro, assessora técnica do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e coordenadora do projeto **Mostra Brasil, Aqui Tem SUS**, o que se viu até agora foi o foco na fase crítica da doença, mas muitos agravos poderiam ter sido evitados se tivessem olhado para a porta de entrada do SUS. “À medida que as coisas foram minimamente se organizando e a gente começou a olhar também para outras questões, ficou muito claro que o papel da atenção básica nisso tudo era mais do que fundamental”, avalia e completa: “O trabalho no território, com as comunidades, deveria ser de orientar [a população] desde o início, mas no começo a orientação era ‘fique em casa, não procure a atenção básica’, ou ‘quando tiver falta de ar, procure o hospital’. Esse momento, no começo, pelo próprio desconhecimento, afastou um pouco ou minimizou a potência da atenção básica na luta contra essa pandemia”.

Para registrar essas experiências diversas, tanto o Conasems quanto a Abrasco fizeram um levantamento da atuação de equipes da atenção primária no combate à pandemia. Nomeado como ‘1ª Mostra Virtual Brasil, aqui tem SUS - Enfrentamento à Covid-19’, o levantamento, explica Marcia Teixeira, responsável pelo compilamento do Conasems, servirá de guia para os demais municípios e como troca de experiências entre gestores e trabalhadores da saúde.

Durante a fase de inscrições, entre agosto e novembro de 2020, foram registrados 1.140 trabalhos, dos quais 847 concluídos e aptos para seleção. Deste total, 629 experiências foram selecionadas pelos Cosems (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de cada estado) e posteriormente analisadas, cada uma delas, por avaliadores convidados pelo Conasems, entre trabalhadores, gestores do SUS e professores universitários do Brasil inteiro, que selecionaram 31 experiências de destaque.

Segundo o editorial da Revista que compilou os selecionados na mostra, as experiências avaliadas apresentaram um rol de iniciativas que passam pela reorganização da Rede de Atenção à Saúde; pelo exercício da integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica; disponibilidade dos equipamentos de proteção individual que envolvem a saúde do trabalhador; cuidado com a saúde mental de usuários e trabalhadores; uso das Práticas Integrativas e Complementares; Comunicação com a população; uso de Tecnologias; atenção e orientação a grupos de risco (idosos, hipertensos, diabéticos, obesos, etc) e populações específicas (LGBT, ribeirinhos); assistência odontológica; processos de educação permanente em parcerias ensino-serviço-comunidade; ação social, entre outras. A diversidade e necessidades de cada grupo distribuído em todo canto do país mostra a complexidade de enfrentamento de uma pandemia em um país de escala continental. “E tudo isso é atenção

básica. Você não precisa falar, é olhar e reconhecer o quanto ela foi fundamental para esse enfrentamento. Eu acho que a pandemia deu essa oportunidade de muitas vezes a gente enxergar esse papel, que às vezes fica meio relegado a um segundo plano, invisível. A gente sempre fala muito disso, que a mostra é uma oportunidade que emociona muita gente porque mostra coisas tão lindas, tão simples, às vezes da iniciativa de um trabalhador, e quanta diferença muitas vezes isso faz”, avalia Marcia.

O levantamento da Abrasco, por sua vez, atuou em duas frentes. A primeira foi oriunda da coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (Profsaúde) que, por meio de um e-book chamado ‘Covid-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede Profsaúde)’, apresentou à comunidade científica e aos profissionais que atuam na atenção primária à saúde um compilado de experiências dos próprios mestrandos e sua atuação nos territórios com foco no enfrentamento da Covid-19. A obra foi organizada em quatro eixos temáticos, que se mostraram mais presentes nesse levantamento de trabalhos executados. São eles: Covid-19 e atenção primária: contexto epidemiológico e as experiências do Profsaúde nos territórios, atenção domiciliar e covid-19, covid e arranjos para garantir a saúde do trabalhador e uso da telemedicina na APS no enfrentamento da pandemia.

O outro compilado de experiências é a edição mais recente da APS em Revista, Volume 2, nº 3 (2020), publicação quadrimestral da Rede de Pesquisa em Atenção primária à Saúde, que trouxe, em dois números, artigos voltados ao debate sobre o enfrentamento da pandemia a partir da atenção primária, dando voz a experiências e relatos de profissionais de saúde. “O objetivo foi identificar, dar visibilidade, reconhecer e promover iniciativas locais, municipais ou regionais que tenham como foco a melhoria da APS”, informa o editorial da revista.

Experiências exitosas em cada canto do país

Apesar de as orientações e a pouca valorização do trabalho da atenção básica no início da pandemia terem dificultado ações mais estruturante, experiências exitosas em cada canto do país mostraram a potência dessa porta de entrada do Sistema Único de Saúde mesmo em meio a uma crise sanitária desse porte. Para ilustrar esse processo, a reportagem selecionou uma experiência de cada região brasileira, a partir de um levantamento produzido pelo Conasems e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) sobre a atuação de equipes da atenção primária no combate à pandemia. “A gente não tem nenhum estudo de mortes [por Covid-19 nessas cidades], ou sobre os efeitos específicos [da atenção básica] nos desfechos [da doença], porque a pandemia tem tempos diferentes em cada um dos municípios. Não vi nenhum estudo que mostre a relação [da atuação da atenção básica] com o desfecho. Mas uma coisa muito importante é que a abordagem é populacional, comunitária, é intersetorial. Essa é a questão. [Para enfrentar a pandemia], tem que ser uma articulação entre os campos da saúde, da economia, dos serviços sociais. Acho que nunca se mostrou de forma tão importante a questão da intersetorialidade”, explica Ligia Giovanella, referindo-se à importância de se conhecer essas experiências.

Com uma população de cerca de 250 mil habitantes, o município de Rio Verde, no interior do estado de Goiás, região Centro-Oeste do país, estava em um momento de reestruturação da atenção básica quando a pandemia chegou. De acordo com o diretor geral da atenção primária do município e médico da família Marcos Vinícius Vaz, a pandemia serviu para ratificar a importância desse segmento.

Entre as iniciativas específicas para o combate à pandemia, o município de Rio Verde montou um consultório isola-

O Programa Saúde na Hora foi lançado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps/MS) em maio de 2019 e passou por atualizações com a publicação da Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020. Viabiliza recursos para municípios e Distrito Federal implantarem o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território brasileiro.

do para atender suspeitas de Covid-19. “Quando o paciente chegava, havia uma triagem. Se ele tinha alguma queixa suspeita, entrava por outro lado e neste local o médico ou enfermeiro colocava todo o equipamento de proteção individual (EPI) para fazer o atendimento”, conta. Como outra iniciativa ligada à atenção primária, Vaz apresenta a estruturação das farmácias em cada unidade de saúde impulsionada pela procura de medicamentos para o tratamento dos sintomas da Covid-19. “Os usuários do SUS estavam andando muito atrás de medicamentos. E a gente se preocupou muito no abastecimento de medicamentos com base científica. Não teve nada de kit covid. A gente sabia que tinha que tratar os sintomas, não adiantava o paciente chegar aqui e não ter dipirona nessa unidade. Por conta dessa emergência, levamos farmácia para todas as 14 unidades e isso vai perdurar agora. A gente não vai tirar as farmácias mais”, diz.

Complementarmente a essas mudanças na atenção básica, eles adquiriram outra ambulância para dar conta do transporte de pacientes com estado moderado e grave para o Hospital Municipal. “Apelidada de ‘corona’, a ambulância funcionou exclusivamente para este tipo de transporte, evitando a fila do SAMU [Serviço de Atendimento Médico de Urgência], que tinha que se dividir com outros casos que não pararam de acontecer”, relembra.

A pandemia, conclui o diretor geral, “ajudou a mostrar a força e o tanto que a gente deve priorizar a atenção primária aqui”. Atualmente, com os recursos do **Saúde na Hora**, as 14 unidades estão funcionando das 7h às 21h e cinco horas nos finais de semana. Como força-tarefa para vacinação, segundo Vaz, foram criadas ainda três novas salas exclusivas para o atendimento a casos de Covid-19, além de um *drive-thru*.

“Essas iniciativas vão no sentido de não tumultuar o andamento da unidade no atendimento, assim como quando a gente tiver vacina para população em geral”.

Consultório exclusivo para suspeita de Covid-19 e estruturação de farmácias foram estratégias decisivas no município de Rio Verde, em Goiás



Diferente do município de Rio Verde, que implementou o fortalecimento da atenção básica em plena pandemia, o município de Sobral, no Ceará, região Nordeste do Brasil, com população de 210 mil habitantes, vinha investindo em atenção primária muito antes da crise sanitária mundial. E esse investimento, explica Marcos Aguiar Ribeiro, enfermeiro e coordenador de vigilância do sistema de saúde do município, se deu a partir de três frentes principais: estruturar as unidades básicas de saúde, organizar os processos de trabalho e ampliar a cobertura populacional. “Nesse período da pandemia e antes dela, nossa compreensão sempre foi de acreditar no quanto a atenção primária é importante. É ela que está perto das pessoas. Por ter essa capilaridade, conhece as realidades. A gente enxergou que precisava ter estratégias que conseguissem compreender que a atenção primária seria a ordenadora, a grande gestora do cuidado nesse processo de enfrentamento da pandemia. Acho que esse entendimento foi muito importante para a gente aqui em Sobral”, reflete Ribeiro, que completa: “Uma das coisas importantíssimas que aconteceu nesse movimento foi que, ao longo dos últimos anos, o município de Sobral investiu muito forte no processo de melhoria das estruturas das unidades básicas de saúde. Elas são grandes, geralmente têm estacionamento, são ventiladas, a gente tem, inclusive, modelos de unidades que a gente denomina de Unidade Porta Aberta, porque a própria estrutura arquitetônica dá essa perspectiva acolhedora, de porta aberta mesmo, de abraçar a comunidade”.

Na prática, o município de Sobral, por já estar com o sistema de saúde local organizado, pode também atuar de forma antecipada. “Antes do início da transmissão comunitária de Covid-19 no Brasil, Sobral teve um primeiro caso provável importado,

posteriormente descartado. O surgimento prematuro desse caso suspeito alertou a secretária municipal de saúde e, a partir do mês de fevereiro, foi iniciado um processo de reorganização da rede para o enfrentamento de uma possível onda de casos de Covid-19, quando foi disparada a produção do plano de contingência do município”, informa o coordenador de vigilância no artigo ‘(Re) Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da Covid-19: Experiência de Sobral-CE’.

A partir dessa experiência, foi criado um Centro de Operações Estratégicas em Saúde Pública do município, com a participação de representantes das secretarias municipais, universidades públicas e privadas, indústria, terceiro setor, além de hospitais públicos e privados. “Esse espaço facilitou a implementação de ações intersetoriais e propiciou a reflexão contínua sobre as decisões, sempre baseadas em evidências científicas”, avalia Ribeiro, em entrevista à Revista Poli.

Entre as iniciativas que já existiam, Ribeiro elenca aquelas que colaboraram no mapeamento e no cuidado em meio à crise sanitária. “A gente tem uma estratégia aqui em Sobral que é a ‘Trevo de Quatro Folhas’, uma política pública municipal que acompanha mulheres gestantes, puérperas e recém nascidos em situação de vulnerabilidade. No momento da pandemia, a gente já tinha todo esse grupo mapeado, então a gente conseguiu entrar em contato com eles de maneira mais fácil. Os idosos com hipertensão e diabetes já estavam estratificados e georreferenciados, o que facilitou muito nosso processo de intervenção no decorrer da pandemia. Se não houvesse todo esse investimento prévio, a gente não consegue imaginar como seria enfrentar a situação que a gente vivenciou aqui em Sobral”, explica. O município é pólo para 55 outros de uma região de saúde, sendo referência para média e alta complexidade. “Municípios menores precisam da gente para um cilindro de oxigênio, porque tem município de pequeno porte aqui que não tem acesso a esse tipo de equipamento”, relembra. A macrorregião da qual Sobral faz parte e é referência em relação à atenção primária de saúde reúne 37 Centros de Saúde da Família, dos quais 23 encontram-se na zona urbana e 14 na zona rural, com 70 equipes de Estratégia Saúde da Família, seis equipes de NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), 50 de saúde bucal, três equipes multiprofissionais de Atenção domiciliar e duas academias da saúde.



Atenção básica já estruturada permitiu que município de Sobral, no Ceará, se antecipasse no combate à pandemia



De acordo com a resolução 01/11 do Ministério da Saúde, é considerado região de saúde “o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. O município polo, por sua vez, é definido pelo Ministério da Saúde como aquele capaz de ser a referência para outras cidades, em qualquer nível de atenção. Já a macrorregião é formada por uma ou mais regiões de saúde organizadas para atender serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Na região Sudeste, mais especificamente no município de Maricá, no estado do Rio de Janeiro, com uma população de 164,5 mil habitantes, a política de atenção primária estava em momento de transição. “Nós estávamos num processo de reestruturação da rede, passamos a adequar as unidades de saúde da família, qualificar e compor equipe de uma forma mais célere. Um pouco antes da chegada da pandemia, estávamos em um processo de transformação das unidades básicas de saúde tradicionais em unidades de estratégia de saúde da família, além de também transformar as unidades mistas, que tinham equipes de estratégia de saúde da família e também o modelo tradicional de atenção primária em unidade de saúde da família ampliadas”, lembra Solange Regina de Oliveira, subsecretária da Rede de Atenção à Saúde Coletiva de Maricá.

Uma das peculiaridades do município é ter diversos tipos de população. “Maricá é composto por um mosaico populacional e de territórios”, afirma a subsecretária, explicando que lá existem áreas urbanas e rurais, além de moradias de veraneio e regiões de povos indígenas. É ligado a grandes cidades da região metropolitana do estado e à região litorânea da Costa Azul, além de ser a cidade que mais cresce em população no Rio de Janeiro, de acordo com Solange. Por essa complexidade e por ter enfrentado outro desafio, que foi o combate à febre amarela silvestre em 2017, o município estruturou de maneira mais territorial sua atenção básica. “Maricá tem essas áreas grandes rurais, áreas de mata, muita área de preservação, animais silvestres à beça. Isso tudo obrigou a equipe de saúde a ter uma capilaridade muito grande, o que ajudou no enfrentamento à pandemia”, relembra.

Nas ações exclusivas de combate aos efeitos provocados pela Covid-19, Solange informa que todo o trabalho foi feito em rede. “É como se a gente tivesse desenhado um *tour* do paciente que sofre com a Covid-19, passando por todas as instâncias da saúde. A rigor, no primeiro momento – até pelo fato de somente o isolamento social horizontal ser efetivo para reduzir a contaminação, além do uso de máscara e higienização –, a gente também isolou o paciente que tinha suspeita de Covid-19 dos outros”, explica a subsecretária, que completa que essa iniciativa foi importante para que a atenção primária continuasse funcionando sem ser impactada de maneira substancial com pacientes de Covid-19 e também para acompanhar casos não hospitalares. “A gente criou um fluxo em que os pacientes com suspeita de Covid-19 não utilizavam o mesmo espaço físico dos outros. Foi o que viabilizou e possibilitou à atenção básica continuar atendendo os seus grupos prioritários, os diabéticos, os hipertensos, as gestantes com maior segurança”, explica. Passando pelo *tour*, ilustra, tanto quando o paciente era diagnosticado com Covid-19 como quando ficava livre do vírus, era feito contato imediato com a sua equipe de saúde da família. “Ou seja, o usuário da estratégia de saúde da família, da atenção primária, faz seu

diagnóstico num ambiente separado da rede, porém imediatamente é comunicado à unidade de saúde que ele esteve lá e que tem o diagnóstico. E a unidade de saúde, por via remota ou por visita, acompanha esse paciente: [verifica] se ele está estável, se terminou sua quarentena sem maiores problemas ou se precisou de algum atendimento na rede de urgência e emergência. Nesse *tour*, o paciente fez seu diagnóstico num ambiente diferenciado e foi acompanhado no domicílio pela equipe de estratégia de saúde da família com a comunicação entre esses dois setores”, detalha Solange.

O município de Florianópolis, Santa Catarina, região Sul do país, com cerca de 510 mil habitantes, também apostou no fortalecimento da atenção primária à saúde como porta de entrada para o combate ao novo coronavírus, com foco nas experiências de teleatendimento. “Isso permitiu que a rede se organizasse de uma maneira muito rápida para atuar frente à pandemia da Covid-19. A aposta foi manter as unidades abertas e fortalecer e privilegiar o teleatendimento, reorganizando os fluxos na unidade, evitando as aglomerações nos serviços e, claro, garantindo os EPIs e materiais técnicos para os profissionais da saúde”, informa Ronaldo Zonta, coordenador do Departamento de Gestão da Clínica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Na avaliação do coordenador, essa ação permitiu acompanhar melhor e mais de perto a evolução da doença, reduzindo agravos e prescrições desnecessárias, além de garantir um atendimento com maior qualidade. “Claro que, para isso, a gente tem que ter uma atenção primária funcionante, que a pessoa consiga acesso, que consiga dar resposta aos problemas dela, que ela realmente tenha uma carteira de serviços ampla. Então, a gente vê que, de modo geral, essa descentralização do atendimento, e não a centralização, é uma resposta oportuna e benéfica para a pandemia. E reduz também o risco de criar centros que vão superlotar e concentrar pessoas, deslocá-las”, explica.

Zonta observa que, mesmo antes do início da pandemia no Brasil, Florianópolis estava organizando o lançamento de um serviço de teleatendimento pré-clínico denominado ‘Alô saúde Floripa’. Nele, equipes de saúde da família podiam ter contato direto com a população. Com a pandemia, os números de telefone disponíveis aumentaram e foram amplamente divulgados para a população. “Hoje, a gente tem a possibilidade de a pessoa acessar o serviço através de um contato remoto que gera uma videoconsulta com o médico, com o enfermeiro. Dependendo do quadro, se não forem constatados sinais de gravidade, já é agendado o exame de PCR, é prescrita a medicação sintomática, é feita a orientação. Tudo pela videoconsulta, sem que ela tenha que se deslocar. Por isso, a atenção primária 2.0, que é a remota, trouxe muitos benefícios”, avalia.

Para esse tipo de teleatendimento funcionar, analisa o coordenador do Departamento de Gestão da Clínica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, um fator importante foi o vínculo, que ele chama de “histórico”, entre usuários e profis-

sionais dos serviços de saúde, elemento que é muito mais forte na atenção básica. “A partir dessa plataforma digital, poder resgatar as experiências próprias, no sentido de ter uma equipe, um profissional, um médico em quem você tenha confiança, com quem já se consultou, com quem já tem um vínculo, muda tudo”, explica e acrescenta: “Nem sempre há o médico de família no Brasil, mas, às vezes, é um pediatra que te acompanhou até a adolescência. A gente sabe que isso realmente tem um impacto. De maneira mais ampla, vários estudos mostram indicadores positivos resultantes dessa proximidade criada. É intuitiva essa satisfação de ter um profissional com o qual se consiga contar numa hora difícil, para dar opinião e ter confiança”.

Rosicléia Borges, coordenadora municipal de atenção primária de Rurópolis, no Pará, região Norte do país, com 51,5 mil habitantes, explica que a estratégia utilizada para enfrentar a pandemia foi a integração de forças, que alinhou desde a educação em saúde à produção de EPIs em uma força-tarefa entre a equipe de atenção básica e movimentos sociais. “Montamos o Comitê de Operações Emergenciais (COE), de combate à Covid-19, formado por vários setores ainda no mês de março. Quando começaram a aparecer casos na região, esse comitê começou a atuar na parte educativa, realizamos reunião com inspetores escolares e com a parte administrativa do município, além de idosos e pessoas com comorbidade”, explica.

Para dar conta da complexidade, o comitê decidiu pela centralização dos atendimentos de suspeitos em uma única unidade e foi criado o Centro Integrado de Combate à Covid-19.

Lá os pacientes tiveram acesso a exames, testes diagnósticos, consultas, atendimentos psicológicos, internação, transporte e assistência farmacêutica. “Com essa rede paralela e exclusiva para atendimento das vítimas da Covid-19, pudemos separar os atendimentos e evitar que pessoas de grupos de risco, idosos, gestantes e crianças tivessem contato com contaminados. Essa força-tarefa envolveu cerca de 60 profissionais”, relembra Rosicléia.

A participação popular também fez grande diferença no enfrentamento da pandemia, segundo a coordenadora. Além da conscientização da população por meio dos agentes comunitários de saúde, a secretaria distribuiu kits de proteção a pessoas vulneráveis, localizadas a partir do cadastro das equipes de saúde da família. “Outra iniciativa que também completou a atuação [contra a Covid-19] em Rurópolis foi o Disque Vigilância, um canal telefônico por onde foi possível realizar o monitoramento dos casos suspeitos em que os trabalhadores das unidades básicas de saúde faziam atendimento”, conta.

Para garantir todas essas atividades em um período curto de tempo, explica Rosicléia, foi de extrema importância conhecer a população e o território em que ela vive. “Foi a partir da força e estruturação que tínhamos da atenção básica, integrando os serviços de vigilância em Saúde com os da atenção primária, e também por conta das melhorias feitas na infraestrutura das unidades básicas de saúde prévias, que Rurópolis conseguiu enfrentar com bons resultados a Covid-19”, avalia. ○

DIVULGAÇÃO



DIVULGAÇÃO



DIVULGAÇÃO



Articulação entre equipe de atenção básica e movimentos sociais foi prioridade contra a Covid-19 em Rurópolis, no Pará

PAPEL E CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS DA ATENÇÃO BÁSICA

De ações educativas a testagem rápida, são múltiplas as atribuições dos profissionais que estão na linha de frente no enfrentamento à pandemia

Viviane Tavares

Os trabalhadores técnicos em saúde estão na linha de frente do enfrentamento à pandemia em diferentes níveis de atenção, inclusive na primária. No total, como informa o sistema E-gestor Atenção Básica, do Ministério da Saúde, existem mais de 1,8 milhão de técnicos e auxiliares de enfermagem no Brasil e cerca de 260 mil Agentes Comunitários de Saúde, além de outras categorias profissionais de nível médio que contribuem para o diagnóstico, acolhimento, tratamento e recuperação da saúde das pessoas acometidas por Covid-19.

Rosicleia Borges, do município de Rurópolis, exemplifica a importância na atuação no combate à pandemia contando que, em sua localidade, há lugares sem acesso a celulares ou internet e a ação dos Agentes Comunitários de Saúde foi essencial para a conscientização dessa população. “Os profissionais ficaram responsáveis por monitorar e informar aos pacientes seu quadro clínico. Além disso, os rurópolisenses que residem longe do centro receberam apoio de uma equipe volante. Esses profissionais deram um suporte grande, porque a equipe da cidade não conseguia auxiliar a zona rural”, conta.

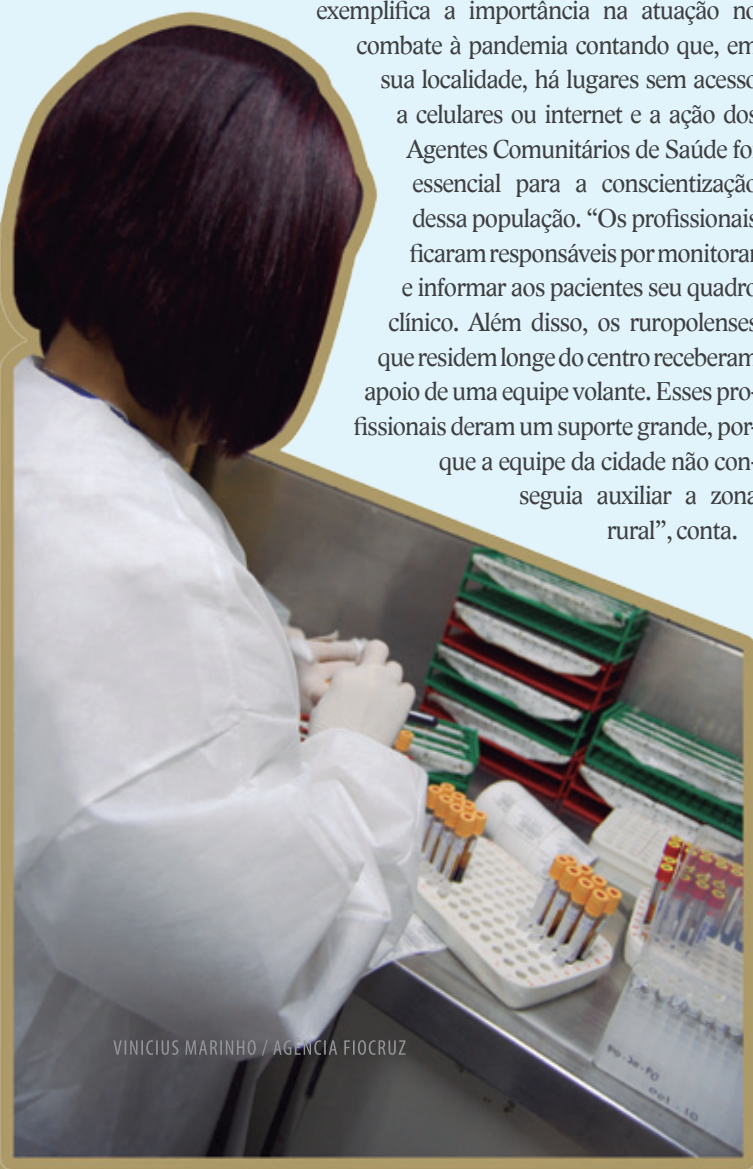
Mariana Nogueira, professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), mostra que essas ações no combate à Covid-19 não deveriam ser exclusividade de um ou outro município. “Os ACS possuem complexas atribuições que perpassam a escuta dos usuários, o trabalho territorializado através de ações individuais e coletivas e a realização de visitas domiciliares. Eles têm um papel importante na promoção de ações educativas em saúde sobre a Covid-19 e sobre medidas de prevenção ao novo coronavírus junto aos usuários, assim como sobre a importância da adesão da população à imunização contra a Covid-19. Outro importante papel dos ACS é o registro e a produção de informação em saúde, diagnóstico demográfico, social, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, o que pode e deve subsidiar o planejamento de estratégias locais de controle e enfrentamento da pandemia”, descreve.



OS ACS TÊM UM PAPEL IMPORTANTE NA PROMOÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE SOBRE A COVID-19 E SOBRE MEDIDAS DE PREVENÇÃO AO NOVO CORONAVÍRUS JUNTO AOS USUÁRIOS, ASSIM COMO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO DA POPULAÇÃO À IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19’

MARIANA NOGUEIRA

Professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz





RAQUEL PORTUGAL / AGÊNCIA FIOCRUZ

A pesquisadora, que é uma das responsáveis pelo **estudo** ‘Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de Covid-19’, chama a atenção, no entanto, para as condições de trabalho que esses profissionais encontraram na pandemia. “É fundamental a garantia de condições de trabalho para que o ACS atue tanto dentro das unidades de saúde quanto nos territórios. Os resultados da nossa pesquisa revelam insuficiência na quantidade e qualidade de EPIs, desigual distribuição de EPI no âmbito das unidades de saúde entre os trabalhadores das equipes, sendo os agentes preteridos no recebimento desse material; dificuldade de acesso ao teste para detecção de Covid-19; dificuldade de garantir o direito ao afastamento do serviço nos casos de agentes com comorbidades ou idosos que são do grupo de maior risco para Covid-19 e até mesmos no caso de adoecimento por Covid-19”, exemplifica, e completa: “Além disso, houve dificuldades em relação à ausência de protocolos definidos para atuação do ACS e ao não fornecimento de aparelhos telefônicos e internet para a modalidade de trabalho remoto que ocorreu em diversas regiões”. A pesquisa tem como objetivo principal analisar os impactos da Covid-19 na saúde e condições de trabalho

Outras duas pesquisas que revelam as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde também estão em andamento, sob coordenação da pesquisadora da Ensp/Fiocruz Maria Helena Machado. São elas: ‘Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da covid-19 no Brasil’ e ‘Os trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da covid-19 no Brasil’. Até o fechamento desta matéria, o resultado da primeira estava em fase de tabulação e a segunda estava em estágio de aplicação.

e de formação dos agentes comunitários de saúde durante a pandemia em capitais do país que apresentam elevado número de casos, como São Paulo, Rio de Janeiro e Fortaleza, além de três cidades das regiões metropolitanas das respectivas capitais: Guarulhos, São Gonçalo e Maracanau.

Ronaldo Zonta, de Florianópolis, enfatiza também a importância dos técnicos em enfermagem e de laboratório [técnicos de análises clínicas] no enfrentamento dos casos de pessoas contaminadas pela Covid-19. “Os técnicos de enfermagem fazem um papel importante, tanto na questão de ajudar nesse atendimento de urgência e emergência, como auxiliar no processo de avaliação dos sinais vitais e executar testagem rápida. Isso foi de extrema importância para a triagem dos casos. E, no caso do nosso município, a gente viu o quanto é importante técnico de laboratório formado e qualificado para fazer a coleta e processamento dos exames. Com esses profissionais, a gente pode ter o serviço de *drive-thru* de coleta de testes e de exames para situações como contato de casos. Sem contar com esse novo momento, que é o da vacina, que quem realiza é o profissional técnico, e os vínculos que eles têm com os pacientes por estarem mais próximos da população... Essa proximidade ajudou demais a monitorar os casos”, avalia.

Para Márcia Teixeira, do Conasems, o papel dos trabalhadores técnicos, como os agentes comunitários de saúde, ajudou a garantir a diversidade e a resposta rápida à pandemia. “Quem faz o SUS são os trabalhadores. Acho que precisamos viver uma nova fase de reconhecimento dos profissionais, não como esse herói de capa e espada, com cara marcada, com máscara e tudo, como vimos aos montes e que ficou muito centrado no médico. Mas, para além disso, é preciso dar qualificação, educação permanente, garantia de seu papel na estratégia [saúde da família], oportunidades de boa qualidade e carreira sólida”, avalia. O



Força de trabalho mais barata do mercado é a jovem

Especialistas apontam que, apesar de a entrada no mercado de trabalho sempre ter sido um desafio nessa faixa etária, as oportunidades estão cada dia mais precarizadas

Viviane Tavares

Em plena pandemia, em julho de 2020, um grupo de trabalhadores foi às ruas em todo o país para denunciar suas condições de trabalho. O chamado ‘breque dos apps’ reuniu reivindicações como direito à alimentação, equipamento de proteção individual, algum tipo de proteção social, melhoria de renda, entre outras demandas que tratavam de condições mínimas de trabalho. O que esses manifestantes tinham em comum, além de trabalharem em plataformas de entrega, eram as características sociodemográficas: eram majoritariamente jovens, entre 18 e 30 anos, e negros, de acordo com a pesquisa ‘Levantamento sobre o trabalho dos entregadores por aplicativos no Brasil’, do Núcleo de Estudos Conjunturais, da Faculdade de Economia, da Universidade Federal da Bahia (UFBA). A pesquisa revela ainda que quase um terço (30,1%) iniciou nesse ‘ramo’ durante a pandemia de Covid-19, 76,7% têm a atividade de entrega como sua ocupação principal e 70,5% trabalham seis ou sete dias por semana – destes, 68,5% têm uma jornada de nove ou mais horas por dia. Além disso, durante a pandemia, 47,9% dos entrevistados tiveram seus rendimentos menores do que o salário mínimo.

A pesquisadora e coordenadora do grupo de pesquisa ‘Juventude, Escola, Trabalho e Território’ (Jett), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) Mônica Peregrino, caracteriza esse cenário como um novo “modelo”, baseado nas terceirizações e, agora, nas chamadas ‘uberizações’. “Esse modelo pega, fundamentalmente, os trabalhos novos, os trabalhos que estão sendo oferecidos em primeira mão. E esses são os postos de trabalho de entrada, que são tradicionalmente acessados pelos jovens. No Brasil, é tradicional essa história de os jovens terem acesso precário ao mundo do trabalho, um acesso frágil, de trabalhos pouco registrados, com poucos direitos, que estão aquém da precificação. Tem todo esse mito de que o jovem é pouco qualificado, mas, na verdade, o que é pouco qualificado é o mercado de trabalho oferecido a eles”, explica. Apesar de não ser de agora o acesso ao mundo do trabalho de forma precária, a pesquisadora revela que o cenário atual está à beira do abismo. “O que os jovens estão

encontrando hoje é uma porta de entrada para alguma ocupação, mas não uma porta de entrada para o mercado de trabalho. Essa é a tragédia de hoje. Isso é um abismo no fim do caminho. A maior quantidade dos jovens hoje está conseguindo ingresso em alguma ocupação a partir desses empregos pagos por empreitada curta, sem nenhuma garantia, nenhum direito”, reflete.

Luiz Paulo de Oliveira, professor da Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB) e integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Juventude (GEPJUV), ressalta que é importante fazer o recorte entre os jovens na hora de avaliar esse cenário da precarização, e afirma que são aqueles das classes mais populares que terão um processo de socialização temporã no trabalho. “Os jovens homens que começam a trabalhar muito cedo encontram atividades mais



precárias, mais instáveis, de alta rotatividade”, relembra e completa: “Obviamente houve a elevação da escolarização, há um adiamento da entrada no mercado de trabalho formal. Mas isso não significa que experiências esporádicas e precárias, com pequenos vínculos, não ocorram, seja na área da construção civil ou mecânica, no caso dos homens, seja no salão de beleza do bairro ou nos trabalhos domésticos, no caso das mulheres. Isso aparece como algo muito presente”, detalha. De acordo com Oliveira, o que mudou no cenário que se vê agora é que aquilo que era visto como algo provisório na trajetória do jovem começa a se configurar como uma regra permanente. “Nós não podemos generalizar e nem desconsiderar as variáveis como classe, renda, escolaridade, questão étnica e gênero, mas podemos observar que em parte dessas trajetórias a precariedade passa a ser a regra. Não só para os jovens: é a regra do próprio mercado de trabalho”, relata. E conclui: “Viver a cada dia, que é algo típico dos trabalhadores informais mais tradicionais, se torna cada vez mais algo permanente entre os jovens”.

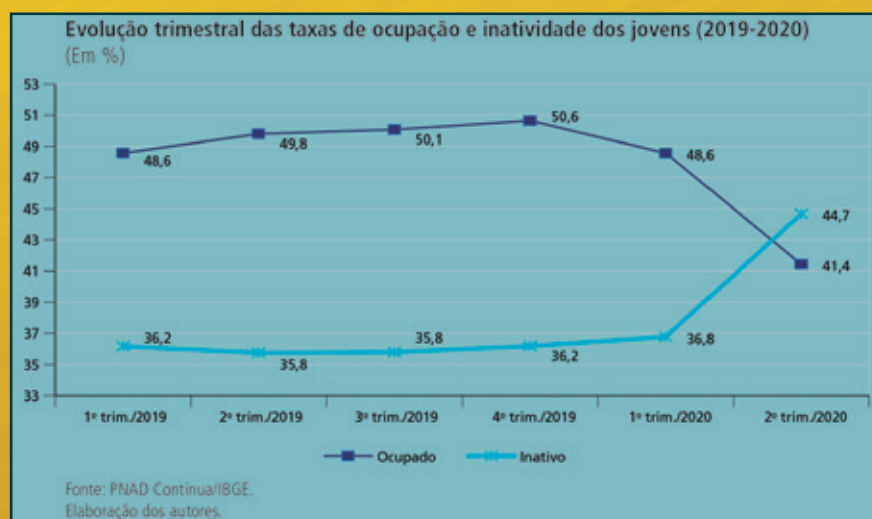
Como os especialistas apontaram acima, o mercado de trabalho para os jovens já não era favorável, mas nos últimos cinco anos, antes mesmo da pandemia, ele vinha se agravando. Na pesquisa ‘Juventude e trabalho: qual foi o impacto da crise na renda dos jovens? E nos nem-nem?’, divulgada em novembro de 2019 pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é possível perceber que quem mais perdeu renda nos últimos cinco anos foram exatamente os integrantes dessa faixa etária. “Enquanto outros grupos tradicionalmente excluídos, como analfabetos, negros e moradores das regiões Norte e Nordeste, apresentam reduções de renda pelos menos duas vezes maior que a da média geral, essa perda foi cinco e sete vezes mais forte entre jovens de 20 a 24 anos e entre os jovens ado-



lescentes, respectivamente. Há aumento na desigualdade de renda nesse grupo de jovens 41,2% maior que o aumento observado para o conjunto da população, indicando a necessidade de se entender a dinâmica dos diversos segmentos juvenis”, resume Marcelo Neri, um dos responsáveis pelo estudo.

Segundo dados da pesquisa, entre o quarto trimestre de 2014 e o segundo trimestre de 2019, a perda de renda média acumulada dos jovens totais foi de 14,66%, menos expressiva do que a de alguns grupos específicos. Entre os jovens que tinham de 15 a 19 anos, por exemplo, essa perda foi de 26,54% e, na faixa etária de 20 a 24 anos, de 17,76%. Já entre os nordestinos, foi de 23,58% e, se olharmos apenas os jovens analfabetos, chegamos a uma queda de 51,1%. Levando em consideração o cenário pandêmico, Marcelo Neri informa que os jovens continuaram liderando as perdas no mercado de trabalho. “O jovem foi o grande perdedor de renda. Se pegar um jovem de 15 a 19 anos, só nos dois trimestres depois da pandemia, ele perdeu 34% [de renda], o jovem de 20 a 24 anos perdeu 25,9%, um jovem de 25 a 29 perdeu 22,7%”, exemplifica.

O pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) Carlos Henrique Corseuil afirma ainda que o início de carreira dos jovens sempre foi crítico, mesmo em períodos em que a atividade econômica esteve aquecida ou em que o mercado de trabalho apresentava bom desempenho. No entanto, ele explica que a deterioração no cenário econômico afeta esses indivíduos de forma particularmente intensa. “Há evidências de que os efeitos de períodos de recessão na inserção dos jovens no mercado de trabalho perduram muitos anos além do fim do período recessivo”, explica.





Reflexos das reformas para a juventude

Em novembro de 2020, a reforma trabalhista completou três anos. Para a sua aprovação, uma das justificativas era oferecer mais oportunidades aos jovens. Mas não foi isso que ocorreu. A partir de dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), no período entre novembro de 2017 e setembro de 2020, é possível aferir que foram gerados 286,5 mil postos de trabalho, bem abaixo da previsão de gerar mais de 6 milhões de empregos no país como anunciado à imprensa pelo ministro da Fazenda da época, Henrique Meirelles.

De acordo com o artigo ‘A inserção dos jovens brasileiros no mercado de trabalho num contexto de recessão’, de Carlos Henrique Corseuil, Maíra Franca e Katcha Poloponsky, a proporção de jovens ocupados, que era de 48,6%, no primeiro trimestre de 2020, atingiu 41,4% já no trimestre seguinte, o que significa uma queda de 7,2 pontos percentuais em apenas três meses, mais acentuada do que a redução de 5,8% registrada entre os primeiros trimestres de 2015 a 2017. E dois fenômenos foram percebidos, informa o artigo: houve a queda acentuada da taxa de ocupação e o aumento da proporção de jovens fora da força de trabalho, aqueles que não estão trabalhando nem buscando emprego, que foi de 36,8%, no primeiro trimestre de 2020, e atingiu 44,7%, no segundo trimestre. O texto demonstra ainda que

houve um aumento expressivo de jovens desemprega-

dos (aqueles que estão dispostos a trabalhar e não encontram quem os empregue): entre o primeiro e o segundo trimestre de 2020, subiu de 50,2% para 62,7%. Não houve alterações no trimestre seguinte.

É importante levar em consideração não só a baixa geração de empregos, como a qualidade deles. De acordo com levantamento feito pelo portal G1, foram criadas 185,5 mil vagas na modalidade de trabalho intermitente no intervalo de novembro de 2017 a julho de 2020. Essa foi uma categoria criada pela reforma trabalhista, que significa uma prestação de serviços em períodos alternados, em que o trabalhador é remunerado de maneira proporcional, somente pelo período trabalhado. O número de postos gerados, informa o portal, representa 64,7% do total de vagas criadas no mesmo período no país (286,5 mil). Cerca de 70% dessas vagas foram abertas nos setores de comércio e serviços, historicamente ocupados por jovens, como informa a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). “Em 2018, foram 51.183 vagas intermitentes, quase 10% do total de 529 mil postos criados. Em 2019, o número saltou para 85.716 vagas, 13,2% do total de 644 mil postos. Já neste ano, enquanto o país fechou 558,6 mil postos de trabalho até setembro, na modalidade intermitente foram geradas 42.532 vagas”, apresenta o levantamento. No entanto, os pesquisadores ouvidos nesta reportagem informam que ainda faltam estudos sobre os impactos desta nova forma de contratação para o mercado de trabalho, por ser um fenômeno ainda muito recente.

Outro reflexo dessa precarização é a modalidade de microempreendedor, em que têm se enquadrado muitos dos personagens que abriram essa matéria. Uma das empresas que mais tem cadastros de motoristas e motociclistas no Brasil – um milhão de pessoas –, a Uber, tem em seu *slogan*: ‘Seja seu próprio chefe’. E ainda arremata: ‘Você decide o seu horário. Dirija quando quiser. Ganhe dinheiro quando quiser. Quer ganhar dinheiro? Você escolhe quando dirigir’. A lógica, portanto, é de o trabalhador ser patrão de si mesmo. “Não se trata de patrão e empregado, mas alguém que tem um aplicativo, que presta um serviço e alguém que contrata. Em última instância, quem é o patrão desses trabalhadores são os clientes. Isso é uma lógica que busca justamente deformar uma luta histórica de constituição de um mundo de trabalho calcado em direitos, que foram resultados de lutas de categorias e de sindicatos que fizeram ao longo da história no Brasil”, contextualiza Oliveira.

O pesquisador da FGV Marcelo Neri avalia que a partir da uberização, houve um fenômeno que afeta até o jovem com ‘alta educação’. “De acordo com pesquisas recentes, de 2015 para cá, o que a gente viu é o seguinte: a renda dos prestadores de serviço caiu mais do que de outros grupos e a escolaridade aumentou. Não porque as pessoas tenham estudado mais, mas porque pessoas altamente escolarizadas foram atraídas para fazer essas atividades. Avaliar o mercado de trabalho para os jovens é uma atividade complexa e a pandemia tornou mais desafiador”, avalia e completa: “E o jovem, que é esse ser complexo, ao mesmo tempo que está querendo entrar no mercado de trabalho, na verdade, precisa conciliar com os estudos e experimentar uma carreira aqui, vou tentar outra coisa lá. Nos cursos também existe essa circulação dessa faixa etária. O jovem não é nem adulto nem criança, ele trabalha, estuda, é portador de futuro”, explica Marcelo Neri.

E o que a educação tem a ver com isso?

Para a pesquisadora Mônica Peregrino, a combinação entre as reformas trabalhista e do ensino médio (Veja mais sobre a reforma do ensino médio na matéria “Em meio à pandemia, vai ter novo ensino médio?” desta edição) trouxe um cenário devastador à perspectiva de futuro do jovem pobre no Brasil. “O que a gente tinha até então eram políticas que davam muito mais suporte para esses jovens que tinham conseguido se manter dentro da escola a partir da década de 1990 e, principalmente, tinham conseguido ascender a patamares superiores de escolarização nos anos 2000.

Segundo ela, esses jovens, que antes eram eliminados da escola, puderam se incluir, de certa maneira, no sistema educacional de forma contínua, a partir da Educação de Jovens e Adultos, no ensino noturno ou no ensino técnico. No entanto, diz, esses jovens são desconsiderados na reforma do ensino médio, porque não conseguem trabalhar e estudar ao mesmo tempo”, denuncia Mônica, e acrescenta: “Os jovens brasileiros têm essa característica particular de conciliar trabalho e estudo. E isso deve ser considerado de forma mais profunda quando é proposta uma reforma curricular”.

Luiz Paulo de Oliveira, no entanto, conclui que a reforma do ensino médio é complementar à lógica trazida pela reforma trabalhista. “A reforma do ensino médio intensifica as trajetórias desiguais entre os jovens brasileiros, do ponto de vista da relação de trabalho e educação”.

Juventude na agenda

Apesar de o trabalho precarizado ser uma realidade entre os jovens, a partir dos anos 2000 algumas iniciativas foram pensadas no Brasil para romper com esse processo. Em 2005 foi criada a Secretaria Nacional da Juventude, que pretendia discutir pautas focadas nessa faixa etária. Há pouco mais de uma década, em 2010, era lançado um documento que propunha uma Agenda Nacional do Trabalho Decente para a Juventude no Brasil. A proposta focava em quatro prioridades: melhoria de acesso e qualidade da educação em todos os níveis; ampliação da possibilidade de conciliação entre trabalho, estudos e vida familiar; promoção da criação de mais e melhores empregos, com igualdade de tratamento e de oportunidades e combate às causas de rotatividade; e aumento e fortalecimento do diálogo social sobre as alternativas e condicionantes para melhorar a inserção dos jovens no mercado de trabalho, estimulando a participação juvenil urbana e rural nos instrumentos de defesa de direitos do trabalho, na organização sindical e nas negociações coletivas. Mas a proposta pouco avançou e algumas pautas recuaram após 2015.

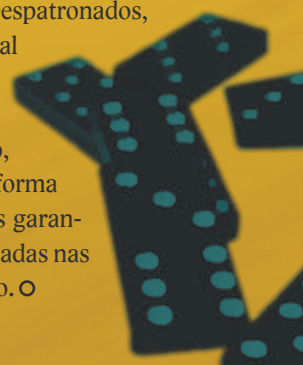
Essa agenda se deu, explica Luiz Paulo de Oliveira, por conta da pressão da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que estimulou a discussão sobre o trabalho decente. “A OIT teve um papel importância para o embrionamento dessas políticas em diversos países nos anos 2000, reconhecendo todos os efeitos deletérios da falta de um trabalho decente para a sociedade, jogando luz não só na reestruturação produtiva, mas também na consequência da adoção das políticas neoliberais nos países ditos em desenvolvimento e em países centrais, as quais implicaram desregulamentação do mercado de trabalho, elevação das taxas de pobreza, de redução do nível de qualidade de vida das populações em geral. A Agenda Nacional do Trabalho Decente para Juventude vem no bojo disso”, relembra.

É neste momento, por exemplo, que é criada a Lei 11.788/08, conhecida como Lei do Estágio, que regulamenta e estabelece critérios para essa condição de contratação. É desse mesmo período o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Pro-jovem), que reintegra jovens que não concluíram o Ensino Fundamental à escola, oferecendo-lhes qualificação profissional e acesso a ações de cidadania, esporte, cultura e lazer. Também a Emenda Constitucional nº42/2008, que durante a tramitação ficou conhecida como PEC da Juventude, incluiu na Constituição Federal brasileira a noção do jovem como sujeito de direitos e culminou com a aprovação do Estatuto da Juventude, em 2013. “O grande barato desse período, na minha avaliação, é que você melhora as condições de trabalho, mas também expande a educação com cursos noturnos na universidade, cursos técnicos regionalizados, expande o acesso [ao ensino superior] com o ProUni [Programa Universidade para Todos] oferecendo bolsa para o aluno trabalhador. Era um momento em que estávamos permitindo a aproximação entre escola e trabalho, reconhecendo a realidade das emergências de determinados jovens e possibilitando novas formas de transição para a vida adulta, a transição escola-trabalho”, analisa Mônica.

Oliveria avalia que a Agenda trazia uma perspectiva de mais e melhor educação, além da conciliação dos estudos, trabalho e vida familiar. “Este é outro aspecto importante a destacar, principalmente quando se tem um recorte de gênero. Nós sabemos que as jovens mulheres encontram-se em situação de desvantagem quando avaliadas nos indicadores do mercado de trabalho, seja das taxas de desemprego ou da inatividade, ou entre a própria categoria do ‘nem nem’ [aqueles que nem trabalham, nem estudam]”, diz.

Carlos Henrique Corseuil, que participou da construção dessa agenda para a juventude como representante do Ipea, aposta que ainda é possível recuperar determinadas pautas, como a inserção do jovem de forma mais qualificada e a importância de se permitir conciliar estudo e trabalho quando for necessário. Para ele, “se nenhuma intervenção for implementada para contrabalançar esse mecanismo, o desemprego juvenil aumentará desproporcionalmente, o que, por sua vez, aumentará os efeitos cicatrizantes”, afirma.

Oliveira é menos pessimista: ele defende a importância de se olhar para esse momento difícil da situação do jovem no Brasil historicamente, sem “fatalismo”. “É importante não termos a ideia de que é o fim do mundo. Não pode ser, de forma alguma, porque isso passa pela capacidade da sociedade de se reinventar. E essas novas gerações de trabalhadores e trabalhadoras, apesar de estarem mediante condições precarizadas, apresentam formas de resistência e de respostas coletivas. Obviamente que são processos lentos, de longo prazo e com muitas contradições”, aposta. Exemplo do que o pesquisador da UFRB indica é a organização dos trabalhadores que abriram esta reportagem. Hoje uma parcela deles, como é o caso da Despatronados, no Rio de Janeiro, Pedal Express, em Porto Alegre, Feme Express, em São Paulo, está organizada em forma de cooperativa com as garantias mínimas reivindicadas nas ruas naquele momento. O



'O FIM DOS MANICÔMIOS ENTROU NO BOJO DA REIVINDICAÇÃO DE QUE A LIBERDADE TINHA QUE SER EXTENSIVA A TODOS'

Cátia Guimarães



A lei que instituiu a Reforma Psiquiátrica está fazendo 20 anos, mas o movimento antimanicomial é muito anterior. Quais são os principais marcos desse movimento? Fala-se muito na experiência de Santos, com David Capistrano...

Santos foi a primeira cidade a construir um dispositivo de atenção [à saúde mental], que seria próximo dos CAPS [Centro de Atenção Psicossocial]. Não eram os CAPS em si, mas lá foram construídos dispositivos de atenção e tratamento que não eram só ambulatoriais, e, em hipótese alguma, eram manicômios. Então, esse cuidado em liberdade pode-se dizer que começa em Santos, mas o movimento, não. O 'Manicômio Nunca Mais', que é comemorado em 18 de maio, começa com os trabalhadores de saúde mental se reunindo naquela que foi uma época fértil para esse pensamento sobre o fim dos manicômios. Porque se queria mudar várias coisas. Foi uma época também em que o mundo inteiro estava se manifestando, a sociedade já estava exigindo mudanças nesse sentido. Era maio de 1968, começou em Paris. As manifestações não foram por conta dos manicômios, mas o fim dos manicômios é uma reação positiva à mudança social. Entrou no bojo da reivindicação de que a sociedade se desse conta de que o mundo era outro, de que a liberdade tinha que ser extensiva a todos. Maio de 1968 começa por outras razões mas quando vai até as ruas, no meio das reclamações, começam a gritar: "eu trabalho, tu trabalhas, eles ganham". E já começa um outro tipo de reivindicação. Essa [percepção sobre a] exploração vai se ampliando, esse pensamento sobre explorar o outro, minimizar o outro, vai se ampliando e chega a esse outro triste setor de encarceramento, que é o hospício, com pessoas que não fizeram nada para serem encarceradas. Esse é o pontapé inicial.

A desospitalização, o fim dos manicômios, é bandeira principal do movimento que gerou a Reforma Psiquiátrica, marcada até no nome. Mas por que é preciso acabar com os manicômios?

Porque no manicômio você não sai, pode sair para um passeio, se alguém quiser fazer algo diferente, mas retorna. Você usa uniformes, come em refei-

GINA FERREIRA

Foi há exatos 20 anos. Depois de tramitar por mais de uma década, finalmente em abril de 2001, a lei 10.216 foi aprovada e sancionada. Ao estabelecer direitos das pessoas com transtornos mentais e mudar o modelo assistencial nessa área, ela foi o primeiro passo legal para instituir, nacionalmente, o que hoje se conhece como Reforma Psiquiátrica. Herança de um movimento mundial que remete à década de 1960, seu principal objetivo era superar o encarceramento como tratamento da loucura. Assim, o recado do texto ecoava as palavras de ordem das lutas que se travavam nesse campo: 'Manicômio nunca mais'.

Mais do que uma mudança institucional, no entanto, a Reforma Psiquiátrica depende de uma transformação nas práticas terapêuticas, na compreensão do território, na relação com a família e com a sociedade como um todo. São principalmente relatos de experiência sobre essa outra abordagem que Gina Ferreira, doutora em Psicologia Social, traz nesta entrevista. Suas memórias remetem, por exemplo, à vivência em um dos maiores hospitais psiquiátricos da América do Sul, a Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro, que ela ajudou a fechar, e à coordenação de saúde mental de Angra dos Reis (RJ), onde criou o programa 'De volta para Casa', que mais tarde ganhou uma versão nacional.

tórios, é um encarceramento de fato. Eu pude ver de perto como era um dos maiores manicômios da América do Sul, que era [a Casa de Saúde] Dr. Eiras, de Paracambi [no estado do Rio de Janeiro]. Ele começa pequeno, mas era um lugar muito espaçoso, onde passava um rio, uma paisagem agradável. Começa a aumentar, abrir mais espaços, ter que contratar muita gente – e com salários baixos. Não aprimora, a qualidade não existe porque é para não oferecer absolutamente nada. Em Paracambi, às cinco horas da tarde, num calor que chegava a 42 graus no verão, as mulheres que viviam no pavilhão feminino eram fechadas todas em um salão, com uma única televisão. Eram 200 pessoas, não tinha cadeira para todo mundo, então elas tinham que ver televisão em pé. Esse manicômio era um encarceramento. Era particular, mas tinha convênio, naquela época, com o INPS [Instituto Nacional de Previdência Social] e depois com o SUS. Essas mulheres viviam rasgadas, uma era capaz de arrancar o olho da outra por conta de uma guimba de cigarro, viviam como animais. Quando cheguei, a primeira coisa que eu quis criar foi um pavilhão à parte, uma sala grande, onde eu pudesse fazer várias oficinas criativas e ter pessoas trabalhando, que a gente pudesse sair com elas, pegar o trem, viajar até o [município do] Rio de Janeiro. Lembro uma paciente que, quando via alguém chegar, imediatamente ficava de quatro, feito cachorrinho. O que mais me desesperava é que as pessoas achavam engraçado, riam. E eu me aproximava dela, segurava com as duas mãos as mãozinhas dela, ia fazendo ela levantar. E ela punha a língua para fora, como se fosse um cachorrinho cansado. E eu dizia: “Não, o seu nome é Lucinha, você não é um cachorrinho. Vamos ficar em pé?”. Eu pegava as duas mãos, a colocava em pé e fazia questão de cumprimentar com a mão. A parte daí, no dia em que eu chegava a esse pavilhão, ela estava em pé me esperando e me estendia a mão. São pequenas coisas, mas nem isso era feito.

Paracambi era uma cidade que teve perdas econômicas e sociais. Teve quatro fábricas fechadas, então, muita gente ficou desempregada. Nessas fábricas trabalhavam famílias inteiras, e o fe-

chamento representou uma baixa econômica imensa. Diziam que tinham pessoas que enlouqueciam e iam se internar, ou iam se internar para ter o que comer e ter um benefício. Foi nisso que a Eiras se transformou: num desespero. Fechar a Dr. Eiras foi questão central do movimento ‘Manicômio Nunca Mais’ no Rio de Janeiro. Muitos anos depois, com mudança de governo, quando decidiram fechar a Dr. Eiras, eu fui contratada para supervisionar a equipe que organizava as atividades e a saída desses pacientes.

Lembro uma vez em que, junto com outras colegas, eu levei essas mulheres para um passeio até o Centro Cultural Banco do Brasil, e depois a gente ia ver se esticava até o MAM [Museu de Arte Moderna]. A mulher que estava sentada no trem ao meu lado, cada vez que abria a porta, olhava desesperada para fora. Eu olhei para ela e disse assim: “Eu estou vendo que você quer fugir. Cada vez que a porta abre, você olha com muita vontade de fugir”. Nisso, o trem foi parando na [estação da] Central do Brasil. Eu disse: “Olha, nós estamos na Central, eu não vou fazer nada para te impedir de fugir. Se você quiser, foge. Mas eu quero te avisar uma coisa. Eu já localizei a sua família em Paraty. E eles vêm te visitar essa semana que vai entrar, porque eu quero que você volte para a sua casa. Se você ficar aí na Central, vai dormir na calçada, vão abusar de você, você é uma moça bonita, você vai ter que pedir para comer, não sei se vão te dar comida ou não. Eu estou oferecendo essa outra oportunidade para você experimentar. A escolha vai ser sua”. Ela não fugiu. A família ficou muito contente de tê-la encontrado e ela foi para casa com eles.

Como foi esse processo de transição dos pacientes que saíram daquele manicômio?

A Prefeitura de Paracambi naquela época também fez por onde, fez acho que 21 casas de três quartos para acolher, cada casa dava para oito pessoas, e aí as pessoas podiam ter uma residência terapêutica. Eles eram acompanhados por um auxiliar de enfermagem e estagiários, tinham mesa para sentar, tinham uma cozinha para fazer uma comida mais especial. Foi garantido um benefício a eles, então podiam comprar o que quisessem. Isso foi mudando a mentalidade. Agora, o que também foi feito para mudar a mentalidade? Quando me chamaram nessa segunda vez [para organizar o fechamento da Dr. Eiras], eu falei: “Gente, as pessoas vão precisar sair dessas casas e andar na cidade, e vão ter que andar com liberdade, vão ter que ser vistas como nós, não como pessoas diferentes, capazes de atacar, ou enfermas”. É necessário trabalhar a cidade, trabalhar a população. Paracambi teve quatro cinemas, que não existiam mais. Então, nós decidimos fazer uma sessão de cinema, acho que uma vez por mês. Tinha uma curadoria, eram filmes brasileiros da melhor qualidade, porque muitos moradores não sabiam ler nem escrever. Esse projeto, chamado ‘Cinema na Praça’, foi bancado por um edital da Petrobras. Qual era a função do cinema? Era fazer a população sentar ao lado dos pacientes. Ia um ônibus buscar os pacientes da Dr. Eiras. É claro que, no início, a população assistiu ao filme lá de trás, em pé, num bar. Depois sentavam na última cadeira. E depois já passavam para frente e sentavam ao lado do paciente. Da metade do filme para lá, elas não lembravam mais que aquele que estava ao lado dela era paciente da Eiras. Houve uma pesquisa de opinião pública e a primeira pergunta era quantos eram a favor do fechamento da Eiras. Começou com quase 90% a favor de manter a Dr. Eiras, porque dava emprego. Depois foi diminuindo e, no final, 80% eram a favor do fechamento.

Mas não é possível um hospital psiquiátrico sem violação de direitos humanos? A Associação Brasileira de Psiquiatria, que defende a manutenção dessas estruturas, fala em tratamento humanizado nos hospitais psiquiátricos...

Não é necessário mais porque existe o **Centro de Atenção Psicossocial [CAPS]** com possibilidade de ter até oito ou dez leitos dentro. O trabalho tem que ser feito também fora do serviço, no território, na vizinhança, na casa do familiar. Por que ir para um hospital psiquiátrico, se tem serviços [que o substituem]? É preciso ter

mais CAPS 3 [modalidade que tem leitos], mas não é botar mais de dez leitos no CAPS e virar hospital psiquiátrico. E não precisa ser em todos os CAPS, você tem que ver qual é a região que tem uma demanda maior. Tem regiões em que a precariedade social é muito forte e, então, você tem que ter serviços que deem acolhimento, que trabalhem com aquela vizinhança, com aquele território, mudando mentalidades.

Diferente dos manicômios, os leitos dos CAPS 3 são temporários, certo?

São bastante temporários e têm que ser em um número muito pequeno, na minha opinião. Eles servem para que, no momento em que o vínculo familiar que [o paciente] tem não estiver propício para que a crise dele seja sustentada, ele possa ir ao CAPS e depois voltar, para que ele não apronte de noite sem que a família saiba lidar. Há momentos em que a família já não aguenta mais, às vezes tem outro paciente em casa, ou alguém está enfermo. Esse leito serve para que ele tenha um lugar de acolhimento num espaço onde já tem relações reconhecidas, vínculos afetivos, com psicólogo, médico, com as pessoas que trabalham lá. Porque o que faz [o paciente] aceitar medicação, por exemplo, é o vínculo afetivo. Então, não é para internar.

Mas, sobretudo, na população mais desassistida, muitas vezes as famílias têm dificuldade de dar conta desse acompanhamento e acabam 'desejando' a internação num manicômio, não?

Ficar um ou dois dias fora [num CAPS3], fazer trabalhos dentro da família ou no território [ajuda]. Mas não uma hospitalização num manicômio. Nem uma hospitalização de mais de dez dias. Muitas vezes a família fica desesperada porque a vizinhança não entende e não colabora. Eu tenho muito orgulho, por exemplo, do trabalho que o CAPS da Rocinha [favela localizada na zona sul do Rio de Janeiro] faz no território. Já levei equipe lá para fazer roda de conversa na calçada e no posto de saúde. Aquelas rodas de conversa iniciavam com muitas cadeiras vazias e de repente um morador passava por aquela calçada, parava para ouvir, daqui a pouco ele perguntava se podia sentar, chegava um outro, reconhecia alguém que estava sentado, sentava também, daqui a pouco estávamos todos discutindo o que é sofrimento psíquico. Tem que ter criatividade e disponibilidade para trabalhar com a população.

Quando eu fui coordenadora de saúde mental de Paraty [município do estado do Rio], chegamos a internação zero. Eu pedi que fossem criados só dois leitos na Santa Casa, para que quando estivesse fervendo na família, ele pudesse descansar naqueles leitos para depois retornar para casa. Uma família tinha me procurado dizendo que aquele paciente tinha que ser internado porque ele andava a noite inteira dentro da casa e não deixava ninguém dormir. Aí eu pedi para a Secretaria de Saúde pagar um plantão para um auxiliar de enfermagem dormir no quarto com aquele paciente. O paciente não andou, dormiu a noite toda. No dia seguinte a médica foi rever a medicação, não foi mais necessário.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) foram instituídos formalmente dez anos atrás, em 2011, pela portaria nº 3.088, como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Formados por equipe multiprofissional, os CAPS desenvolvem suas atividades principalmente em espaços coletivos, com uma concepção de cuidado que envolve a família e, sempre que possível, a comunidade, além do próprio usuário. Sua classificação em CAPS 1, 2 e 3 é, especialmente, uma segmentação de acordo com o número de habitantes dos municípios ou regiões, mas o CAPS 3 tem outras particularidades: funciona 24 horas e oferece leitos para permanência temporária, diferenciando-se inteiramente da lógica do encarceramento dos manicômios. A RAPS conta ainda com os chamados CAPS-AD, voltados para usuários com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.

Nessas situações, em que a família não consegue sustentar o cuidado, existe outra opção além dos leitos dos CAPS 3?

Existem as residências terapêuticas. Para quando a família não quer, em hipótese alguma, já está saturada, traumatizada... Porque também tem que se trabalhar com a família. Mas vamos dizer que há coisas que aconteceram de muitos anos, ou a família diminuiu e não dá para sustentar as crises, que podem ser periódicas ou não. Então, pode ser que a família não suporte essa relação, que já era difícil e a crise saturou. Existem residências terapêuticas, são residências de até oito pessoas, que podem ter três quartos ou mais, com cuidadoras. As pessoas podem sair. Muitas pessoas que eram extremamente regredidas, numa residência terapêutica melhoram seu quadro, seu dia a dia fica mais leve, têm menos brigas, menos conflitos. Elas têm mais liberdade, sentam numa mesa limpa, há residências em que até se discute o cardápio. Então, você, lentamente, vai inserindo a pessoa não só numa vida doméstica, mas num mundo mais social, num mundo melhor.

A Reforma Psiquiátrica, tal como foi pensada e está expressa na lei, se volta mais especificamente para esse espectro de pacientes mais graves, para os quais se costumava indicar internação, ou também tem aspectos que dizem respeito à saúde mental como um todo?

A Reforma Sanitária ampliou a atenção da saúde quando pensou no SUS [Sistema Único de Saúde]. Como [Sergio] Arouca fala na 8ª Conferência [Nacional de Saúde], a saúde também é alimentação, é trabalho. O que acontece é que a reforma vê que a saúde é tão ampla que oferece outras oportunidades: o sujeito não vai para um CAPS para ter uma relação mais fácil com a família, ele vai também para frequentar oficinas criativas, como a Nise [da Silveira, psiquiatra] fez no Museu [de Imagens do Inconsciente], por exemplo. Ele vai para dar expansão à sua criatividade, criar alguma coisa. Era um método que a Lygia Clark utilizava, como uma fronteira entre a arte e a clínica. Quando você cria, a Lygia dizia, inconscientemente, você está buscando soluções para

sua vida, não uma solução consciente, clara, não é tão objetivo, mas você está treinando o potencial criativo que todo homem tem. Então, é como se, inconscientemente, você fosse buscando soluções.

Passados 20 anos da lei da Reforma Psiquiátrica, e muito mais tempo ainda do movimento Manicômio Nunca Mais, na sua avaliação, os trabalhadores da saúde estão preparados para esse modelo novo de atenção à saúde mental? É essa formação que eles têm nas instituições de ensino?

Eu não sei como está a universidade agora. De um tempo para cá, com abertura de estágios, eu acho que isso melhorou bastante. Eu acho que tem que ter concurso, as pessoas, quando entram para um CAPS, têm que ser trabalhadas, entender o que é CAPS. Não são só o paciente e a família que têm que ser trabalhados, o profissional também. Ele tem que entender o que é uma oficina terapêutica. Porque não se trata só de terapia ocupacional, de ter uma ocupação, é o que eu te falei: é criar, é ter mil atividades que saem dos CAPS, que convidam para ir ao cinema, ter CAPS com refeitórios amplos... Acho que tem que discutir as doutrinas, mas eu não vejo ninguém debatendo sobre oficina em reuniões de equipe, por exemplo.

A lei nº 10.216, da Reforma Psiquiátrica, ficou 12 anos tramitando no Congresso. Imagino que ela tenha sido o consenso possível, que talvez houvesse demandas muito maiores do que aquelas que estão ali. Era um consenso?

Foi muito difícil para o [então deputado] Paulo Delgado (PT-MG) chegar até ali para colocar essa lei [para votação]. Porque havia um movimento muito forte de familiares que eram a favor dos manicômios, um movimento que era muito liderado por empresários da saúde, donos de instituições psiquiátricas. Então, foi muito difícil passar no Congresso. Foi a lei que era possível. Mas eu achei quase completa. Porque a lei não fala simplesmente para não botar no manicômio. Ela diz que tem que ter um tratamento de base comunitária. Que ele deve poder frequentar a comunidade, e isso deve ser dirigido, ter oficinas, grupos de família...

Você avalia positivamente o que foi possível na lei?

A lei foi muito bem feita, não teve nada que pudesse dizer que prejudicou, só somou. Teve criação de CAPS 3, que são CAPS com leitos, teve oferta de trabalhos em oficinas, como aconteceu em São Paulo logo no início. Foi de uma coragem incrível. O Paulo Delgado batalhou muito, todo o pessoal da luta antimanicomial também. Ela já vinha atrasada. O

Nise da Silveira foi uma médica psiquiatra reconhecida internacionalmente por ter 'revolucionado' o tratamento de pacientes de saúde mental no Brasil, muito antes de se ouvir falar em Reforma Psiquiátrica. Ainda na década de 1940, já recusava práticas terapêuticas como o eletrochoque, camisas de força e mesmo o encarceramento. Trabalhando com terapia ocupacional, desenvolveu tratamentos alternativos que incentivavam os pacientes com transtorno mental a se expressarem artisticamente, por meio de pinturas, por exemplo, e a interagirem com animais. O resultado das obras de arte produzidas pelos pacientes acompanhados por Nise da Silveira foi reunido no Museu de Imagens do Inconsciente.

20 anos da lei da Reforma Psiquiátrica: ameaças

O primeiro grande sinal público de que as mudanças trazidas pela Reforma Psiquiátrica estavam em risco foi provavelmente a nomeação de um ex-diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras para a coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde, em dezembro de 2015. A reação foi forte: entre outras ações, militantes do movimento antimanicomial ocuparam a sede do Ministério, em Brasília, durante 123 dias. Poucas semanas depois, ele foi exonerado. Mas outras ameaças nunca mais pararam de surgir. Em 2017, o Ministério propôs um pacote de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental que incluíam a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos, a transferência de recursos para comunidades terapêuticas (nesse caso, mais focadas nos pacientes com necessidades ligadas ao consumo de álcool e outras drogas) e a redução de serviços extra-hospitalares. Essas mudanças foram formalizadas na portaria 3.588, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que envolve representantes dos secretários municipais e estaduais de saúde, além do MS. Em 2018, o então ministro do desenvolvimento social, Osmar Terra aprovou no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) uma resolução que defendia a abstinência como tratamento para a dependência de drogas e apostava nas comunidades terapêuticas e associações religiosas em detrimento dos CAPS. No ano seguinte, a luta antimanicomial foi novamente mobilizada por uma nota técnica do Ministério da Saúde que apresentava "esclarecimentos" sobre a nova Política. Entre outras medidas, o texto autorizava que o SUS comprasse aparelhos de eletroconvulsoterapia, os famosos eletrochoques, e permitia a internação de crianças em hospitais psiquiátricos. No apagar das luzes de 2020, novo baque: veio a público um documento que teria sido construído pelo MS com a Associação Brasileira de Psiquiatria – historicamente crítica à Reforma – no âmbito do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass). Segundo o que foi vazado pela imprensa, tratava-se de um 'revogação', a suspensão de dezenas de portarias dessa área publicadas desde 1991 até 2004, além do programa 'De volta para casa'. O argumento era que essas medidas eram necessárias para efetivar a portaria 3.588, aprovada três anos antes. Com a repercussão, o debate do documento na CIT foi adiado e, até o fechamento desta edição da Poli, não tinha sido retomado. Em compensação, tinha acabado de assumir a coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde um psiquiatra que, na contramão de tudo que a Reforma instituiu, defende a terapia do eletrochoque.

EM MEIO À PANDEMIA, VAI TER NOVO ENSINO MÉDIO?

Por lei, a reforma deve ser implementada até 2022, mas fechamento das escolas e crise econômica agravada pela pandemia trazem dificuldades extras aos estados

Cátia Guimarães

Com tanta polêmica sobre a volta às aulas presenciais, as dificuldades do ensino remoto e outras novidades trazida pela pandemia, talvez você nem se lembre, mas o cronômetro continua ligado: o Brasil tem prazo para implementar um ‘novo ensino médio’, resultado da reforma aprovada pelo Congresso Nacional em 2017. Pois bem: estava quase terminando 2019 quando a reportagem da Revista Poli entrou em contato com pesquisadores e gestores para entender como andava a formulação dos novos currículos dos estados e da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica. A matéria foi capa da edição nº 68, publicizada em janeiro de 2020, com um retrato atualizado do que tinha sido feito em estados das cinco regiões brasileiras. Naquele momento, o texto pretendia ser um esboço também atualizado sobre o que ainda seria feito ao longo daquele ano letivo. E foi aí que veio a ‘novidade’: menos de dois meses depois, a pandemia de Covid-19 chegou ao país, com efeitos desastrosos sobre a educação.

É para entender o impacto dessas ‘pedras’ no caminho que, um ano depois, esta reportagem retoma o tema e volta ‘a campo’, para mapear o que progrediu, o que retrocedeu e o que simplesmente parou no processo de implantação do novo ensino médio. Para isso, entramos em contato com três gestores que já tinham sido entrevistados na matéria anterior e dois novos, de modo a fornecer um cenário mais amplo do que está acontecendo no país. “A pandemia atrasou tudo, inclusive a implementação da BNCC [Base Nacional Comum Curricular] do ensino fundamental. O ano passado foi absolutamente anormal e este ano vai continuar sendo”, lamenta Maria Helena Castro, presidente do Conselho Nacional de Educação (CNE), que completa: “Este é um ano para recuperar tudo que o aluno não aprendeu em 2020 e iniciar a implementação do currículo previsto para 2021. Então, há um problema diretamente relacionado à pandemia que dificulta muito. Você não faz a implementação de nenhuma reforma curricular sem um investimento forte em formação continuada de professores, em material didático de apoio. Agora, se os alunos não vão para a aula, se as escolas não têm materiais, como é que se vai fazer?”.

Os prazos se mantêm?

Para começar, não custa lembrar o cronograma oficial: a resolução nº 2 do CNE, de dezembro de 2017, estabelece que as mudanças relativas à BNCC do ensino médio deveriam ser executadas preferencialmente em 2019 e, no máximo, até o ano letivo de 2020. Mas o prazo com o qual os gestores e o próprio CNE estão contando é aquele definido na lei 13.415/17, segundo a qual a adequação à reforma deve se dar em até cinco anos após a sua aprovação, o que significa 2022. A resolução do Conselho também determina que o Ministério da Educação (MEC) deveria ter publicado um cronograma sobre as mudanças até o final de 2019, mas até o fechamento desta matéria, mais de um ano depois do prazo, isso ainda não tinha acontecido. Apesar disso, explica Maria Helena, os conselhos estaduais entendem que têm autonomia, o que justifica que novos currículos já estejam sendo avaliados e alguns já tenham inclusive sido aprovados pelos sistemas de ensino locais. “O MEC, a rigor, não é obrigado a publicar um cronograma, mas isso organiza o Brasil, é uma coisa importante do ponto de vista de evitar iniciativas de cada um para um lado, cada um de um jeito”, afirma a presidente do CNE.



Mas será que, diante do vendaval que a pandemia significou para as redes estaduais de educação, é realmente possível começar o novo ensino médio em 2022? Os estados estão tentando. A subsecretária de educação básica de Minas Gerais, Geniana Faria, diz ter a expectativa de que esse cronograma seja alterado, mas, enquanto não há sinalização nesse sentido, o estado vai fazendo o que é possível. Também a secretária de educação adjunta do Maranhão, Nadya Dutra, argumenta que a revisão do cronograma seria importante, em função do “cenário atípico em 2020”, e alega que, se for “mantida a perspectiva de 2022”, será preciso “reduzir as expectativas” em relação ao resultado. “Mas nós acreditamos numa reapetuação de prazos”, diz. Já o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Educação (Consed) confirma o cumprimento do calendário. “O Consed fez o levantamento de como estava o planejamento dos estados para as atividades do ensino médio. Nenhum estado, nenhum secretário, levantou a hipótese para que se reapetuassem esse cronograma”, garante o coordenador da Frente de Currículo e Ensino Médio do Consed e secretário de Santa Catarina, Natalino Uggioni. E completa: “Todos os estados apontaram se iriam ampliar o número de escolas em relação a 2020, aqueles que iriam manter e aqueles que iriam diminuir, mas sem mencionar uma possível reapetuação [de prazo]”.

No momento em que esta reportagem foi finalizada, cinco estados tinham seus currículos aprovados pelo respectivo conselho estadual de educação, incluindo o Mato Grosso do Sul, e apenas um – São Paulo – já tinha homologado o documento. Em Minas Gerais, o plano foi entregue ao conselho, mas ainda não tinha sido analisado. O Amazonas aguardava homologação do conselho, que deveria acontecer em março. O Paraná não tinha finalizado a redação da proposta, que ainda precisava entrar em consulta pública para apenas depois ser submetida à aprovação oficial, situação semelhante à do Maranhão. Para Monica Ribeiro, da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e integrante do Movimento Nacional em Defesa do Ensino Médio e da Rede de Pesquisa Nacional sobre Ensino Médio, que vem acompanhado a implementação da reforma, a manutenção do cronograma da reforma apesar da pandemia tem consequências diretas sobre a necessária participação de professores, estudantes e da comunidade como um todo na reformulação do currículo. Isso porque, em função da necessidade de distanciamento social, as consultas públicas estão sendo realizadas de forma *on line*, o que, na avaliação da pesquisadora, impossibilita o debate e reduz esse processo a uma pura formalidade.

Piloto à distância?

De todo modo, a “redução de expectativas” de que a secretária adjunta do Maranhão fala já se deu em relação ao processo que deveria acontecer em 2020. Quando foi entrevistada pela reportagem da Poli no final de 2019, Nadya contou que o estado tinha 50 escolas com projetos-piloto do novo ensino médio e que outras 35 seriam implantadas no início do próximo ano letivo. Primeiro, eles se deram conta de que as escolas profissionalizantes, que são de período integral e por isso foram elencadas como piloto, não poderiam ser contempladas com os recursos federais que estavam disponíveis, de acordo com as regras então estabelecidas pelo edital de financiamento lançado pelo MEC. Com isso, foram sete escolas a menos. Depois veio a pandemia e nenhuma ex-

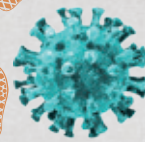
pansão foi possível. O resultado é que, das 85 escolas que deveriam ter funcionado como um laboratório para o novo ensino médio, o Maranhão entrou 2021 com apenas 43. Ela explica que, além disso, iniciativas que vinham sendo tomadas como uma espécie de ‘teste’, como a inserção no currículo de componentes de ‘projeto de vida’ e protagonismo do jovem, pela própria “abordagem” proposta, requerem momentos presenciais, que a pandemia impossibilitou.

Embora já tivessem 52 escolas trabalhando com “alguma coisa da proposta do novo ensino médio”, como caracteriza Roni Miranda, diretor do departamento de educação do estado, o Paraná sentiu menos o impacto da pandemia porque, lá, em função de mudanças na gestão da secretaria de educação, já estava decidido que a reforma só começaria mesmo a ser implementada em 2022. “Você pode me questionar: mas por que não começou em 2020? Sem querer foi uma decisão acertada porque veio a pandemia”, diz Miranda. O maior prejuízo causado pela crise sanitária nesse processo, segundo ele, foi o comprometimento das discussões com o conselho estadual de educação. E essa é praticamente uma regra geral: não só os debates prévios mas tudo que dependia da apreciação e aprovação dos conselhos estaduais foi impactado pela pandemia, até porque eles precisaram se ocupar de um conjunto de regulações referente ao ensino remoto e outras estratégias diante do fechamento das escolas.

Mesmo o Mato Grosso do Sul, que estava adiantado no processo – já ampliou a carga horária de cerca de um terço da rede e inseriu disciplinas eletivas no currículo como uma forma de ensaio –, enfrentou dificuldades. “A gente tinha uma expectativa muito grande de que em 2021 conseguiria iniciar o currículo de referência da Base do ensino médio. Mas a gente não vai conseguir, porque tudo foi afetado pela pandemia. Atrasou a aprovação do documento, a própria escrita foi impactada e agora propriamente a implementação desse documento na rede”, conta Helio Queiroz, superintendente de educação do estado, destacando que ainda é preciso realizar a formação dos professores. Segundo ele, portanto, a “implementação efetiva” do novo currículo ocorrerá a partir de 2022.

O cronograma inicial local também precisou ser revisto no Amazonas, que tem sofrido sucessivos efeitos da crise sanitária. Segundo o secretário de educação adjunto, ainda em 2020 foi criado um comitê de implementação do novo currículo e foram realizados diagnósticos da rede levando em conta as ‘novidades’ trazidas pela pandemia. “Inicialmente, estava prevista a implementação com as turmas de 1ª série do ensino médio. Agora, com esta nova situação, ainda não está definido se em 2022 o início será somente com as 1ª séries ou com a rede completa”, explica Raimundo Barradas, ressaltando que todas as ações previstas “dependem do contexto de evolução da pandemia”.

Em Minas Gerais, Geniana Faria conta que, já em 2019, algumas escolas de tempo integral estavam “na perspectiva” de se tornarem piloto para o novo ensino médio. Mas a ideia era ampliar significativamente essa lista em 2020 e 2021 para que, em 2022, de fato se pudesse implementar as mudanças em todas as instituições da rede. “As escolas-piloto continuaram, mas a pandemia não nos ajudou com todo o processo”, lamenta. A gestora explica que, além das





Escolas fechadas ou com pouco movimento durante a pandemia foram um obstáculo aos projetos-piloto do novo ensino médio

questões pedagógicas, a experiência com as escolas-piloto deveria ajudar a identificar todos os “gargalos” logísticos e financeiros. “Infelizmente, nós não conseguimos isso em 2020 e, possivelmente, não conseguiremos em 2021”, diz. Ela alerta que, como lá o cadastro escolar de novos alunos se dá entre setembro e outubro, até o início do segundo semestre o estado precisa ter o “desenho” das mudanças no sistema de transporte e alimentação, além da organização e distribuição dos professores, parcerias com outras instituições para oferta dos itinerários formativos, entre outros aspectos. “Nós não conseguimos efetivar de forma plena nem a logística nem a organização pedagógica, porque a gente limitou muito as escolhas dos estudantes diante desse cenário [de pandemia]”, resume Geniana.

Crise econômica

No que diz respeito à logística necessária para as mudanças – e ao custo que isso vai significar –, o superintendente de educação do Mato Grosso do Sul lembra que a pandemia não foi a única novidade de 2020: a troca de prefeitos também impactou o processo. “Para ampliar a carga horária de qualquer escola nossa em que parte dos alunos depende de transporte escolar, eu preciso sentar com a prefeitura antes. Por isso a dificuldade de ampliar na rede toda. Eu não poderia combinar com os prefeitos que estavam saindo, em 2020. Então, agora, em 2021, quando tem uma leva de prefeitos novos, a gente tem que iniciar todo um diálogo com eles para explicar: ‘a reforma do ensino médio previu a expansão da carga horária, o estudante vai sair 12h30 e aquele aluno seu que sai às 11:30h vai ter que esperar o nosso estudante. Você topa?’”, ilustra Hélio. E completa: “Os prefeitos estão pegando as prefeituras bem fragilizadas economicamente e eu vou ter que chegar para eles e dizer que vão ter mais uma conta a partir do ano que vem”. Sobre isso, uma medida que o Mato Grosso do Sul já está tomando é centralizar os alunos que dependem de transporte nas mesmas escolas, de modo a reduzir o trajeto dos ônibus. “Porque é mais fácil negociar com o prefeito quando a linha é menor, em vez de o ônibus correr o município inteiro”, diz, exemplificando: “Na divisa com o Paraguai, tem escola que é atendida por 76 ônibus. Imagina o custo disso para uma prefeitura!”.

Se tem algo que absolutamente não mudou nesse um ano de intervalo entre a reportagem anterior e esta, foi a preocupação dos gestores com o quanto essas mudanças vão pesar no caixa dos governos. Aliás, mudou sim: com a pandemia, a queda de arrecadação tributária e os gastos extras impostos aos estados agravou a crise econômica que vinha de muito antes. “A questão orçamentária, sem dúvida, impactou e impactará a implementação do novo ensino médio diante do quadro pandêmico associado às especificidades geográficas do Amazonas”, diz o secretário adjunto do estado que neste momento mais sofre com a pandemia. “Com certeza, a questão econômica tem impacto imediato”, concorda Roni Miranda, do Paraná, destacando o aumento da carga horária como o fator mais oneroso, que demanda não só a contratação de pessoal como se reflete também no aumento de gasto de energia elétrica, água, telefone e outros fatores necessários para o funcionamento das escolas. “Mesmo com a queda de arrecadação, eu tenho que ampliar a oferta de carga horária, [fazer] maior contratação de professores com o mesmo orçamento”, resume, dizendo que o otimismo fica por conta da aprovação do novo Fundeb, o Fundo Nacional de Manutenção da Educação Básica e Valorização dos Profissionais da Educação, que deve ter mais recursos este ano, abrangendo mais estados, além de ser distribuído também diretamente para municípios mais pobres. A gestora de Minas, por outro lado, diz que, por lá, o Fundeb não terá “grande impacto” para contornar a crise.

Prevenido uma dificuldade generalizada para praticamente todos os estados, Helio – do Mato Grosso do Sul, onde uma comissão interna está calculando esse custo total – chama atenção ainda para o fato de que iniciativas federais que subsidiam custos que serão ampliados pelo novo ensino médio, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae), não tiveram seus valores alterados. “A gente tem que se virar com o mesmo valor”, diz e completa: “A pandemia agravou [a crise orçamentária] e não vimos nada do governo federal [que indicasse] algum tipo de suporte diferenciado. Não houve diálogo nesse sentido de quanto eles poderiam contribuir com a gente na implementação do médio com base nos impactos da própria pandemia, incluindo a redução da arrecadação [tributária dos estados]”, aponta. E ele comenta ainda o desafio – pedagógico e financeiro – de seguir as regras nacionais sem desconsiderar as especificidades regionais. Um exemplo, diz, é que a reforma estabeleceu o inglês como única língua estrangeira obrigatória no currículo, o que se tornou um problema num estado que tem limite com vários países que falam espanhol, onde, segundo ele, até para trabalhar no comércio o estudante precisa conhecer esse idioma. “Como eu contornei isso? Eu tenho que adaptar a minha matriz, ampliar carga horária, gerar custo a mais para garantir que o espanhol seja trabalhado nas escolas de fronteira, por exemplo”, relata.

Também o sudeste não escapou dos efeitos da crise. “Minas Gerais já tinha uma situação financeira bastante complexa e isso se agrava muito com a pandemia. Por isso a nossa tentativa sempre de buscar parcerias [para oferta dos itinerários formativos], porque tem questões como, por exemplo, a montagem de laboratórios que, para nós, é um movimento extremamente difícil e a gente sabe o quanto é importante para implementar o processo”, diz Geniana.

Como andam os novos currículos

“Parceria” é, de fato, a palavra que praticamente todos os gestores mencionam quando explicam a organização proposta para o novo ensino médio. E o ‘objeto’ principal dessa busca de outras instituições é o itinerário da formação profissional, que se tornou uma das opções dos estudantes desse segmento – e que, de acordo com Geniana, de Minas Gerais, preocupa muito os gestores porque demanda mais recursos. Lá, de acordo com ela, a gestão está conversando também com o Sistema S mas o “diálogo mais avançado” está se dando com os institutos federais do estado, que são instituições públicas que já recebem estudantes da rede.

No Mato Grosso do Sul, um caminho tem sido priorizar ‘parcerias’ dentro da própria rede, utilizando, por exemplo, os centros de educação profissional do estado para a oferta de componentes do itinerário cinco para estudantes de várias escolas. Além disso, o estado conta com escolas de ensino médio que participaram do programa Brasil Profissionalizado, pelo qual o governo federal financiava a realização de cursos técnicos nas redes estaduais – agora, na reforma, essas instituições serão priorizadas na oferta desse itinerário. Quando for necessário estabelecer convênios que “extrapolem a rede”, de acordo com Helio, preferencialmente isso se dará com universidades públicas. “Tem o benefício de você potencializar o próprio estágio acadêmico, recebendo estudante na universidade para desenvolver o trabalho de licenciatura”, explica. O gestor, que também é presidente do conselho estadual de educação do Mato Grosso do Sul, lembra, no entanto, que cabe aos conselhos definir como e com quais instituições esses convênios poderão acontecer.

No Paraná, embora o novo currículo ainda não esteja pronto, as opções tomadas agora, ainda no ‘velho’ ensino médio, podem ser uma pista das possibilidades futuras. Independentemente da reforma, é prioridade da gestão, de acordo com Roni Miranda, dobrar o número de alunos em cursos de educação profissional até o final do ano que vem – hoje são 70 mil no estado, segundo ele. “Sobre o quinto itinerário, a gente vai ter que dialogar. Se eu quero ampliar, vou ter que dialogar com os parceiros, vou ter que ser mais flexível na oferta desse ensino profissional”, defende, explicando que o órgão de controle do estado desaconselhou qualquer convênio direto, mesmo com instituições públicas, e orientou que fosse feita uma licitação para oferta desse segmento educacional. A vencedora foi uma universidade privada, que será então contratada para oferecer curso técnico no contraturno aos estudantes do ensino médio do Paraná. Como a licitação foi feita com número de vagas e período de oferta definidos, segundo Miranda ela não vale ainda para o currículo do novo ensino médio. Para o momento pós-implementação da reforma, a essa solução pode se agregar a parceria com o instituto federal, além da oferta nas escolas da rede que já têm ensino profissionalizante. “A gente não descarta nenhum cenário”, diz, ressaltando que a prioridade é oferecer o itinerário cinco no maior número possível de escolas.

Um “exercício” que Helio garante que será feito este ano no Mato Grosso do Sul é a formação dos professores para o planejamento conjunto das aulas. Isso porque o novo ensino médio coloca ênfase nas áreas de conhecimento, o que muda a organização do trabalho do professor mesmo nas redes que, como a do estado do centro-oeste, decidiram não abrir mão das dis-

ciplinas. “Eu poderia suprimir história, geografia, sociologia e filosofia e juntar numa grande área chamada ciências humanas, desde que atendesse ao que está previsto na BNCC. Mas a gente não optou por isso aqui. A gente não vai suprimir componente curricular. Mas a gente tem que induzir que o planejamento dos professores seja por área do conhecimento. Precisa exercitar com os professores de geografia, história, filosofia e sociologia como é planejar em conjunto para que a execução dessa área seja harmônica”, exemplifica. E completa: “A gente não quer que o professor perca sua identidade enquanto especialista daquele componente. Nós queremos sim que, além de ser um especialista, ele seja capaz de integrar com outros componentes da sua mesma área e para além dela”.

Geniana também destaca a preparação dos professores como um desafio, já que, formados em licenciaturas por disciplinas, eles não estão preparados para trabalhar por área de conhecimento. A isso, na avaliação da gestora de Minas Gerais, soma-se a falta de orientação do governo federal sobre elementos que são da sua responsabilidade, como a definição do formato do Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb), que gera as ‘notas’ das escolas no Ideb, o índice de desenvolvimento da educação básica, e a falta de desenho do novo Enem. “Dependendo do que o governo federal disser, impacta profundamente o nosso trabalho”, diz.

Segundo Maria Helena, neste momento o CNE defende que o novo Enem seja aplicado já em 2024. Mas ela pondera: “Ainda não é possível prever como será de fato 2021. Qualquer decisão sobre a implantação do novo Enem deve se pautar pelo bom senso com base na realidade. Vamos aguardar. Se os estados não conseguirem começar a implantação em 2022, o novo Enem deve ser adiado para 2025”. O MEC não respondeu às questões enviadas pela reportagem por email, via assessoria de imprensa.

Reformar com o ‘carro andando’

A pandemia instituiu também uma variedade de cenários na educação brasileira. Com soluções diversas, adequadas ao seu ‘público’, à disponibilidade de acesso e ao ‘caixa’ de cada governo, os estados foram encontrando suas próprias alternativas para dar conta do ano letivo de 2020. Uma simples olhada no site criado pelo Consed para acompanhar as decisões das redes estaduais em meio à pandemia não deixa dúvidas sobre a diversidade e a desigualdade de situações dos estados: há quem retome as aulas presenciais já agora no início de 2021 (como Espírito Santo e Santa Catarina, entre outros) e quem ainda continue por um tempo com ensino remoto (como Acre e Piauí); nessa modalidade, há o uso das mais diversas tecnologias; sem contar que nem todos concluíram o ano letivo de 2020 junto com o fim do ano civil, o que pode ‘empurrar’ conteúdos pedagógicos para 2021 – e como a situação da pandemia este ano ainda é uma incógnita, variando de acordo com o local, não se sabe se esse processo pode invadir 2022.

Na avaliação de Monica Ribeiro, esse cenário aponta o risco de a crise sanitária ampliar problemas que ela, que se diz muito crítica à reforma, já identificava desde muito antes da pandemia. “Se a reforma já tendia a agravar desigualdades regionais e entre as escolas, o contexto pandêmico agrega mais ainda fatores que são produtores de desigualdades escolares. E com certeza isso não está sendo considerado nas propostas que estão em andamento”, alerta. ○

O complexo por trás da campanha

Vacinação nacional expõe desafios do Brasil na produção de equipamentos e insumos farmacêuticos

Maíra Mathias

Passaram-se poucos minutos entre as autorizações para uso emergencial das vacinas CoronaVac e AstraZeneca e a aplicação da primeira dose de um imunizante contra o novo coronavírus no Brasil. A imagem da enfermeira Mônica Calazans sendo vacinada no Hospital das Clínicas, em São Paulo, emocionou o país, e ampliou as expectativas para o começo da campanha nacional de vacinação. Os próximos dias, no entanto, foram dominados por incertezas à medida que a população entendia que, para acelerar a imunização, precisaríamos de doses e ingredientes farmacêuticos que estavam longe, na Índia e na China.

Não era a primeira vez que a sombra da escassez pairava sobre a vacinação contra o SARS-CoV-2. No último dia de 2020, estourou a crise das seringas e agulhas, que mobilizaria atenções no início de janeiro. Uma licitação aberta pelo Ministério da Saúde para comprar 331 milhões de itens acabou arrematando 7,9 milhões.

Tudo isso serviu para expor mais didaticamente do que nunca que, para tirar uma campanha nacional de vacinação do papel, é necessário um conjunto de produtos – que, por sua vez, são fabricados por empresas, a partir de matérias-primas e componentes que podem ser importados. E que tudo isso se agrava num momento em que o resto do mundo está atrás das mesmas coisas.

“Temos um problema conjuntural derivado da crise sanitária global e da falta de planejamento e coordenação na esfera federal, mas também temos um problema estrutural de dependência tecnológica no Brasil”, resume Julia Paranhos, professora do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e coordenadora do grupo de pesquisa ‘Economia da Inovação’.

“Em 2020, a importação de matérias-primas, produtos e tecnologias da saúde atingiu 20 bilhões de dólares – o equivalente ao orçamento inteiro do Ministério da Saúde”, situa Carlos Gadelha, coordenador das ações de prospecção da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), citando levantamento próprio, feito com base em dados do Ministério da Economia. Desse total, 12 bilhões de dólares corresponderam à compra de insumos, medicamentos e vacinas.

Três letrinhas roubam a cena

O IFA, sigla para insumo farmacêutico ativo, é o componente responsável por gerar a resposta imunológica em medicamentos e vacinas. De acordo com o mesmo levantamento da Coordenação de Ações de Prospecção da Fiocruz, produzimos por aqui apenas 5% dos ingredientes necessários para atender às demandas nacionais, importando o restante. Por enquanto, essa também é a realidade dos imunizantes que compõem o cardápio da campanha de vacinação contra a Covid-19.

No caso da CoronaVac – vacina desenvolvida pela empresa chinesa Sinovac que, no Brasil, tem acordo com o Instituto Butantan –, o IFA é o coronavírus inativado. Por enquanto, esse ingrediente é importado da própria Sinovac, cabendo ao Butantan diluí-lo para, em seguida, envasar a vacina. O acordo firmado entre o instituto e a empresa, contudo, prevê a transferência de tecnologia para que o IFA seja fabricado aqui.

Mas, hoje, o Butantan não dispõe da infraestrutura necessária para essa produção. Isso será solucionado em breve: uma fábrica dedicada à CoronaVac começou a ser construída em novembro passado e a previsão é que fique pronta em setembro deste ano. Enquanto a obra não termina, o cumprimento do cronograma acorda-

do entre o centenário instituto, vinculado ao governo de São Paulo, e o Ministério da Saúde, depende da regularidade no envio do IFA da China. O contrato prevê a entrega de 100 milhões de doses ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) até agosto.

Essa também é a situação da AZD1222, nome oficial da vacina desenvolvida pela Universidade de Oxford e pela farmacêutica AstraZeneca que, por aqui, tem acordo com a Fiocruz para a produção de 210,4 milhões de doses este ano. A matéria-prima do imunizante é um vírus de resfriado humano (adenovírus) enfraquecido e geneticamente modificado para ensinar nosso sistema imunológico a reconhecer o SARS-CoV-2.

Quem produz o IFA utilizado pela Fiocruz é o laboratório chinês Wuxi Biologics. Isso porque o contrato firmado com a AstraZeneca em setembro é de encomenda tecnológica, que prevê que a fundação faça o processamento final, que envolve formulação, envase, embalagem e rotulagem do produto. O compartilhamento dos conhecimentos necessários para a fabricação do IFA é objeto de outro contrato, de transferência tecnológica, que até o fechamento desta edição ainda estava em andamento. De qualquer forma, a unidade pro-

duto de imunobiológicos da fundação, Bio-Manguinhos, já prepara sua infraestrutura para a fabricação própria do IFA.

Por conta do atual quadro de dependência em relação a esses ingredientes, o mês de janeiro foi marcado por expectativas – e também questionamentos de ordem diplomática. Trâmites burocráticos, como a emissão da licença de exportação, justificaram atraso na remessa dos ingredientes ativos necessários à fabricação das duas vacinas. As cargas ficaram algumas semanas retidas na China, e à certa altura até parlamentares brasileiros resolveram entrar em campo para tentar acelerar a liberação. Ministros de pastas-chave na relação com o país, como Agricultura e Comunicações, também foram escalados para lidar com o problema.

A demora não chegou a alterar o cronograma de entrega do Butantan ao PNI, já que o instituto vinha recebendo lotes do ingrediente ativo – e também doses prontas da CoronaVac – desde novembro. No caso da Fiocruz, o primeiro lote do IFA – suficiente para a produção de 2,8 milhões de doses – só chegou ao Brasil no dia 6 de fevereiro, e o prazo para entrega ao PNI passou a ser março.

Em paralelo, o governo federal adquiriu dois milhões de doses do Instituto Serum, sediado na Índia. Maior fabricante de vacinas do mundo, a empresa já tinha acordo com a AstraZeneca de transferência de tecnologia para a produção do IFA. Foi esse lote que garantiu que as primeiras doses da vacina de Oxford fossem aplicadas por aqui.

Resultado: a campanha nacional de vacinação começou oficialmente no dia 18 de janeiro a partir da distribuição de seis milhões de doses da CoronaVac que vieram prontas da China. No dia 22, o Instituto Butantan concluiu a produção de mais 4,1 milhões com parte do IFA que já tinha. E, no dia 23, as duas milhões de doses fabricadas no Serum reforçaram os estoques, num total de 12,1 milhões de doses disponibilizadas em janeiro. Ambos os imunizantes serão aplicados com reforço de uma segunda dose.

A quarta edição do Plano Nacional de Operacionalização da Vacina contra a Covid-19, lançada em meados de fevereiro, prevê a imunização de 77,2 milhões de pessoas pertencentes a 29 grupos prioritários em 2021. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o país tem 212 milhões de habitantes.

Vacina “perdeu ingenuidade”

Por trás dessa sequência de fatos e números, existem um conceito e um histórico que ajudam a explicar as dificuldades deste início de campanha. O conceito já apareceu nas páginas da edição nº 71 da Poli, quando o debate público estava mobilizado pela falta de ventiladores mecânicos, equipamentos de proteção individual e reagentes usados nos testes para detecção do novo coronavírus. Trata-se do complexo econômico-industrial da saúde (CEIS), um conjunto interligado de bens e serviços que estão na base do funcionamento dos sistemas de saúde.

Entender o complexo é parecido com aplicar o recurso cinematográfico do *flashback*. Vamos supor que estamos assistindo à cena de uma pessoa sendo vacinada. O que tornou possível essa ação de saúde preventiva? Para começo de conversa, a pesquisa e desenvolvimento do imunizante, sua produção e distribuição em larga escala... “Essa parte corresponderia ao subsistema de base química e biotecnológica, que tem na indústria farmacêutica sua liderança”, explica Carlos Gadelha. O segundo subsistema é o de base mecânica e eletrônica, e nele estão inseridas as empresas que produzem equipamentos e materiais: frascos, seringas, refrigeradores para conservar as vacinas e, inclusive, máquinas usadas na produção desses imunobiológicos.

“Os serviços prestados à população, como diagnóstico, atenção básica e tratamento hospitalar, estão reunidos em um terceiro subsistema, movido pelas chamadas tecnologias do cuidado”, continua ele – que, junto com um grupo de outros pesquisadores, vem defendendo a introdução de um quarto subsistema que dê conta da indústria 4.0. Ou seja, serviços ligados à informação e conectividade, como inteligência artificial e manejo de gigantescos bancos de dados. “O grande pilar da concepção do complexo é que a saúde constitui um sistema produtivo altamente intensivo em conhecimento, crítico para o Sistema Único de Saúde e para a soberania nacional”, explica Gadelha.



E não é preciso ir muito longe para ver como um dos braços mais conhecidos desse complexo – a indústria farmacêutica – atravessa não só o Brasil e o SUS, mas outros países e sistemas de saúde. Nas últimas décadas, houve um intenso processo de aquisições e fusões, que deixou poucas e grandes empresas na liderança desse setor. Na seara das vacinas, o afunilamento foi ainda maior, com quatro grupos econômicos de matriz norte-americana e europeia concentrando 90% do mercado: Glaxo SmithKline (GSK), Merck, Pfizer e Sanofi.

Hoje, as vacinas respondem pelo quinto maior faturamento de produtos da área farmacêutica. E, nos cálculos de Carlos Gadelha, com a pandemia devem ser catapultadas ao segundo nicho mais lucrativo, atrás apenas dos produtos oncológicos. O faturamento do mercado como um todo é de cerca de 1 trilhão de dólares, com medicamentos contra câncer respondendo por 150 bilhões desse montante. Calculando por baixo o preço das 8,6 bilhões de doses de imunizantes contra o novo coronavírus prometidas para 2021 no mundo, o pesquisador projeta um faturamento adicional de 40 bilhões de dólares para as vacinas, num total de 80 bi. “A vacina perdeu a ingenuidade, é um grande negócio e fator-chave na geopolítica da inovação”, analisa ele.

Esse fenômeno criou distorções que têm custado caro aos sistemas nacionais de saúde e descolado os esforços de inovação das necessidades da maior parte da população mundial. Hoje, 80% das receitas globais de vendas de imunizantes vêm de países ricos, embora essas nações só representem 20% do volume anual de doses fornecidas no mundo. A explicação? Eles têm condições de implementar vacinas de ponta – caras – e isso influencia também as apostas das empresas, deixando a inovação mais longe de doenças que atingem mais as populações vulneráveis.

As farmacêuticas líderes ficam com as duas principais pontas da cadeia global de valor: pesquisa & desenvolvimento e marca – o que se traduz em patentes e domínio de mercado. “Para fazer o que vou chamar de ‘meião’, elas vão contratando ou terceirizando serviços. Fica mais fácil de entender se a gente lembrar o que acontece com a Apple. O iPhone não é fabricado pela Apple, mas por empresas de manufatura. Acontece que a tecnologia e o mercado são da Apple”, compara Gadelha.

Também nas últimas décadas, houve desconcentração da atividade fabril, que migrou dos EUA e da Europa para outros lugares. No caso da saúde, principalmente para dois países que não saem do noticiário das vacinas: Índia e China. Segundo um relatório da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), 37% dos ingredientes farmacêuticos ativos usados no Brasil vêm da Índia, e 35% da China.

“Hoje a maior parte dos fabricantes de IFA estão na China e na Índia, mas é importante entender que há todo um controle por parte das farmacêuticas líderes também da cadeia de IFAs”, observa Felipe Carvalho, coordenador da Campanha de Acesso a Medicamentos da organização não-governamental Médicos sem Fronteiras no Brasil. Isso porque essas empresas detêm as patentes dos ingredientes ativos e podem organizar sua cadeia global de produção da forma como quiserem. “A multinacional dá autorização para um único fabricante produzir aquele ingrediente, ao invés de vários. Ou define para quem a terceirizada pode vender”, explica.

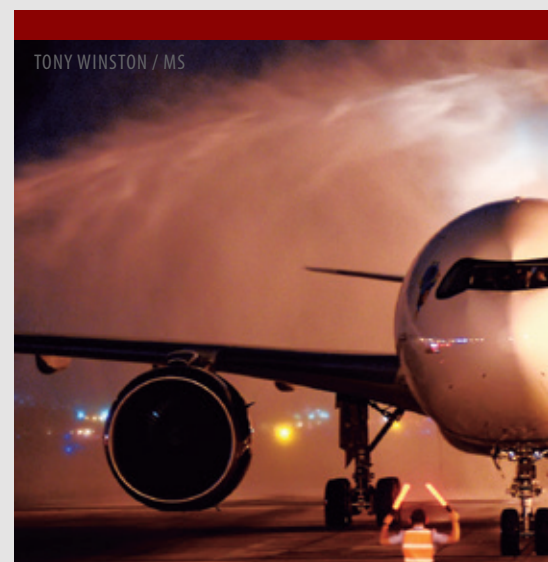
Mesmo que as empresas chinesas e indianas que prestam serviços para as líderes não fiquem com a fatia mais lucrativa do mercado, sua existência diz muito sobre como esses países souberam aproveitar as brechas do sistema. É da economista Julia Paranhos um exemplo que ilustra bem isso.

No âmbito global, cabe à Organização Mundial do Comércio (OMC) arbitrar disputas comerciais entre empresas e países. Na década de 1990, o organismo negociou a adoção de um acordo sobre propriedade intelectual que ficou conhecido pela sigla em inglês: TRIPS. Foi combinado que os países ricos, históricos apoiadores desse acordo que fortalece regras sobre patentes, teriam um período de transição de um ano, e os países em desenvolvimento e nações pobres mais tempo para se adaptar. O Brasil abriu mão disso e, em 1996, aderiu ao TRIPS junto com os países que sediam as grandes farmacêuticas, maiores detentoras das patentes e, por isso, muito beneficiadas pelo TRIPS. “Já a Índia apro-

veitou os dez anos de transição e, durante esse período, investiu no fortalecimento da indústria local, não só na produção, mas também na pesquisa – e na interação entre essas duas pontas”, compara ela.

Por aqui, os anos 1990 foram de desestruturização da indústria em várias frentes: equipamentos, farmoquímica, farmacêutica... Com o fim da política de substituição das importações, em vigor entre as décadas de 1950 e 80, e que tanto dava estímulo à produção local quanto aplicava tarifas altas para produtos fabricados lá fora, empresas fecharam as portas. A professora da UFRJ ressalta que, a partir de 2003, houve políticas voltadas ao fortalecimento da indústria nacional, mas em áreas como a farmoquímica a reversão da tendência de importações não foi possível. Dados da Secretaria de Comércio Exterior do Ministério da Economia compilados pelo grupo de pesquisa que ela coordena revelam que, entre 2003 e 2019, o país mais que dobrou seu déficit comercial em relação aos IFAs, indo de 700 milhões de dólares para 1,8 bilhão.

Ao mesmo tempo, o Brasil dispõe de vantagens no segmento das vacinas. Na esteira da criação do PNI, em 1973, veio o fortalecimento do controle de qualidade dos imunizantes que iriam parar nos braços da população. Com isso, a maior produtora de imunobiológicos do país, uma multinacional chamada Sintex, resolveu encerrar suas atividades depois de ter linhas de produção fechadas. Diante dessa crise, o governo federal estimulou a produção nacional, investindo em instituições públicas centenárias – Butantan e Fiocruz – e outros laboratórios estatais. Como



TONY WINSTON / MS

resultado dessa aposta feita em 1985, a maior parte das doses adquiridas pelo PNI passou a vir desses produtores públicos. Nos últimos dez anos, Fiocruz e Butantan foram responsáveis por mais da metade do estoque do programa.

Isso não quer dizer que o país domine todas as pontas da cadeia de produção, mas que encontra portas no mercado farmacêutico que estão fechadas a outras nações, seja porque dispõe de infraestrutura e conhecimento técnico, seja porque tem um comprador poderoso, o PNI, que responde por 90% da demanda por vacinas humanas no país, e que já adquiria, anualmente, por volta de 300 milhões de doses de imunizantes diversos antes da pandemia. É nesse contexto que se situam as estratégias de transferência de tecnologia entre farmacêuticas e laboratórios públicos – caso também da CoronaVac e da vacina Oxford/AstraZeneca.

“A gente está no jogo. Não saímos até agora, mas temos risco de sair no futuro. Para evitar isso, essas parcerias são fundamentais porque entram nas vacinas de última geração, de base genética, como é a de Oxford/AstraZeneca”, defende Carlos Gadelha, fazendo referência aos processos usados para desenvolver vacinas, as chamadas plataformas tecnológicas, algumas das quais estão sendo usadas pela primeira vez em produtos registrados contra a Covid-19. Esse também é o caso das vacinas de RNA mensageiro, das farmacêuticas Moderna e Pfizer/BioNTech. Apesar de terem oferecido seus imunizantes ao governo federal, essas empresas não toparam assinar acordos de transferência de tecnologia.

“No caso das vacinas, não só a fórmula é patenteada. Os ingredientes ativos são patenteados e muitas vezes as plataformas tecnológicas, também. Isso dificulta a vida de grupos de pesquisa e mesmo de outras empresas que poderiam desenvolver imunizantes com as mesmas plataformas. Normalmente são alvo de litígio ou bloqueio”, pondera Felipe Carvalho.

Em meio à maior crise sanitária em um século, ONGs, entidades e pesquisadores vêm defendendo, desde o início da pandemia, que esse problema seja solucionado. Em outubro, o debate ganhou tração a partir de uma proposta da Índia e da África do Sul, hoje encampada por cerca de cem países. Com ela, laboratórios em todo o mundo poderiam fabricar imunizantes contra a Covid-19, por preços mais baixos e num volume que daria conta de acelerar as campanhas de imunização. Para isso, essa proposta invoca as chamadas “flexibilidades do TRIPS”, introduzidas em 2001, na esteira de outra grande crise de saúde pública: a epidemia de HIV-Aids. Na época, foram aprovadas mudanças que permitiram a fabricação e importação de medicamentos genéricos ou biossimilares para o tratamento do HIV.

A discussão acontece na Organização Mundial do Comércio, onde encontra resistência dos países que sediam as grandes empresas farmacêuticas, como Estados Unidos e Suíça, que argumentam que não haveria laboratórios com capacidade para produzir as vacinas e matéria-prima suficiente nos países em desenvolvimento, mesmo que as patentes estivessem livres.

Na última reunião sobre o assunto, no início de fevereiro, a África do Sul rebateu esses argumentos, dizendo que há capacidade científica e técnica e que a escassez de vacinas é também resultado de uso inapropriado de proteção da propriedade intelectual. “Os países estão começando a questionar mais como estão montadas as cadeias de produção de medicamentos e vacinas, onde tem excesso, onde tem abuso, onde tem controle excessivo das multinacionais e quais as consequências disso”, observa Carvalho, que faz parte do grupo da sociedade civil brasileira que acompanha as discussões da OMC de perto.

Além da vacina

Mas são necessários muitos outros produtos para que as vacinas cheguem aos braços dos brasileiros. Sem eles, não dá para tocar a campanha. E a crise das seringas e agulhas ilustra bem isso. Em dezembro, o Ministério da Saúde abriu um pregão para se abastecer desses produtos. A compra, contudo, fracassou: foi adquirido apenas 2,4% do total pretendido. O governo federal culpou o preço.

A pasta pedia 13 centavos por seringa; as companhias queriam entre 22 e 48 centavos, argumentando que os preços foram influenciados pelo choque de demanda mundial e pela alta do dólar. O polipropileno, plástico com que são feitas as seringas, teria aumentado 40%, com a tonelada indo de 1,1 mil dólares em junho passado para 1,56 mil no início de 2021. No dia 6 de janeiro, o presidente Jair Bolsonaro chegou a anunciar que as compras seriam suspensas até que os valores voltassem “ao normal”.

Nesse mesmo dia, o imposto de importação de agulhas e seringas, que era de 16%, foi zerado. A decisão, aprovada durante uma reunião extraordinária do comitê-executivo da Câmara de Comércio Exterior (Camex), órgão ligado ao Ministério da Economia, vale até 30 de junho.

Outra medida tomada pelo governo federal foi a requisição administrativa. No mesmo dia do pregão fracassado, o Ministério da Saúde enviou ofício às fabricantes brasileiras, pedindo que 30 milhões de kits de agulhas e seringas fossem disponibilizados até 8 de janeiro. A ação está prevista na Constituição Federal quando há “imminente perigo público” – que foi a justificativa usada no ofício.

A medida, contudo, desencadeou conflito com governos estaduais que tinham avançado em seus próprios pregões para comprar esses materiais. No caso de São Paulo, o estado já tinha até pagado uma parte dos produtos. O caso foi parar no Supremo Tribunal Federal (STF), e o relator da ação, ministro Ricardo Lewandowski, decidiu em favor dos estados, argumentando que a requisição administrativa de um ente da federação não pode prejudicar os demais.

Dois milhões de doses da vacina de Oxford/AstraZeneca produzidas na Índia desembarcam no Rio de Janeiro



No país, apenas três empresas produzem seringas e agulhas. São elas: SR (Saldanha Rodrigues), com fábrica em Manaus; Becton Dickinson, com fábricas em Curitiba e Juiz de Fora; e Injex, com fábrica em Ourinhos. Procurada pela Poli, a Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos e Odontológicos (Abimo) – que as representa – respondeu que esse cenário é o ápice da produção no Brasil e que “são pouquíssimos os países no mundo que têm quatro fábricas de seringas”.

Ainda segundo a entidade, em 2019, a produção nacional foi de 1,3 bilhão de seringas – e 10% desse volume foi destinado à exportação, mesmo porcentual que saiu daqui em 2020, de acordo com a Abimo. A entidade ainda não tem o total produzido no ano passado, mas se o número de 2019 tiver se mantido, terão saído do Brasil por volta de 130 milhões de seringas – o equivalente a mais de um terço dos itens pretendidos no pregão.

Foi só depois desse pregão que o Ministério da Saúde pediu à Economia para que agulhas e seringas fossem inseridas no rol de itens essenciais no combate à pandemia, com barreiras à exportação. Pela decisão da Secretaria de Comércio Exterior (Secex), a venda destes produtos para outros países passou a exigir licença especial, como já tinha acontecido com ventiladores pulmonares.

Mas o Brasil importa bem mais agulhas e seringas do que exporta. Segundo o Ministério da Economia, em 2019, compramos 61,9 milhões de dólares contra 4,6 milhões em vendas. De acordo com a Abimo, “o mercado internacional é muito competitivo” e as empresas instaladas por aqui “estão dimensionadas para atender o mercado brasileiro e não têm planos de aumentar a capacidade produtiva”. Dentre outras justificativas, a entidade cita o “custo Brasil, que nunca deixa o produto fabricado aqui tão competitivo quanto os indianos e chineses”.

Já as empresas que produzem alguns dos equipamentos mais importantes no contexto da vacinação demonstraram mais ambição diante de outra discussão que mobilizou a opinião pública: a adaptação da infraestrutura da chamada Rede de Frio, componente fundamental para o sucesso de qualquer campanha por garantir conservação adequada das vacinas ao longo do seu caminho – por vezes longuíssimo – do laboratório produtor aos locais onde as doses serão aplicadas. As salas de vacinação brasileiras estão equipadas para refrigerar a temperaturas que variam entre 2° C e 8° C – o suficiente para as vacinas AstraZeneca e CoronaVac.

Embora a China já estivesse vacinando públicos específicos desde julho com o imunizante da estatal Sinopharm através do que se chama de uso passivo – quando se aplica um tratamento antes do fim dos testes clínicos – e a Rússia tenha começado oficialmente sua campanha com a Sputnik V em 5 de dezembro, a imagem que cristalizou o início da vacinação no mundo foi a de Margaret Keenan, senhorinha de 90 anos que recebeu a agulhada no dia 8 de dezembro, no Reino Unido. A vacina que ela recebeu foi a desenvolvida pelas empresas Pfizer e BioNTech, primeira a ser aprovada por agências reguladoras com resultados de fase 3 – com 95% de eficácia na prevenção à Covid-19.

Desde que as farmacêuticas divulgaram esse e outros números, em novembro, o debate sobre a compra desta vacina se acirrou. Isso porque o imunizante da Pfizer precisa ser mantido a -75° C, embora a empresa tenha divulgado que poderia vender junto com a vacina uma caixa térmica especial com gelo seco, onde as doses poderiam ficar por até 15 dias – teoricamente, o suficiente até chegarem a locais de vacinação e serem aplicadas. A segunda vacina com resultados de fase 3 a ser aprovada por agências reguladoras, da farmacêutica Moderna, também exige temperaturas baixas, de -20° C.

Consultada pela Poli, a Associação Brasileira de Refrigeração, Ar-Condicionado, Ventilação e Aquecimento (Abrava) afirmou que a indústria brasileira tem capacidade de fabricar câmaras frigoríficas, caminhões com baús frigoríficos e congeladores de ultra baixa temperatura e até projetou um prazo que varia de 30 a 90 dias, dependendo da quantidade de projetos. “Por não ser uma aplicação comum, não há muita experiência na sua fabricação, montagem e operação. A tecnologia é conhecida, mas os detalhes vão exigir um aprendizado”, reconheceu a Abrava.

A entidade diz representar praticamente toda a cadeia de frio para o armazenamento de vacinas, mas não tem estimativa de quantas empresas atuam na área ou quantas fábricas exis-

tem no país. “Entram diversas empresas fabricantes de diferentes tipos de equipamentos de refrigeração, que por sua vez são montados com uma infinidade de componentes, fabricados por inúmeras empresas distribuídas pelo Brasil”, explicou a Abrava.

Segundo a entidade, praticamente toda a cadeia de produção foi afetada pela alta do dólar, já que as empresas dependem de componentes e matérias-primas importadas. No caso de algumas companhias, a variação cambial representou um aumento de 32% no custo de produção. A Abrava projeta para 2021 um cenário positivo, na medida em que “os planos saiam do papel”. Mas, apesar disso, não soube dizer que políticas públicas seriam necessárias para incentivar o setor.

Em meio aos debates sobre escassez de insumos para a campanha nacional de vacinação, havia um produto que saiu incólume das preocupações: o algodão usado para desinfetar o local da injeção. Segundo a Associação Brasileira de Indústria Têxtil e Confecção (Abit), somos o quarto maior produtor dessa *commodity* no mundo e não há risco de desabastecimento.

“Algodão é um dos milhões de itens necessários tanto para o Programa Nacional de Imunizações, quanto para o atendimento no SUS em todo o Brasil”, observa Julia Paranhos. E continua: “Apesar de sermos o 6° mercado farmacêutico do mundo, sermos um país com mais de 210 milhões de habitantes, termos um sistema público de saúde que tem o objetivo de ser universal e integral, ainda existe uma vulnerabilidade muito grande para esse sistema funcionar – e ela está fortemente baseada nessa dependência produtiva e tecnológica nas diversas áreas de produtos que são necessários para o funcionamento do SUS”.

Essa também é a avaliação de Carlos Gadelha: “Metade dos 20 bilhões de dólares que a gente importa estão no nosso horizonte tecnológico em um prazo curto – e a outra metade teremos que investir como agenda de futuro. Ter uma base produtiva industrial pública e privada é fundamental para a soberania do SUS. Se a gente forma essa base, temos as condições mínimas para nos posicionarmos para acompanhar mais de perto os avanços tecnológicos e, num horizonte de dez anos, nos aproximarmos da fronteira no complexo da saúde”. ○

FARMACOVIGILÂNCIA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada minuto a vacinação em massa evita quatro mortes no planeta – o que corresponde a mais de 2,1 milhões de vidas salvas por ano. Ainda segundo o organismo, caso a cobertura vacinal fosse ampliada, mais 1,5 milhão de mortes poderiam ser evitadas anualmente. Ao mesmo tempo, em alguns lugares cresce a desconfiança da população em relação aos imunizantes – e a própria OMS apontou recentemente a hesitação em vacinar como uma das dez maiores ameaças à saúde global.

No maior estudo já feito sobre o assunto, publicado na revista *The Lancet* em setembro de 2020, pesquisadores mapearam o grau de confiança nas vacinas. Foram analisados dados de 149 países, coletados ao longo de cinco anos. E uma das nações onde esse nível vem caindo é o Brasil. Em 2015, 73% dos brasileiros acreditavam que as vacinas eram seguras – o que nos colocava na 26ª posição no *ranking* internacional. Em 2019, esse índice tinha caído para 63%, nos empurrando para a 57ª posição.

Um dos pilares para manter – e, de preferência, aumentar – essa confiança é a farmacovigilância, estrutura responsável pela avaliação de medicamentos e vacinas durante seu uso pela população.

O que impulsionou

O principal marco desta história é conhecido. Trata-se da tragédia da talidomida, medicamento lançado em 1957 como sedativo, que depois foi promovido pela farmacêutica alemã Grunenthal como uma panaceia para todos os males, da ejaculação precoce à tuberculose. Seu *slogan* publicitário era “completamente inócuo, completamente seguro”. Aprovada em diversos países, a talidomida acabou sendo receitada também para gestantes. Em 1961, dois médicos publicaram trabalhos em que ligavam o aumento de casos de má-formação em bebês ao consumo da droga durante a gravidez, despertando atenção mundial para o problema.

“Com o reconhecimento dessa tragédia é que se estabeleceram os princípios da farmacovigilância: um processo de detecção, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas a fármacos”, pontua José Ruben Bonfim, da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime). O caso – que nas palavras da OMS “encerrou abruptamente uma era de confiança acrítica nos remédios” – mudou, dentre outras coisas, a forma como os países se organizavam para monitorar medicamentos e vacinas durante sua comercialização, com o surgimento de regras de notificação para serviços e profissionais de saúde. No plano internacional, levou à criação, em 1968, do programa da OMS para monitoramento de reações adversas, que hoje coordena uma rede com mais de 130 países e auxilia outros 20 a estruturarem seus sistemas de farmacovigilância.

Uma ponta e outra

Ao longo da pandemia, aprendemos que, desde a fase pré-clínica, quando os testes de vacinas são realizados em

animais, até os três momentos da etapa posterior, com voluntários humanos, precisam ser produzidos dados confiáveis sobre segurança e eficácia. Essas informações são analisadas por agências reguladoras, que também se certificam de como acontecerá a fabricação do produto, o que inclui inspeções nas empresas de insumos. Mas, após o registro, o trabalho não está acabado.

“Por mais participantes que tenha, um estudo clínico nunca vai atingir o número total de pessoas que podem vir a usar o produto quando ele for para o mercado”, explica Patrícia Mouta, da área de farmacovigilância da Assessoria Clínica de Bio-Manguinhos, da Fiocruz. E dá para perceber isso, diz ela, olhando exemplos atuais. Um dos maiores ensaios clínicos de uma vacina contra o corona foi o conduzido pelas farmacêuticas Pfizer/BioNTech, com 43 mil voluntários. Mas só na primeira semana da campanha do Reino Unido, país que tomou a dianteira mundial da vacinação em dezembro, o imunizante foi aplicado em 130 mil pessoas.

Além disso, enquanto houver comercialização, haverá vigilância. Isso permite avaliar se o produto continua trazendo mais benefícios do que riscos. “A farmacovigilância tem condições de identificar eventos adversos muito raros – e é importante que ela esteja funcionando bem para captá-los o mais rápido possível”, sublinha a assessora de Bio-Manguinhos. No caso das vacinas, por exemplo, existem manuais listando todas as reações adversas já identificadas, assim como o tratamento clínico mais adequado para cada uma delas. O manual brasileiro, aliás, foi atualizado há pouco pelo Ministério da Saúde, e relançado em dezembro de 2020.

Mais do que reações adversas, a farmacovigilância hoje trabalha com a noção de “evento adverso”. O monitoramento pós-registro precisa verificar se um produto está fazendo menos efeito do que o prometido pelo fabricante, se o fármaco está sendo prescrito e dispensado da forma correta, se há uso abusivo de um medicamento e até se preocupar com a chamada prescrição *off label*, fora das finalidades indicadas na bula.

Além disso, precisa separar o joio do trigo, ou seja: analisar se o evento adverso tem a ver com o produto em si (sua qualidade, seus ingredientes, seu mecanismo de ação), com a forma como foi manuseado ou aplicado ou com a pessoa que o consumiu. “Na vida real, os médicos vão prescrever para pacientes que são muito mais complexos do que os participantes da pesquisa clínica. Então aparecem outros problemas, interações com medicamentos que o paciente já tomava”, exemplifica José Ruben Bonfim.

Como funciona no Brasil

Por aqui, a farmacovigilância tem dois braços diferentes, um destinado somente às vacinas, coordenado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), e um segundo que abarca medicamentos e também vacinas, tocado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Anvisa.

Procurada pela Poli, a Anvisa explicou, por meio da sua assessoria de imprensa, que o PNI se concentra no aspecto epidemiológico, enquanto a agência avalia “se há evidências

ou indicativos de alteração na relação de benefício-risco da vacina que podem direcionar alguma medida regulatória”, que vão desde comunicação de risco aos profissionais e à sociedade, até restrições nas especificações de uso do produto. Cabe à agência, por exemplo, o contato com os fabricantes. “Enviamos relatórios periódicos à Anvisa para dizer se o perfil do produto continua favorável, se a gente julga que é importante fazer algum estudo complementar”, explica Patrícia Mouta, destacando que a agência também pode exigir das empresas esses estudos, se julgar necessário.

Para isso, a Anvisa conta com o VigiMed, um sistema voltado para empresas farmacêuticas, mas também aberto a serviços de saúde, profissionais liberais e cidadãos. Entre janeiro de 2018, quando a plataforma começou a funcionar, e janeiro de 2021, juntando-se todos os medicamentos e vacinas aplicados no país, haviam sido informados 29.905 eventos adversos, a maioria leves, como prurido, náusea e dispneia.

A vacina contra a Influenza A (H1N1) só tinha recebido uma notificação. A BCG, três. A pentavalente, responsável por proteger contra tétano, difteria e hepatite, recebeu quatro alertas. Já medicamentos que vêm sendo usados *off label* durante a pandemia ostentam mais notificações: a azitromicina recebeu 123 e a cloroquina 1.039, sendo que esta última pulou de 135 notificações em 2019 para 889 no ano passado.

Na avaliação de José Ruben Bonfim, porém, do jeito como funciona hoje, a farmacovigilância de medicamentos não chega a ter força para mudar a conduta dos médicos nem dos gestores de saúde pública. “No Brasil, o cidadão comum ainda tem uma confiança quase ilimitada de que aquele remédio vai ser bom para ele. Por outro lado, também falta um trabalho contínuo de educação dos prescritores e dos dispensadores”, opina.

Já no caso das vacinas, o controle é bem maior. “Essa vigilância surgiu junto com o PNI, em 1973, mas se estruturou de maneira mais organizada na década de 1990, quando foi criado o Sistema Nacional de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação”, retoma Patrícia, fazendo menção à estrutura que reúne órgãos de todas as esferas da federação.

Na ponta, unidades básicas de saúde, salas de vacinação e outros serviços ficam responsáveis por identificar os eventos adversos e classificá-los como graves, não graves e decorrentes de erros de imunização. Todos os eventos graves devem ser notificados ao setor responsável por imunizações ou à vigilância epidemiológica dos municípios em até 24 horas. As cidades devem iniciar a investigação do que houve em, no máximo, 48 horas. De acordo com o protocolo, essas informações vão ‘subindo’ e sendo analisadas pelos estados e pelo PNI, que conta com um comitê de especialistas só para isso. “Mas não é um processo burocrático. Dependendo da gravidade do evento, município, estado e PNI atuam ao mesmo tempo para orientar o tratamento”, afirma Helena Sato, coordenadora do Programa Estadual de Imunizações de São Paulo.

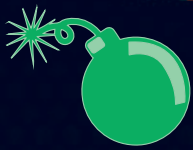
É dela um exemplo que ajuda a entender como tudo isso funciona na prática: “A vacina BCG é aplicada na maternidade porque a tuberculose é endêmica no Brasil e é fundamental que o bebê seja imunizado antes de entrar em contato com o *Mycobacterium tuberculosis* para prevenir neurotuberculose, uma forma grave da doença que traz um comprometimento neurológico muito importante. É raríssimo, mas

existem crianças que têm uma alteração na imunidade celular e isso pode provocar a disseminação da cepa vacinal pelo organismo. É papel da farmacovigilância captar quando isso acontece”. Para isso, as equipes das salas de vacinas e os profissionais do SUS são treinados para estarem atentos a esses sinais. No caso dessa reação em particular, as principais pistas são demora para cicatrizar a lesão onde foi aplicada a vacina (a BCG deixa a famosa marquinha no braço) e aumento no tamanho dessa ferida. Também pode ser feito um exame para confirmar se a cepa é da tuberculose ou da vacina – e isso influencia no tratamento da reação adversa. “Mas se tratar adequadamente e no tempo certo, cura”, destaca Sato, que é pediatra.

Os números do PNI não estão abertos para a consulta do público. Por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI), a Poli obteve dados dos eventos adversos pós-vacinação desde que o sistema começou a funcionar, em 2000, até 2020. No total, foram relatados 623.278 eventos adversos de todos os tipos para todas as vacinas já usadas no país, sendo os mais comuns dor (60 mil), edema (48 mil) e febre (46 mil). Em relação às vacinas que estão sendo aplicadas contra a Covid-19 – Oxford/AstraZeneca e CoronaVac –, o Ministério da Saúde divulgou no início de fevereiro ter recebido 1.038 comunicações de eventos adversos quando o país já tinha mais de dois milhões de pessoas imunizadas. Desse total, apenas 20 foram considerados graves, e estavam sob investigação.

Em meio à pandemia, a orientação da OMS é que os países fortaleçam seus sistemas de farmacovigilância. “O que nós temos hoje é o sistema passivo, cabe aos profissionais notificarem e à vigilância epidemiológica dar os *feedbacks* caso a caso. Mas a vacinação de Covid-19 traz desafios e existe a discussão de instituir programas de vigilância ativa. O PNI está discutindo isso”, conta Eder Gatti, médico da Divisão de Imunizações de SP, que vem representando o estado nesse debate. Ele lembra que esse tipo de vigilância, chamada sentinela, já ocorreu no país com outra vacina, a do rotavírus. Isso porque a primeira geração do imunizante provocou obstrução intestinal em crianças – e, por isso, foi retirada do mercado. Mais pesquisas foram feitas e surgiu uma segunda geração – mas, com base na experiência anterior, SP cadastrou todos os serviços do estado que faziam cirurgia pediátrica para investigar ativamente se havia casos de obstrução e se poderiam estar ligados à nova vacina. Gatti explica que o mesmo poderia ser feito para as vacinas contra a Covid-19 usando como base, por exemplo, uma lista com 18 eventos adversos de interesse especial produzida pelo *Brighton Collaboration* – rede com milhares de especialistas que auxilia a OMS no tema. No final de fevereiro, também a Fiocruz lançou uma nota técnica com orientações específicas para a farmacovigilância da vacinação contra a Covid-19.

Se nenhum medicamento ou vacina é totalmente livre de riscos, é consenso que seu uso mudou radicalmente a forma como as doenças são prevenidas e tratadas – e, no caso da pandemia atual, são a única luz no fim do túnel. “É preciso aproveitar a oportunidade das doenças para as quais a gente tem vacina e se imunizar”, defende Patrícia Mouta. ◉



FAKE NEWS X VACINAÇÃO



Com a descoberta de vacinas eficazes contra o novo coronavírus, a desinformação em torno da imunização tem preocupado pesquisadores e profissionais de saúde. Estudo da Sociedade Brasileira de Imunizações realizado no ano passado (2020) identificou que 67% dos brasileiros já acreditaram em alguma *fake news* sobre a vacina, uma constatação que pode ameaçar a estratégia de vacinação em massa para conter o avanço da pandemia. Não caia nessa: procure informação científica e confiável!



VACINA CONTRA COVID-19 ALTERA O DNA HUMANO?

Não! As vacinas de DNA e RNA possuem um pedaço minúsculo do vírus com as instruções para que as células humanas produzam resposta imunológica em defesa ao vírus intruso. Nessa caso, as vacinas genéticas causariam um tipo de simulação do que a própria infecção natural do vírus provoca nas células humanas. O imunizante não é capaz de alterar o DNA humano. No caso das vacinas de RNA mensageiro, como a da Pfizer, os compostos presentes na dose são lidos no citoplasma das células, e não no núcleo, onde está protegido o nosso DNA. Já as vacinas de DNA são lidas no núcleo celular, mas esse processo não quer dizer que os compostos desse tipo de imunizante irão integrar-se ao código genético humano. Na verdade, segundo a microbiologista e presidente do Instituto Questão de Ciência, Natália Pasternak, em entrevista à revista Veja, essa possibilidade é muito difícil de se conseguir mesmo que intencionalmente, em laboratório.



IDOSOS MORRERAM NA NORUEGA APÓS RECEBEREM VACINA DA PFIZER?

Circulou pelos meios de comunicação e redes sociais, em janeiro deste ano, a notícia de que pelo menos 33 idosos teriam morrido na Noruega após tomarem a vacina norte-americana para a Covid-19.

Porém, autoridades de saúde do país logo desmentiram a notícia, explicando que não há relação entre as mortes registradas e a vacina. Na verdade, os idosos já estavam muito debilitados ou sofriam de algum tipo de doença grave antes de serem vacinados.



AS VACINAS PODEM CAUSAR OUTRAS DOENÇAS, COMO O AUTISMO?

A constatação é falsa! O boato começou no ano de 1998, após o médico britânico Andrew Wakefield publicar um estudo no qual afirmava que o autismo em crianças poderia ser causado pela vacina tríplice viral. Porém, diversas pesquisas realizadas posteriormente comprovaram que essas conclusões estavam erradas. O médico perdeu seu registro profissional, além de ter sido considerado culpado por má conduta científica, ética e médica.



VACINA CONTRA COVID-19 IRÁ INSERIR UM MICROCHIP NO CORPO DO VACINADO?

A *fake news* surgiu em março de 2020 após o cofundador da Microsoft, Bill Gates, citar em uma entrevista que futuramente haverá certificados digitais de identificação de infectados, recuperados e vacinados da Covid-19. A partir daí, foram criadas *desinformações* dizendo que Gates estaria planejando implantar microchips de rastreamento na população.

A 'teoria' foi reforçada ainda após um estudo financiado pela empresa Microsoft propor uma tinta especial que, ao ser aplicada na pele do ser humano, consegue identificar pessoas que já se vacinaram contra o novo coronavírus. A ação funcionaria como um registro de vacinação, mas não possui a tecnologia de rastrear pessoas nem prevê cadastro de informações em bancos de dados para vigilância.

A agência britânica de notícias, BBC, foi checar os fatos com a Fundação Bill e Melinda Gates, que declarou serem falsas as acusações.

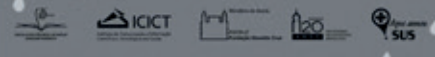
Novas cartilhas da EPSJV/Fiocruz orientam cuidadores de idosos sobre o contexto da pandemia

Direitos das pessoas cuidadoras de idosos na pandemia de Covid-19

Como estimular a pessoa idosa a continuar fisicamente ativa durante a pandemia de Covid-19?



Como lidar com a solidão e o luto durante a pandemia de Covid-19?



Acesse na íntegra em <https://www.covid19.cuidadores.fiocruz.br/index.php?pag=ensinoa>