

revista

poli saúde
educação
trabalho

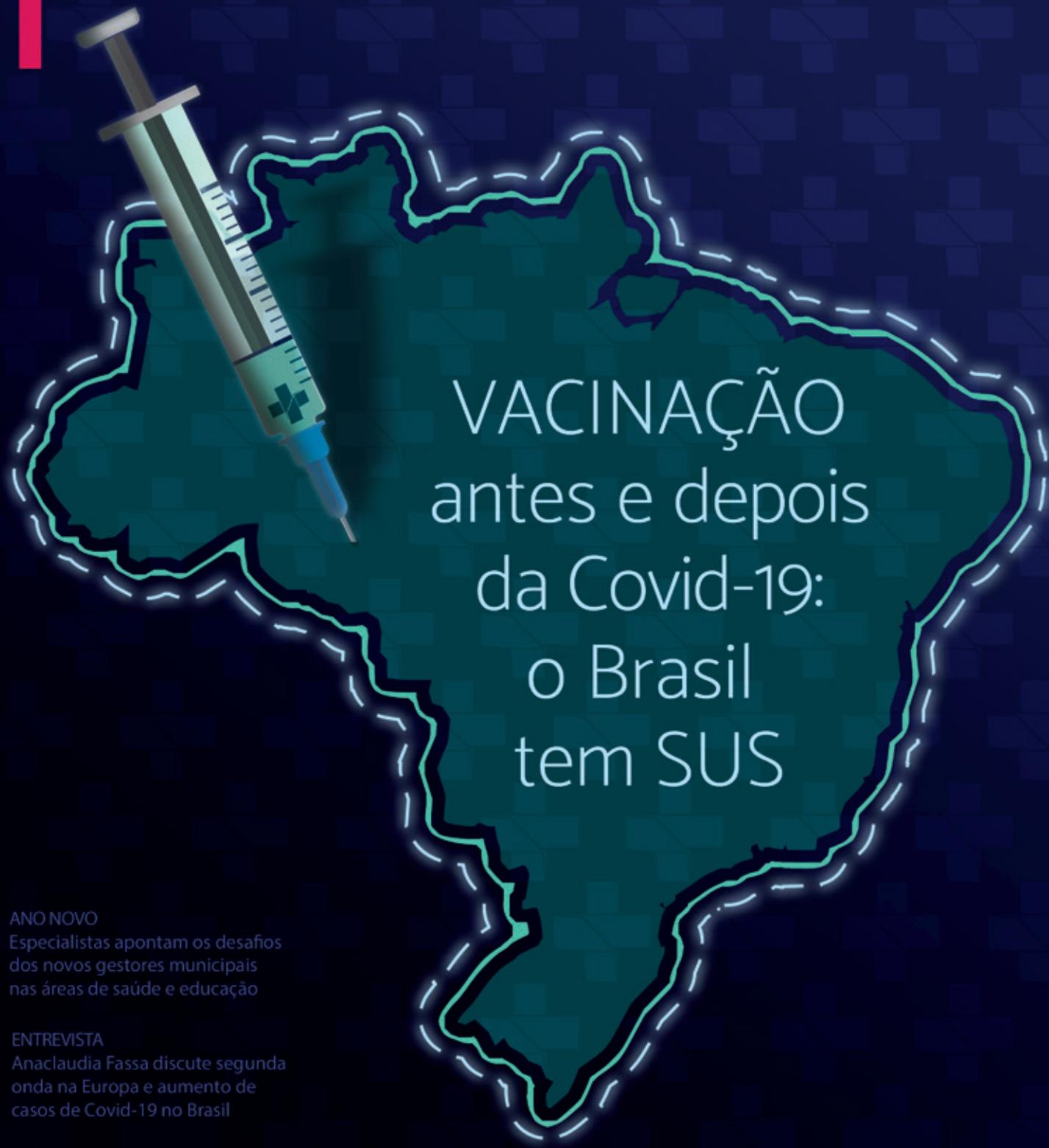
Ano XIII — Nº. 75 — jan./fev. 2021



Mala Direta
Básica

9912450139/18-DR/RJ
Fiocruz

Correios



ANO NOVO

Especialistas apontam os desafios dos novos gestores municipais nas áreas de saúde e educação

ENTREVISTA

Anacláudia Fassa discute segunda onda na Europa e aumento de casos de Covid-19 no Brasil



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 75 - jan./fev. 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

André Antunes / Cátia Guimarães / Júlia Neves / 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

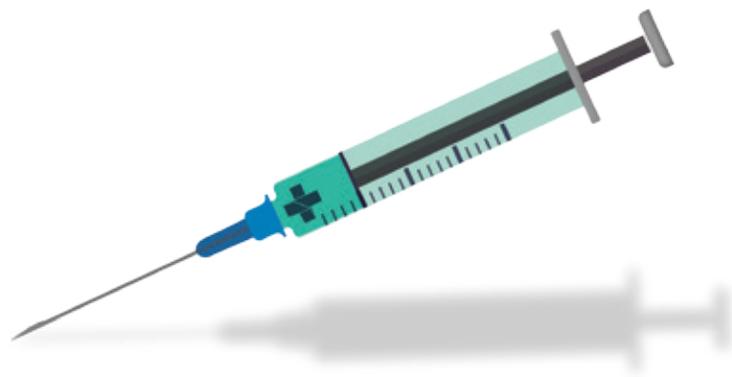
Bimestral

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

PÚBLICO E PRIVADO NA EDUCAÇÃO

A briga pelo fundo público 5

CAPA

Vacinação no Brasil: direito de todos e dever do Estado 6

ANO NOVO

Desafios para a nova gestão 14

ENTREVISTA

Ana Claudia Fassa – ‘Temos que aproveitar esse momento de recrudescimento para avaliar onde estamos errando’ 18

PÓS-PANDEMIA

Teremos que aprender a conviver com a Covid-19? 22

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

MEC atualiza Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos 26

O QUE É, O QUE FAZ?

Câmara de vereadores 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

2021: O ANO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE E CUIDADORES

Trabalhadores técnicos da saúde, agentes comunitários (ACS) e de combate às endemias (ACE) e cuidadores estão entre os profissionais homenageados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) durante a 73ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), que ocorreu entre os dias 9 e 14 de novembro passado.

Durante a reunião, os Estados membros da OMS decidiram, por unanimidade, que 2021 será o Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores, reconhecendo os esforços e a importância desses profissionais para a manutenção da saúde da população, principalmente durante a pandemia de Covid-19. A decisão da Organização refletiu ainda uma preocupação referente aos desafios enfrentados por esses profissionais independentemente da crise sanitária. A OMS já havia reconhecido o importante papel da enfermagem, dedicando o ano de 2020 à categoria. Este ano a decisão leva em consideração o protagonismo e a forte atuação desses profissionais na linha de frente de combate ao novo coronavírus.

O coordenador de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Helifrancis Condé, espera que essa movimentação da OMS com relação aos trabalhadores da área da saúde possa influenciar outras ações para a valorização das categorias. “Esperamos que esse importante reconhecimento da OMS se reflita em planos nacionais de valorização desses profissionais, com melhoria de vínculos trabalhistas, remuneração, e, principalmente, ofertas de formação crítica e de qualidade, sobretudo para os trabalhadores técnicos em saúde, a parcela mais significativa da maioria dos sistemas nacionais de saúde”, defende.

PARCERIA DE UMA DÉCADA FORMA TÉCNICOS DE VIGILÂNCIA NO RIO

Tornaram-se técnicos, no início do mês de dezembro, alunos trabalhadores de mais duas turmas do Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSV/Fiocruz). O curso é oferecido aos profissionais que já atuam na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no intuito de elevar a qualificação dos agentes para técnicos. As aulas, realizadas na EPSJV/Fiocruz e na Policlínica Guilherme da Silveira, no espaço Asas Bangu (Ambiente de Saberes e Aprendizagens em Saúde da Prefeitura), começaram em maio de 2019.

Como parte do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar-Rio), o curso possui uma carga horária de 1440 horas que, além das aulas teóricas, inclui visitas técnicas, trabalho de campo, estudos de caso e estágio. Os 11 módulos temáticos, que abordam questões diversas da área da saúde coletiva, são articulados por um trabalho de investigação no campo. “Esse exercício de observação e pesquisa visa à elaboração de um Diagnóstico das Condições de Vida e Situação de Saúde de um território da Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, identificando problemas, necessidades, vulnerabilidades e potencialidades locais”, explica Edilene Pereira, uma das coordenadoras do curso.

Durante os dez anos de parceria, a EPSJV/Fiocruz qualificou 66 turmas do Curso de Desenvolvimento Profissional de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, que é de Formação Inicial e Continuada, com carga horária de 400 horas. Foram 1364 egressos. Desses, 501 alunos continuaram o itinerário formativo para concluir a formação técnica, com um total de 1440 horas. “O Programa tem como objetivo a qualificação profissional dos trabalhadores de nível médio do SUS e o fortalecimento dos núcleos e serviços de Vigilância em Saúde, bem como a ampliação no escopo de suas atividades e ações. A proposta é ter um ‘olhar mais amplo’ em relação à saúde e à melhoria na qualidade da integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde”, aponta Edilene.

Com a última formatura realizada, a EPSJV/Fiocruz contabiliza um total de 18 turmas de técnicos de Vigilância em Saúde formados. Ao longo desse processo, mais de 150 profissionais, entre tutores, preceptores e docentes, também foram qualificados nas oficinas de capacitação do CTVISAU.

PL TEM FOCO NA MOBILIDADE DE ESTUDANTES

Tramita na Câmara dos Deputados um Projeto de Lei que autoriza alunos de instituições privadas, beneficiários de programas de bolsas que garantem acesso à educação, a utilizarem o transporte escolar para a locomoção intermunicipal e interestadual. A proposta sugere que o estado ou o município a que pertença o veículo faça a regulação para o funcionamento do serviço. Atualmente, é determinado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) que estados e municípios ofereçam transporte escolar somente aos alunos da rede pública de ensino.

O PL, nº 5285/2020, é de autoria do deputado Rubens Pereira Junior (PCdoB - MA) e leva em consideração a localização das instituições que oferecem cursos técnicos, superiores e tecnológicos, que geralmente situam-se em municípios-polo, áreas que comportam maior desenvolvimento econômico e populacional.

Segundo justificação do deputado ao PL, a iniciativa atenderia um dos maiores desafios dos estudantes dessas modalidades educacionais, em geral de baixa renda, que é justamente a dificuldade de locomoção entre suas cidades de moradia e as regiões onde encontram-se as instituições.

CARTILHAS PARA CUIDADORES DE IDOSOS NA PANDEMIA



A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) lançou, em dezembro passado, mais duas cartilhas orientativas com o objetivo de promover a saúde e contribuir com o trabalho dos cuidadores de idosos, que lidam diretamente com um dos grupos mais vulneráveis à Covid-19.

A primeira, que apresenta ‘Orientações para o Autocuidado das pessoas cuidadoras de idosos na Pandemia de Covid-19’, foi elaborada com a finalidade de orientar e incentivar a categoria a

cuidar da própria saúde, considerando as emoções e tensões que transpassam o seu trabalho, principalmente durante a atual crise sanitária. Já a segunda cartilha traz ‘Orientações para estimular a memória da pessoa idosa na pandemia de Covid-19’, com o intuito de apresentar aos cuidadores atividades simples de cognição para serem inseridas em suas rotinas de trabalho com os idosos.

Ambas as cartilhas fazem parte do projeto de ensino e pesquisa ‘Cuidando de quem Cuida’, financiado pelo Programa Inova Fiocruz, coordenado pelo professor-pesquisador da EPSJV/Fiocruz Daniel Groisman e pela pesquisadora do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz) Dalia Romero. O projeto já lançou outros materiais orientativos para esses trabalhadores e abrange ainda a pesquisa ‘Avaliação das condições de trabalho e saúde de cuidadoras de pessoa idosa em tempos de Covid-19’. “As cartilhas visam ampliar a disseminação das informações de caráter educativo e orientativo sobre o cuidado com idosos no contexto da pandemia. Elas foram diagramadas para serem legíveis no celular, com uma linguagem simples, clara e acessível, para facilitar o acesso pelo nosso público”, explica Groisman.

INFORMAÇÕES E REGISTROS EM SAÚDE PARA A FORMAÇÃO DO ACS

Com o objetivo de promover a discussão sobre a temática das informações e registros em saúde no processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), professores-pesquisadores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) vêm desenvolvendo o projeto ‘Informações e Registros em Saúde para a formação do Agente Comunitário de Saúde: produção de e-book interativo’.

O objetivo é produzir um e-book interativo sobre as informações e registros em saúde no trabalho do ACS em pelo menos dois idiomas, português e espanhol. A ideia é que o trabalho também estimule debates com profissionais de saúde em torno da revisão do material base.

Em entrevista ao Portal EPSV, professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz Bianca Leandro ressaltou que a pesquisa vai muito além da produção de um material digital, e na verdade busca fortalecer o ACS como um produtor de informações que, apoiado pelas suas atividades de coleta, possui um grande potencial para analisar a situação da saúde em sua área e contribuir para a identificação das necessidades de saúde dos territórios. “Compreendemos esse trabalhador como um sujeito que produz informação e registros e não somente como um profissional que coleta dados”, completou Bianca.

Devido à pandemia de Covid-19, o projeto vem sendo desenvolvido a partir de reuniões virtuais com docentes e coordenadores de cursos técnicos de ACS das regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste do país, além de ACS dos cursos técnicos da EPSJV/Fiocruz e do Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ).

Quando o material estiver finalizado, deverá ser apresentado num seminário virtual voltado para as instituições formadoras da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS). O projeto é coordenado pelos professores-pesquisadores da EPSJV/Fiocruz Bianca Leandro e José Mauro Pinto e se encontra vinculado ao edital ‘Produtos Inovadores’ do Programa Inova Fiocruz.



SAÚDE MENTAL EM CRISE

Um documento discutido na Câmara Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) no ano passado orientava a revogação de 99 portarias que hoje estruturam a política de saúde mental no país. Se concretizada, a medida, que está sendo chamada de ‘revogação’, colocaria em risco programas como o ‘De Volta pra Casa’, que busca a reinserção de pacientes com transtornos mentais internados em instituições psiquiátricas na sociedade; o serviço de ‘Consultório na Rua’, que faz atendimento de saúde em pessoas em situação de rua; e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), que atendem especialmente dependentes químicos no SUS.

Em entrevista ao Portal EPSJV, o psiquiatra e professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Pedro Gabriel Delgado ressaltou que a proposta aprofunda um processo de desmonte da saúde mental. “A partir de 2017 foram

adotadas medidas que ampliaram o financiamento de hospitais psiquiátricos, ao mesmo tempo em que, por conta do teto de gastos, foram praticamente congelados os recursos da rede comunitária de saúde mental, que são os Centros de Atenção Psicossocial, as unidades de acolhimento transitório para álcool e drogas, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família, que fazem a articulação entre os CAPS e a atenção primária”, explicou.

Em meio à polêmica, o Ministério da Saúde informou, em nota, que criou um grupo de trabalho com o Ministério da Cidadania, associações e conselhos de medicina para “analisar, discutir, aprimorar, revogar e criar novos instrumentos para a garantia do cumprimento da Nova Política Nacional de Saúde Mental” aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2017 e oficializadas pela portaria 3.588. A Pasta afirmou ainda que “muitas portarias” sobre saúde mental estão “obsoletas” e negou qualquer “sugestão de fechamento” dos CAPS e dos Consultórios de Rua, embora esses serviços estejam listados no documento que prepara o ‘revogação’.

Mais de 120 organizações ligadas a diversos setores acionaram o Ministério Público Federal solicitando que seja aberto um inquérito civil para apurar a medida. As entidades argumentam que a portaria 3.588 foi aprovada sem qualquer debate com a sociedade civil, em especial o Conselho Nacional de Saúde (CNS), e que vai na contramão da Reforma Psiquiátrica. Até o fechamento desta edição, o ‘revogação’ não tinha se efetivado.



COMO ANDA A ROTINA DOS ADOLESCENTES NA PANDEMIA?

O estudo ‘ConVid Adolescentes – Pesquisa de Comportamentos’, desenvolvido pela Fiocruz e divulgado em dezembro, analisou jovens brasileiros entre 12 e 17 anos, levantando dados sobre as mudanças de rotina, estilos de vida, relações interpessoais, atividades escolares e cuidados com a saúde física e mental dos adolescentes.

O estudo constatou que 48,7% dos jovens brasileiros têm se sentido preocupados, nervosos ou mal humorados, 59% declararam dificuldades para se concentrar nas aulas à distância, enquanto 23,9% começaram a ter problemas no sono. Foi constatado também um aumento no sedentarismo: o total de jovens que não faziam 60 minutos de atividade física em nenhum dia da semana subiu de 20,9% antes da pandemia para 43,4%. Além disso, mais de 60% dos jovens passaram a ficar mais de quatro horas por dia em frente ao computador, tablet ou celular, além do tempo das aulas online.



‘O BRASIL PRECISA DO SUS’

Entidades ligadas ao direito à saúde lançaram, em dezembro passado, a campanha nacional ‘O Brasil precisa do SUS’, que contou com apoio amplo de artistas, pesquisadores, ex-ministros da saúde e representantes diversos da sociedade civil. O objetivo é conscientizar a sociedade sobre a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) – antes, durante e depois da pandemia – e sobre os riscos que ele vem correndo nos últimos anos, principalmente em função do subfinanciamento. A campanha também reforçou a petição feita pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), nomeada de ‘O SUS merece mais em 2021’, que pedia a revogação da Emenda Constitucional 95/2016 – que criou um teto para os investimentos do governo federal – e visava sensibilizar deputados e senadores sobre a necessidade de maior orçamento na área da saúde este ano. O documento foi entregue no dia 15 de dezembro em mãos ao presidente da Câmara Federal, Rodrigo Maia (DEM-RJ).

A campanha ressalta que o SUS é essencial para a saúde da população brasileira e que ele tem dado a resposta necessária durante a pandemia da Covid-19, mesmo com os ataques que vem sofrendo.

A BRIGA PELO FUNDO PÚBLICO

Regulamentação do Fundeb foi capítulo mais recente de uma velha batalha contra transferência de recursos do Estado para instituições privadas

Bianca Bezerra e Cátia Guimarães

RICHARD SILVA

“Eles não dão ponto sem nó”. Assim Marise Ramos, professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), justifica a tentativa de inclusão do Sistema S – composto por entidades ligadas às confederações de segmentos empresariais, como indústria, comércio e agronegócio – e outras escolas privadas como beneficiários do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb). A proposta gerou uma verdadeira guerra parlamentar no final do ano passado: foi aprovada pela Câmara Federal como parte da regulamentação do novo Fundo, recusada pelo Senado e finalmente rejeitada pelos mesmos deputados que a tinham sugerido, em segunda votação. “Estender recursos do Fundeb a escolas privadas, religiosas e, no caso da educação profissional, ao Sistema S, corresponde a escancarar o caráter privatista do Estado brasileiro e das elites que historicamente dirigem este país. Ainda que a Constituição preveja que o ensino seja livre à iniciativa privada e sob a regulação do Estado, isto jamais poderia autorizar o seu financiamento pelo fundo público”.

Apesar disso, lembra Marise, “a transferência de recursos públicos para instituições privadas é uma prática recorrente na história da educação brasileira”. Dois exemplos concretos da educação profissional, segundo a pesquisadora, foram o Programa de Expansão da Educação Profissional (Proep), uma parceria entre ministérios da Educação e do Trabalho desenvolvida no governo Fernando Henrique Cardoso, e o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), criado no governo Dilma Rousseff e vigente até hoje. Na educação básica, a luta de educadores, entidades e movimentos sociais para garantir que o dinheiro público seja destinado à educação pública também vem de longe. Com a decisão final sobre a regulamentação do Fundeb, uma importante batalha foi vencida agora. Marise lembra, no entanto, que isso se dá no contexto de uma derrota anterior, sofrida no processo de aprovação do Plano Nacional de Educação (PNE) vigente até 2024. Isso porque, quando trata do percentual do Produto Interno Bruto (PIB) que deve ser investido em educação, o PNE passou a considerar como públicos também os recursos aplicados em programas de expansão da educação profissional e superior, como o Pronatec e o Prouni [Programa Universidade para Todos], por exemplo. “Esse dispositivo infringiu a própria meta 20 [do PNE], cujo princípio seria o ‘investimento direto em educação’, definido como o conjunto de recursos usados pelo Estado exclusivamente em escolas mantidas pelos governos, em todos os níveis”, analisa Marise, que completa: “Sob a mesma lógica, a propósito, a estratégia 6 da meta 11 do Plano já previa expandir a oferta de financiamento estudantil à educação profissional técnica de nível médio oferecida em instituições privadas de educação superior, certamente com recursos computados nesses 10% do PIB”.

Formação profissional privada e reforma do ensino médio

O último *round* da batalha travada no Congresso Nacional em relação à regulamentação do Fundeb foi em torno de um destaque apresentado pelo Partido Novo, que previa a possibilidade de que até 10% das vagas de ensino fundamental e técnico de cada ente federado fossem oferecidas por instituições filantrópicas, comunitárias e confessionais com dinheiro do Fundo. Seria uma ampliação significativa dos recursos públicos transferidos para instituições privadas, mas o fato é que o Fundeb em 2020 já autoriza o uso desses recursos no caso de creches e pré-escolas, educação especial e educação do campo. Uma grande novidade do texto aprovado na primeira votação da Câmara, portanto, foi a inclusão do Sistema S. Composto por 11 instituições, parte significativa dos recursos dessa rede vem de uma contribuição compulsória das empresas, que é recolhida pelo governo federal e repassada às confederações nacionais da indústria, comércio, entre outras. Como essa contribuição é embutida no preço dos produtos e serviços e, portanto, paga também pelo consumidor, esses recursos são considerados públicos.

Para Gabriel Grabowski, professor da Universidade Feevale, essa tentativa de “drenar recursos públicos do Fundeb” para as instituições ligadas às confederações empresariais está diretamente associada à reforma do ensino médio, aprovada em 2017, com toda a “lógica de parceria público-privada” que, segundo ele, atravessa a Base Nacional Comum Curricular (BNCC). E a porta de entrada, de acordo com o pesquisador, é o quinto itinerário formativo proposto pela reforma, que prevê 1,2 mil horas do ensino médio oferecidas como formação profissional. “Especialmente Senai e Sesi estão sendo demandados para apresentarem o quinto itinerário para que os estados adotem e façam parceria diretamente com o Sistema S. Com isso reduz-se o custo dos estados, reduzem-se os investimentos que os estados têm que fazer em educação e se financia a lógica e a perspectiva do Sistema S dentro das escolas públicas, especialmente nas redes estaduais, que são responsáveis por 87% do ensino médio no Brasil”, lamenta Grabowski. Seguindo a mesma lógica de incentivar essas parcerias na educação básica, pesquisadores têm apontado o risco de se utilizar de forma pouco criteriosa também a Educação a Distância para oferta privada do itinerário da formação profissional nas redes públicas estaduais (leia matéria na pág. 22). “Não lhes foi suficiente aprovar uma contrarreforma do ensino médio que coloca a educação profissional como um itinerário formativo que pode ser realizado em parceria com instituições privadas. Eles tentaram, agora, retirar recursos do Fundeb que seriam exclusivamente destinados aos sistemas públicos de ensino”, conclui Marise. O

VACINAÇÃO NO BRASIL: DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

Programa Nacional de Imunização, cuja portaria de criação completa 45 anos em 2021, é uma experiência exitosa reconhecida internacionalmente e enfrentará mais um desafio na vacinação contra a Covid-19

Cátia Guimarães

Pouco menos de 200 anos se passaram entre a descoberta da vacina e a erradicação da varíola no mundo, em 1980. As coisas mudaram. E ainda que não se possa falar em eliminação do novo coronavírus, tudo indica que, agora, esses passos serão bem mais rápidos. Desenvolvimento tecnológico e aumento da capacidade produtiva dos laboratórios são, certamente, dois determinantes importantes dessa aceleração. Mas há ainda outra ‘inovação’, que pouca gente costuma lembrar: a criação de políticas públicas que hoje permitem realizar a vacinação até nas regiões mais distantes de cada país, tanto de forma regular, garantindo o controle de doenças, quanto em situações emergenciais, de surtos e epidemias. No Brasil, essa é a tarefa do Programa Nacional de Imunização (PNI), uma ‘novidade’ nem tão nova assim: com quase meio século de estrada, é reconhecido internacionalmente pela trajetória exitosa. “Muita gente tem falado da vacinação da Covid-19 como se o PNI não existisse”, ressalta Carlos Lula, presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), que completa: “A vacinação da Covid-19 é mais uma etapa dentro do Programa”.

Não que o contexto da pandemia não traga medos e desafios novos, como alerta Maria de Lourdes Maia, coordenadora da assessoria clínica de Bio-Manguinhos, da Fiocruz, que coordenou o PNI por dez anos, de 1995 a 2005. “A diferença é que essa vacina está sendo desenvolvida e produzida num

tempo recorde, em meses.

E existe, em vários momentos, pessimismo e desconfiança em cima

dela. Por isso, nós não podemos errar. Qualquer erro [nos procedimentos] pode ser imputado à vacina injustamente”. A pesquisadora se refere a toda uma logística de transporte, armazenamento, técnica de aplicação, registro e vigilância, entre vários outros elementos que garantem que a vacina ‘descoberta’ chegue com segurança até o conjunto da população. “Tem que ter vigilância de eventos adversos. Quem vai aplicar tem que estar preparado para receber o retorno de quem tomou a vacina: se teve febre, dor ou um evento maior. A área médica tem que estar preparada para estabelecer a diferença entre o que só está temporalmente associado à vacina e o que pode ser uma causalidade daquela vacina. Quando sair para ser distribuída, minha geladeira, meu freezer, câmara frigorífica tem que estar bem organizada, com o termômetro funcionando. Não pode faltar energia...”, exemplifica.

Os representantes de gestores municipais e estaduais de saúde entrevistados pela reportagem também identificam particularidades do momento atual, mas não hesitam em garantir que o PNI está preparado. “Do ponto de vista operacional, eu não vejo problema nenhum, acho uma vacina até menos complexa”, diz Alessandro Chagas, assessor técnico do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), que garante: “Fazemos isso com primazia”.

O aprendizado de outra pandemia

É com essa “primazia” que o PNI hoje coordena a aplicação regular de 44 vacinas em todo o território brasileiro. Não foi sempre assim: em 1977, quando saiu o primeiro ‘calendário’ de vacinação nacional, o programa, criado quatro anos antes, oferecia poucas vacinas contra doenças que assombravam o país naquele momento: poliomielite, tuberculose, sarampo, difteria, tétano e coqueluche. A varíola tinha ficado para trás – os últimos 19 casos foram registrados no Rio de Janeiro, em 1971.

E é exatamente esse sucesso no enfrentamento da varíola que está na origem da criação de uma iniciativa mais ampla e estrutural, que deixasse de focar apenas em uma doença. “Foi a campanha de varíola que trouxe a experiência, o modelo e a necessidade de que precisávamos sistematizar ações do PNI”, resume Maria de Lourdes.

Carla Domingues, epidemiologista e doutora em medicina tropical que coordenou o PNI de 2011 a 2019, contextualiza. “Na década de 1960, tinha poliomielite, tinha



sarampo, mas o foco naquele momento era a eliminação da varíola, que era pandêmica. E havia uma vacina que era muito eficaz”, conta e completa: “Criando a organização da vacinação no nível local e as ações de vigilância, foi possível identificar onde tinha o surto, que quantidade de casos havia, mapear onde tinha mais e menos casos. Toda essa estrutura, não só de vacinação, mas da vigilância epidemiológica e também da questão laboratorial funcionando muito bem centralizada mostrou, a partir da erradicação da varíola, que se poderia pensar em fazer outros programas de vacinação”. Não que já não houvesse imunização contra outras doenças, mas, segundo Carla, tratavam-se de ações “pontuais” e “desestruturadas”.

No início dos anos 1970, começou-se a discutir mundialmente a importância de os países estruturarem programas nacionais de imunização aproveitando o legado do esforço construído no enfrentamento da varíola, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a aprovar uma recomendação nesse sentido. “A gente, inclusive, sai na frente: o Brasil estrutura um programa de vacinação até anterior à recomendação da OMS. Com isso, você consegue, naquele primeiro momento, organizar esses programas de vacinação que já foram um grande avanço, porque pela primeira vez você pode levar a todos os municípios do país a vacinação”, explica Carla. Criado em 1973 e formalizado por meio de uma portaria em 1976, nasce o Programa Nacional de Imunização brasileiro, o PNI.

Curioso é que tudo isso aconteceu 15 anos antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, de acordo com Carla, também teria sofrido certa influência do PNI. “Naquela época, as ações ainda eram muito centralizadas: o controle da febre amarela, da doença de Chagas, da tuberculose... Então se viu, pela experiência da descentralização do programa de imunização, que se poderia pensar na organização da atenção básica como realmente um eixo condutor para a saúde pública”, analisa a pesquisadora, e conclui: “Muito desse aprendizado foi utilizado na construção do SUS”.

Governo federal, estados e municípios: como funciona?

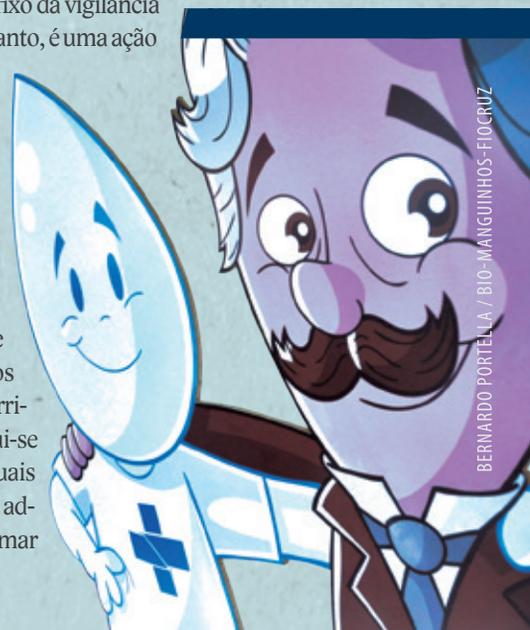
O desenho principal do PNI atende ao que Carla Domingues considera uma “regra quase geral entre os programas públicos” do mundo: uma estrutura ao mesmo tempo verticalizada e descentralizada. Isso significa que a coordenação fica a cargo do Ministério da Saúde, mas seu funcionamento precisa garantir que a vacinação chegue ao maior número possível de pessoas lá na ponta, o que, num país do tamanho do Brasil, torna o desafio ainda maior. Com a criação do SUS, a concepção de que a gestão da saúde deve ser tripartite, com responsabilidades divididas entre municípios, estados e governo federal, passou a organizar também o PNI.

Mas como isso se dá na prática? Nenhum estado ou mesmo município está proibido de adquirir vacinas próprias e realizar um processo de imunização específico no seu território. O estado de São Paulo, por exemplo, já anunciou a compra e a aplicação da vacina da Covid-19 para seus habitantes. E não é a primeira vez: Carla lembra que entre outros exemplos, esse mesmo estado introduziu a vacina contra sarampo antes do resto do país. Mas quando uma vacina entra no calendário nacional de imunização, isso significa que ela precisa ser distribuída para todo o país, mobilizando ações e recursos de todos

os entes federados, sob coordenação do Ministério da Saúde. E só assim se garante que toda a população tenha igual acesso à vacina. Em nota sobre o Plano de Vacinação contra a Covid-19 apresentado pelo governo federal, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) criticou “a possibilidade de uma campanha nacional de vacinação fraturada, com a constituição de campanhas paralelas em alguns estados”. “Além de tornar o controle sobre a cobertura vacinal muito mais frágil e incentivar uma competição federativa, essa situação potencialmente significará uma agressão ao PNI e ao próprio SUS, onde a atuação harmoniosa e coordenada das três esferas governamentais é um dos seus pilares constitutivos”, diz o texto.

O poder de decisão sobre as vacinas que serão incluídas no calendário nacional é do Ministério da Saúde, a partir da escuta a uma comissão de especialistas – até 2019, o PNI funcionava com um Comitê Técnico, formado pelo que Carla define como “representantes de sociedades científicas e pessoas de notório saber”. Esse colegiado foi destituído e, em setembro de 2020, em meio à pandemia, foi criada a Câmara Técnica Assessora em Imunizações de Doenças Transmissíveis. “A partir de toda essa discussão, você tem os critérios para introduzir uma vacina, avaliando o estudo de efetividade, a capacidade de produção do país, se os laboratórios podem produzir a vacina, se tem que fazer acordo para transferência de tecnologia ou se nós vamos comprar a vacina no mercado privado... Cada doença tem uma carga importante na população, [avalia-se] se ela tem uma alta letalidade, se tem mortalidade, se impacta nas atividades econômicas... Tudo isso é levado em conta para se definir uma vacina para o nível nacional”, descreve a pesquisadora. E o resultado desse debate interfere também na produção que será ou não fomentada nos laboratórios públicos. “O Programa Nacional de Imunização é muito parceiro nesses processos. Porque ele tem a visão de que é necessário ter uma sustentabilidade nacional. Não adianta você pegar uma vacina de um custo que é muito maior do que o custo nacional, introduzir e depois não ter continuidade”, diz Maria de Lourdes, de Bio-Manguinhos/Fiocruz, a fábrica pública de vacinas com maior capacidade produtiva do país.

Definida a lista, a responsabilidade pela compra das vacinas – que, segundo Carla Domingues, hoje custa em torno de R\$ 5 bilhões por ano – também é do Ministério da Saúde. A Pasta ainda transfere um outro montante de recursos para estados e municípios, por meio do piso fixo da vigilância em saúde. Essa, no entanto, é uma ação complementar, que nem de longe cobre as despesas do processo de vacinação propriamente dito. Os estados são responsáveis por receber a vacina adquirida pelo governo federal e fazê-la chegar a todos os municípios do seu território. Em geral, atribui-se aos governos estaduais também o papel de adquirir as seringas, formar



os trabalhadores envolvidos na imunização e fiscalizar as salas de vacina, embora, de acordo com o representante do Conasems, isso nem sempre aconteça, o que faz com que, a depender dos arranjos locais, algumas cidades acabem se responsabilizando também pela compra de material e treinamento.

De todo modo, é a gestão municipal que cabe propriamente a vacinação da população. “O município tem muito custo”, afirma Carla, e enumera: “Tem que contratar os recursos humanos, tem que manter a distribuição na **cadeia de frio**, tem que ter todos os impressos, tem que ter área administrativa funcionando...”. O assessor técnico do Conasems acrescenta a essa lista o custo do combustível gasto para garantir a imunização em áreas mais distantes, principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste. “Se você pegar o município de Cametá, lá no Pará, o que ele recebe de piso para fazer ações de vigilância não paga o combustível que ele usa em uma ação de vacinação. Nós tivemos uma campanha agora de sarampo: o repasse que esse município tem para o ano inteiro não paga o combustível dessa ação de sarampo”, reclama Alessandro, acrescentando que há ainda custos relacionados ao “operacional do dia a dia”, como a manutenção da estrutura da sala de vacina. “Mas eu acho que o grande problema é o treinamento [dos profissionais]”, reforça, dizendo que essas formações estão cada vez mais “escassas”. “Os estados estão quebrados, não cumprem esse papel faz tempo”, lamenta (Leia mais sobre a formação para o PNI na pág. 12).

Para o presidente do Conass, o país tem uma “divisão bem clara de competência” entre os entes federados no que diz respeito à vacinação, a ponto de ele achar que o PNI talvez seja uma “política bem didática” para demonstrar, “na prática”, essa repartição. Ele resume: “Em geral, a aquisição de vacina parte da União. Parte dos insumos pode ou não ser adquirida pelos estados. Via de regra, não são, mas podem ser: por exemplo, adquirir seringas. A União repassa parte desses insumos aos estados e o estado cuida de toda a logística de estruturação junto aos municípios. Isso quer dizer o quê? Que vacinas chegam aos estados, os estados ficam responsáveis pela distribuição, por toda a logística, por cuidar, acondicionar,

De acordo com um manual produzido pelo Ministério da Saúde em 2013, “trata-se do “processo logístico da Rede de Frio para conservação dos imunobiológicos, desde o laboratório produtor até o usuário, incluindo as etapas de recebimento, armazenamento, distribuição e transporte, de forma oportuna e eficiente, assegurando a preservação de suas características originais”.

ter insumos necessários para que essa vacina chegue aos municípios. Os municípios então, por sua vez, tornam-se responsáveis pela aplicação efetiva na vacinação”.

Já o Conasems não se mostra tão satisfeito com essa divisão. Reconhece o sucesso do PNI, mas, exatamente por conta do que considera uma repartição de responsabilidades não compatível com a distribuição da arrecadação tributária, defende que o financiamento precisa de mudanças. “Acho que tem esse problema: qualquer coisa exitosa no Brasil não se pode criticar”, diz Alessandro, que conclui: “O programa é extremamente exitoso, mas está com problemas”.

Queda de cobertura

Seja ou não justa a divisão de competências, o fato é que a dificuldade dos municípios de executar a vacinação em todo o seu território pode ser um entre vários fatores que ajudam a explicar a queda de cobertura vacinal que o país vem tendo nos últimos anos. De acordo com dados do sistema de informação do DataSUS, o índice total de cobertura vacinal no país ficou em 45,6% em 2019, contra 72% em 2018. Tabulação feita por esta reportagem a partir dos dados do DataSUS também mostra que, nos últimos dez anos, desde 2009, a menor taxa total tinha se dado em 2016, quando a cobertura ficou pouco acima de 50%, e a maior foi em 2015, quando ultrapassou 95%.

Segundo cálculos produzidos pelo jornal Estado de S. Paulo em setembro de 2020, no ano anterior nenhuma das nove vacinas previstas para serem aplicadas nas crianças até um ano atingiu a meta estabelecida pelo PNI e quatro delas alcançaram o menor percentual de toda a série histórica. De fato, quando se olham os números para cada vacina separadamente, o cenário também é preocupante. A BCG, que previne a tuberculose, por exemplo, teve uma cobertura superior a 100% da meta estabelecida entre 2009 e 2015, caiu para a faixa de 95% no ano seguinte e para 97% em 2017 e 2018. Já em 2019, caiu para menos de 53%. Doenças graves já erradicadas no país, como a poliomielite, acendem um sinal de alerta: com cobertura superior ou muito próxima dos 100% em 2009, 2010, 2011 e 2013, sofreu pequenas quedas em 2012, 2014 e 2015, mas nunca ficou abaixo de 96%. De 2016 em diante, a população vacinada contra pólio cai mais significativamente, variando entre 84% e 88%, até chegar ao perigoso total de 51,54% em 2019. E esse não é um problema apenas para aqueles que não foram vacinados. “Se eu tenho pessoas que não têm o anticorpo contra uma doença, eu tenho suscetíveis. E, se eu tenho suscetíveis, posso reintroduzir a doença [no país]”, alerta Maria de Lourdes, explicando que, já quando se consegue a cobertura vacinal adequada, atinge-se a chamada imunidade coletiva ou imunidade de rebanho.

As explicações para esse cenário são várias – e, provavelmente, nenhuma definitiva. “Essa diminuição da cobertura vacinal ano após ano acontece de forma homogênea no país. Se acontecesse em um ou outro estado, a gente poderia apontar que é responsabilidade dos gestores. Mas não é. Ela vem acontecendo de maneira forte e sempre para baixo”, descreve o presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.



No que diz respeito ao papel dos municípios e suas eventuais dificuldades em garantir a vacinação em todo o território, Maria de Lourdes lembra que um conceito importante de ser observado é o de “homogeneidade de cobertura”. Isso porque os dados normalmente divulgados sobre cobertura vacinal, inclusive no sistema de informação do DataSUS, são discriminados por estado, mas não detalham o alcance daquela imunização em todos os municípios. Isso significa que um estado pode apresentar uma cobertura alta mesmo tendo, no seu território, um município muito abaixo da meta estabelecida – e que, na prática, pode funcionar como porta de entrada para a reintrodução de doenças. “Não dá para se ter uma cobertura por estado sem saber como é que está a homogeneidade de cobertura. A homogeneidade de cobertura é: quantos municípios no Brasil estão obtendo a cobertura adequada para cada vacina”, resume Maria de Lourdes. E completa: “Se a gente não consegue obter uma cobertura adequada e esperada por município, deixa um flanco aberto”.

Segundo ela, foi isso que aconteceu com a reintrodução do sarampo, por meio de um município de Roraima que tinha cobertura vacinal baixa. Como se sabe, em 2019 o Brasil perdeu o certificado de país livre da doença. Mas o fato é que a busca de explicações para esse retrocesso ainda gera muita polêmica e pouco consenso. “Engraçado a gente colocar a culpa do surto de sarampo em Roraima. O surto de sarampo começou na Copa do Mundo, o pessoal da Europa chegava aqui sem vacinação. Começa no Ceará, depois passa para Pernambuco e, em dois anos, ele volta”, discorda o assessor técnico do Conasems que, no entanto, reconhece que há problemas de cobertura no país: “Se a nossa cobertura estivesse em dia, a gente não teria o sarampo reintroduzido”, admite. Para Carla Domingues, o fundamental dessa polêmica é constatar que a fronteira física não é mais suficiente para dar conta da vigilância do fluxo de doenças. “Se o sarampo entrou pela fronteira [terrestre], vimos agora a Covid-19 entrar de avião”, exemplifica, ressaltando que o mais importante é garantir que “todos os municípios tenham cobertura vacinal”.

E, tanto no que diz respeito ao sarampo como a outras doenças, Carla discorda que a redução da cobertura se deva à dificuldade dos governos de levarem a imunização a todos os espaços. “Discordo porque nós ficamos quase 30 anos com elevadas coberturas vacinais, e numa época em que a situação era muito mais difícil do que hoje, em relação à questão do transporte e à disponibilidade do sistema de informação. E a gente conseguiu levar a vacina”, diz a ex-coordenadora do PNI, que aponta dois problemas principais envolvidos nessa queda.

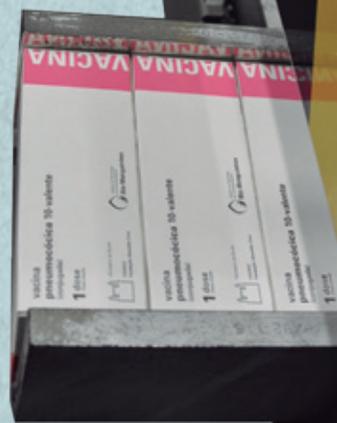
O primeiro é a dificuldade de abastecimento, já que, segundo ela, os laboratórios que produzem as vacinas, públicos e privados, hoje não conseguem entregar a quantidade necessária para todo o país. “Isso tem feito com que os programas de vacinação não consigam ofertar vacinas suficientes para a população, não por conta da dificuldade de acesso, porque não conseguem [fazer a] vacina chegar, mas porque não têm a vacina para levar lá”, diz. De acordo com Carla, a expansão da imunização em países que por muito tempo “sequer tinham vacinas disponíveis” aumentou muito a demanda mundial. Como as fábricas não ampliaram de forma correspondente a produção, vive-se uma “competição global” e um cenário de desabastecimento. “Cada ano acaba faltando uma ou duas”, resume, identificando que nos últimos dois anos o problema foi com a vacina contra meningite C, mas esse já foi o caso do imunobiológico contra sarampo e caxumba e vários outros. O assessor técnico do Conasems explica que não necessariamente cada um desses episódios de desabastecimento se reflete na falta de vacina na unidade básica de saúde gerida pelos municípios. E isso graças a alguns malabarismos: se falta a vacina pentavalente, por exemplo, em algumas regiões aplica-se a tetravalente acrescida da hepatite B.

Já a segunda explicação para a queda de cobertura vacinal, na avaliação de Carla Domingues, é que, não só no Brasil, “os programas nacionais de vacinação estão sendo vítimas do seu próprio sucesso”. “Os pais dessas gerações que foram beneficiadas pelas vacinas conheciam a doença, sabiam da gravidade. Todo mundo conhecia um parente que tinha poliomielite, o filho de um parente que tinha um caso de sarampo, que teve cegueira, que teve problemas neurológicos, que teve complicações. Então, essas doenças geravam uma preocupação muito grande para os pais. À medida que essa geração hoje não conhece um caso de pólio, não conhece um caso de sarampo, ela começa a achar que não há necessidade de mais de vacinação, começa a avaliar que a vacina traz mais riscos do que benefício, o que não tem a menor evidência científica. A vacina protege”, explica. E exemplifica: entre as pessoas que se vacinam contra a febre amarela, segundo Carla, uma em um milhão desen-

volverá um evento grave como reação adversa. “E se for bem acompanhado, sai sem sequelas”, diz, demonstrando como o efeito da não-vacinação é muito pior: “Já a cada 100 pessoas que contraem a febre amarela, cerca de 40 ou 50 vão morrer”.

Aliado a isso, lembra Carla, ainda existe o fenômeno das *fake news*, que também tem feito estrago nessa área. “Essas notícias falsas na internet o tempo todo, de que vacina faz mal para a saúde, que vacina é um complô do governo com a indústria farmacêutica para criar um problema de saúde, que é uma guerra biológica, tudo isso faz com que a população, que não conhece mais a doença, comece a acreditar nesses riscos”, analisa. Mais do que consequências individuais, no entanto, esse processo tem efeitos coletivos e de longo prazo. “Essas doenças podem voltar”, alerta.

O sarampo é o exemplo mais recente disso que a pesquisadora classifica como um “retrocesso”. “Mais de 30 anos de trabalho e em dois anos que se deixou de vacinar adequadamente, a doença voltou a circular no país. Hoje, estamos com 21 estados que geram transmissão de sarampo, só em 2019 foram 12 óbitos, em 2020, sete. E, desses, seis eram menores de um ano de idade. Você veja a gravidade: estamos correndo o risco de voltar a ter aumento da mortalidade infantil por conta desse aumento de óbitos em crianças”, descreve e recupera o passado do PNI para alertar sobre o que pode ser o futuro. “Até a década de 1980, você tinha uma cobertura em torno de 50%, que era importante para diminuir o número de casos, mas não era suficiente para impactar realmente no perfil epidemiológico das doenças. A partir da década de 1990, há um fortalecimento muito grande das ações de imunização no país, com a inclusão de novas vacinas, sempre tentando-se elevar as coberturas vacinais. Todas as gestões no país, inclusive no governo militar, sempre colocaram a ação de vacinação como prioritária, mostrando que era uma ação realmente de Estado. Acho que isso fez o PNI ser uma ação estruturante”. ◯



QUASE MEIO SÉCULO DEPOIS, A COVID-19

Convencimento da população, universalização e sistema de informação para regular as doses aplicadas são alguns dos desafios que a pandemia traz para o PNI

Cátia Guimarães

O desafio de vacinar a população brasileira contra uma doença nova, de proporções pandêmicas, chega num contexto em que todos esses fatores se misturam: por um lado, a experiência de quase 50 anos de um programa de imunização estruturado nacionalmente e reconhecido mundo afora; por outro, limitação mundial na capacidade de produção dos imunobiológicos e números que demonstram um retrocesso na adesão da sociedade às campanhas de vacinação. “A gente está voltando a um problema do início do século 20, [quando houve a] Revolta da Vacina. A gente podia entender a população do início do século 20 quando o exército ou a polícia entravam na casa da pessoa para imunizá-la à força. Isso não acontece hoje. A vacina é obrigatória, mas não vamos ver o Estado chegando lá com o policial para imunizar alguém em casa”, contextualiza Carlos Lula, presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), ressaltando as mudanças pelas quais o país está passando neste exato momento: “Em toda a minha vida eu fui vacinado e nunca perguntei a origem da vacina, se era espanhola, alemã, chinesa ou da Nicarágua. A gente sempre considerou que a vacina era uma dádiva, um direito meu, que o Estado não iria colocar no meu corpo algo que não considerava seguro e eficaz. De repente, a gente começa todo um movimento para descredibilizar o processo de vacinação, para colocar em xeque a origem da vacina, para colocar em dúvida se de fato a vacina serve para A, B ou C”, lamenta, ressaltando o quanto isso atrapalha o trabalho dos gestores. “É uma pena, porque estamos gastando uma energia enorme para ter que dizer a população: ‘olha, é importante se vacinar, a vacina é segura, é eficaz, ela vai permitir que a nossa vida volte ao normal’.

Carla Domingues faz coro: “Não foi a obrigatoriedade que fez com que o Programa de Imunizações se fortalecesse ou que a população comparecesse. Foi um apelo, um consenso de formadores de opinião – e aí eu estou falando do Presidente da República, dos governadores, dos ministros, dos secretários de saúde, dos técnicos, da sociedade científica, de todo mundo que sempre falou bem sobre vacina e convenceu a população que ela deveria ser vacinada. E eu acho que nós estamos mudando o discurso. Deveríamos estar agora falando para a população exatamente isso: quando nós tivermos uma vacina, a população deve comparecer, porque assim vai estar protegida, é dessa forma que a economia vai voltar a rodar. A gente precisa é dar confiança à população de que ela vai receber uma vacina segura e eficaz”.

Já o assessor técnico do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) considera que, felizmente, na sociedade brasileira, esse movimento antivacina ainda não chegou com a força que ganhou em outros países. Por isso, Alessandro Chagas acredita que, mesmo que “grupos radicais” não queiram se vacinar,

o problema maior no caso da Covid-19 vai ser exatamente o oposto: a corrida por uma vacina que não vai existir em quantidade suficiente para todo mundo. O presidente do Conass argumenta que, do ponto de vista operacional, essa organização é simples: basta escalar a vacinação pela inicial do nome, por exemplo – um dia para a letra A, outra para a B e assim por diante. Mas a preocupação do assessor do Conasems vai além da organização. “Depois que a gente define quais as prioridades, quem vai fazer a segurança dessa vacina?”, questiona. E justifica: “Não sei, o mundo está meio estranho”. Carlos Lula, por sua vez, resalta a importância de se garantir que não haja “nenhum tipo de fraude nesse mecanismo” de priorização. “A imunização [da Covid-19] não vai ser uma experiência simples, pelo contrário, vai ser uma experiência complexa”, opina.

Quem controla?

A falta de definição sobre qual vacina será aprovada e adotada pelo Programa Nacional de Imunização no Brasil deixa pontos de interrogação sobre as eventuais dificuldades. Como é possível que mais de uma vacina seja incorporada para dar conta do montante de pessoas a serem vacinadas, isso acaba realçando um problema que Alessandro Chagas, do Conasems, diz que é muito anterior à pandemia: a fragilidade dos sistemas de informação que deveriam permitir o controle das doses aplicadas. Ele explica: “Todas as vacinas que têm sido testadas no Brasil até agora prevêm mais de uma dose. Provavelmente, teremos mais de uma marca de vacina sendo operacionalizada ao mesmo tempo: por exemplo, a da AstraZeneca [com a Fiocruz] e a do Butantã. Só que elas não são intercambiáveis”.

Não há qualquer novidade em se utilizar mais de uma marca de vacina – isso já acontece com várias, inclusive a que imuniza contra o sarampo. Mas em nenhuma delas há problema de se tomar a primeira dose de uma marca e a segunda de outra. No caso da Covid-19, talvez no futuro isso deixe de ser um risco, mas, neste momento, por se tratar de uma vacina nova, segundo Alessandro, o consenso é de que cada pessoa deve tomar todas as doses da mesma vacina. E isso impõe decisões sobre a forma como os municípios farão esse controle. “Tem pessoas que viajam, transitam. Nós vamos dizer que elas têm que ir à unidade delas para tomar a vacina de novo? Ou vamos dizer que elas podem tomar em outro lugar, onde estiverem? Vamos dar um documento para que a pessoa também seja responsável [pelo controle das doses tomadas]?”, exemplifica, completando: “Precisamos de um sistema [de informação] que dê robustez. O sistema atual não dá conta disso”. Ele conclui: “Não é impossível operacionalizar, mas temos que falar a verdade sobre isso”.

Em nota sobre o plano de vacinação divulgado pelo Ministério da Saúde em dezembro, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) afirma que “há consenso entre especialistas quanto à necessidade de rastreamento dos vacinados mediante CPF ou Cartão Nacional de Saúde” mas alerta que a falta dessa identificação não pode ser um obstáculo à imunização “sob risco de prejudicar segmentos sociais menos favorecidos e ‘invisíveis’ que podem não possuir os documentos”. Também tem sido reconhecido como um obstáculo para o PNI o anúncio de que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) exigirá dos usuários a assinatura de um termo de responsabilidade sobre possíveis efeitos da vacina que for aprovada de forma emergencial. “Se acontecer, será a ampliação de um estudo clínico, não vacinação”, critica Carla Domingues, ressaltando que os voluntários que participam de pesquisas de eficácia dos imunobiológicos demoram muito mais tempo nesse processo do que o esperado para a vacinação propriamente dita. Sem contar os recursos que isso demandaria, diz, lembrando que será preciso destacar profissionais para entregar, explicar e recolher assinatura do documento e que isso se torna ainda mais complicado diante de parte da população não alfabetizada e indígenas, por exemplo.

O dilema da geladeira

Outro desafio que também depende da vacina a ser adotada diz respeito à temperatura em que ela precisará ser armazenada. No momento em que esta reportagem foi finalizada, era amplamente noticiado o início da imunização no Reino Unido utilizando a vacina produzida pela Pfizer – o que os representantes dos gestores municipais e estaduais ouvidos nesta matéria afirmam que seria uma impossibilidade no Brasil hoje. Isso porque essa vacina, como outras que estão sendo testadas, precisa ser guardada a uma temperatura negativa – neste caso específico, a menos 70°C. “Se for essa vacina, o país não está preparado. Precisa organizar sua rede de frio para dar conta disso”, concorda Carla Domingues.

E o que isso significa na prática? “Vai ter que comprar esses geradores, vai ter que adequar sua cadeia de transporte para transportar a vacina a menos 70°. Vai ter que ter esses geradores tanto em nível estadual quanto municipal para armazenar isso. Teria que ter refrigeradores na sala de vacinas com capacidade de armazenamento...”, enumera, concluindo que isso teria um custo “elevadíssimo”. O presidente do Conass concorda: “A gente não tem estrutura e seria muito caro montar essa estrutura de distribuição, de acondicionamento e depois de aplicação [da vacina] nessa temperatura”. Já o assessor do conselho de secretários municipais de saúde é ainda

mais definitivo: “O Conasems deixou claro que as vacinas negativas são impossíveis de serem implementadas no Brasil”.

Ao apresentar proposta de compra ao governo brasileiro, a Pfizer argumenta que desenvolveu embalagens para o armazenamento da vacina na temperatura adequada por até 15 dias, utilizando gelo seco. Para o

assessor do Conasems, essa solução é típica de “quem não conhece a diversidade do Brasil”. “Só para você ter uma ideia, para vacinar em torno do rio Purus, por exemplo, dependendo do município em que está, você gasta 17 dias para fazer a vacinação na calha do rio, porque você sobe de um lado da margem, por sete ou oito dias, e depois desce pelo outro lado”, exemplifica. Por isso, ele reafirma que, “para garantir a equidade”, mesmo com essa solução, o Brasil não tem condições de operacionalizar a aplicação dessa vacina no SUS, exceto em centros urbanos, combinada, portanto, com outras vacinas. “Acho que teremos que organizar inúmeros arranjos”, conclui. Em nota conjunta assinada em dezembro, após a divulgação da primeira versão do plano de vacinação contra a Covid-19 pelo Ministério, Conass e Conasems defendem a incorporação de “todas as vacinas contra a Covid-19 com reconhecidas eficácia e segurança”, considerando principalmente “aquelas que já estão sendo testadas no Brasil” e apontam a necessidade de que esse processo seja coordenado pelo Ministério da Saúde. “O PNI é um patrimônio do Brasil e sua experiência já consolidada na realização de campanhas de grande porte e seu forte vigor técnico são um importante trunfo para atender a este desafio”, diz o texto.



DEVERÍAMOS ESTAR AGORA FALANDO PARA A POPULAÇÃO EXATAMENTE ISSO: QUANDO NÓS TIVERMOS UMA VACINA, A POPULAÇÃO DEVE COMPARECER, PORQUE ASSIM VAI ESTAR PROTEGIDA, É DESSA FORMA QUE A ECONOMIA VAI VOLTAR A RODAR. A GENTE PRECISA É DAR CONFIANÇA À POPULAÇÃO DE QUE ELA VAI RECEBER UMA VACINA SEGURA E EFICAZ’

CARLA DOMINGUES

Epidemiologista e ex-coordenadora do PNI

Neste momento, as maiores expectativas recaem sobre as vacinas de Oxford e a Sinovac, para as quais já existem acordos de fabricação no Brasil – a primeira pelo governo federal, por meio da Fiocruz, e a segunda pelo estado de São Paulo, com a produção do Instituto Butantã. Ambas podem ser armazenadas em temperaturas positivas. “Diante das evidências que a gente tem até agora [sobre as vacinas a serem incorporadas], eu diria que a gente está preparado sim”, conclui o presidente do Conass.

Via assessoria de imprensa, a reportagem entrou em contato com o Ministério da Saúde, solicitando entrevista com a coordenação do PNI para tratar tanto sobre a história e estrutura do programa quanto dos desafios relacionados à Covid-19, mas não obteve resposta. ○



PROFISSIONAIS QUE FAZEM A VACINAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO

Conhecimento sobre imunização e atualização constante garantem mais segurança à população

Cátia Guimarães

Conhecer a vacina, a faixa etária para a qual ela é indicada, o número de doses em que é aplicada, saber orientar o usuário sobre os possíveis efeitos colaterais: esses são alguns requisitos que se esperam dos profissionais de saúde que estão na ponta, atendendo a população que vai ser imunizada. “Coisas erradas podem acontecer? Sim, por falta de conhecimento”, resume Marluce de Almeida, técnica de enfermagem aposentada, que trabalhou mais de 25 anos em centrais de vacina do município do Rio de Janeiro, responsáveis pelo armazenamento e distribuição das vacinas entre as unidades de saúde. Jurema Santos, auxiliar de enfermagem do Rio, concorda: “Em imunização, qualquer descuido pode dar em erro. Precisa haver cuidado em todas as etapas: desde o registro na caderneta até o [momento de] chamar a pessoa certa e aplicar o imunobiológico certo. E também, agora, no registro feito no sistema [de informação] do SUS”.

Por isso, Marluce defende que, para garantir um bom resultado da vacinação, os profissionais precisam de uma formação mais sólida na área de imunização, acompanhada por cursos de atualização permanentes. Ela considera como fundamental para o seu trabalho o Curso de Especialização Técnica em Rede de Frio que, tal como Jurema, ela fez durante um ano e meio na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fiocruz. “Com direito a trabalho de conclusão apresentado a uma banca que nos fazia perguntas e que a gente estava preparada para responder”, orgulha-se.



**ESSA VACINA ESPECÍFICA DA
COVID-19 VAI PRECISAR DE
MUITA CAPACITAÇÃO'**

JUREMA SANTOS

Auxiliar de enfermagem



Junto com a coordenação e outros profissionais da rede municipal de saúde, a técnica ajudou a tocar um projeto que previa uma atualização mensal dos trabalhadores que lidavam com vacina sobre aspectos diversos, como condições de armazenamento e identificação da seringa adequada, entre vários outros. Isso sem contar as informações sobre cada vacina nova que entrava no calendário. “O conhecimento tem que ser contínuo. Não dá para fazer [a formação] hoje e pronto, acabou”, defende.

Ela conta que, mesmo com todo esse investimento em formação, a dificuldade era grande. E a principal razão, segundo Marluce, era a alta rotatividade dos profissionais. “Talvez por serem terceirizados, muitos não ficavam muito tempo empregados”, conta, acrescentando que o rodízio dos trabalhadores dentro da própria unidade era outra faceta desse mesmo obstáculo. “Você está na sala de vacina, aprendeu aquilo. Aí, daqui a pouco, tiram você dali, colocam na clínica médica. Você passa meses lá. Quando retorna, já entrou outra vacina [no calendário] e você não sabe nada sobre ela. Onde aprender?”, ilustra. O assessor técnico do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) completa: “Há 25 anos você formava um auxiliar de enfermagem, tinha quatro vacinas, a pessoa dominava. Hoje você tem nove vacinas só até [a criança] completar um ano de idade, já são 44 imunobiológicos”, diz Alessandro, ressaltando que o “aumento de complexidade” do Programa Nacional de Imunização ao longo dos

anos “se transfere para a ponta automaticamente” e que isso “gera medo nas pessoas”.

Marluce explica que esse conjunto de conhecimentos é necessário também para a produção de informações e o acompanhamento da cobertura vacinal. No seu trabalho, por exemplo, ela precisava conferir os formulários de API, Avaliação do Programa de Imunizações, que registra todas as vacinas aplicadas em cada unidade de saúde, discriminando por dose e idade, entre outros campos. “Nós tínhamos que entrar em contato com a unidade para esclarecer, por exemplo, por que a tríplice viral tinha sido feita numa criança de nove meses. Muitas vezes era erro de digitação. Mas, se tivesse sido feito errado, nós sabíamos qual foi a criança e enviávamos aquela informação para a vigilância acompanhar”, exemplifica, ressaltando que, sem conhecimento, todo esse processo fica comprometido.



**QUERO FRISAR A
IMPORTÂNCIA DO
CONHECIMENTO NA
ÁREA DA SAÚDE NÃO SÓ
PARA OS MÉDICOS, MAS
PRINCIPALMENTE PARA NÓS,
TÉCNICOS, QUE SOMOS
A PONTA, QUE SOMOS A
PORTA, ONDE O USUÁRIO
CHEGA PRIMEIRO’**

MARLUCE DE ALMEIDA

Técnica de enfermagem aposentada

A atualização constante dos profissionais se faz necessária também em função de um problema que, como você leu na reportagem principal desta revista sobre este tema, tem atrapalhado o bom funcionamento do PNI: a falta de vacinas no mercado, que obriga os gestores a improvisarem para não falhar na imunização. Alessandro Chagas, do Conasems, exemplifica: se a vacina pentavalente está em falta, muitas vezes se utiliza a tetra acompanhada de outra. E todas essas mudanças precisam chegar ao profissional de saúde da ponta.



Formatura do curso de especialização técnica em Rede de Frio, da EPSJV/Fiocruz

No caso de uma vacina nova como a que provavelmente virá para a Covid-19, esse cenário ganha elementos extras. Marluce conta que, na sua experiência, toda vez que entrava uma vacina nova no calendário, surgiam pessoas manifestando medo de tomá-la. “Desde que me entendo por técnica de enfermagem é assim”, diz, lembrando que parte desse discurso era reproduzido por quem teve reações à vacina. “Será que na hora em que foi tomar a vacina ela recebeu alguma orientação sobre as reações [esperadas]?”, questiona. E vai além: “Será que o técnico hoje consegue distinguir o que é uma reação adversa e o que é [consequência de] uma vacina que foi feita errada? Não sei. Precisa ter conhecimento para isso”. Por isso, Marluce resalta que os governos precisam explicar aos profissionais tudo que for possível sobre a Covid-19: ensinar sobre o vírus, o contexto da pandemia, os objetivos da vacinação, entre outros aspectos. “Quero frisar a importância do conhecimento na área da saúde não só para os médicos, mas principalmente para nós, técnicos, que somos a ponta, que somos a porta, onde [o usuário] chega primeiro”, conclui. Argumentando que “até para fazer registro é preciso entender um pouco daquela vacina com que se está trabalhando”; Jurema também faz um apelo: “Essa vacina específica [da Covid-19] vai precisar de muita capacitação”.

Embora o Ministério da Saúde tenha divulgado uma versão preliminar do plano de imunização para a Covid-19, o presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) alerta que o processo de formação dos profissionais só pode começar quando se definir qual ou quais vacinas serão aplicadas no país. “Tem vacina de duas doses com intervalo de oito semanas, tem vacina que são duas doses com intervalo de duas semanas, tem vacina que dose única, de três doses... A depender da vacina que seja incorporada pela União para ser distribuída aos estados, a gente vai ter uma resposta diferente, portanto, um treinamento diferente”, explica Carlos Lula. ○

DESAFIOS PARA A NOVA GESTÃO

Especialistas de saúde, educação e financiamento público apontam nessa rodada de perguntas quais os principais problemas que os gestores municipais devem encarar na nova legislatura, de 2021 a 2024

Viviane Tavares

Os novos gestores de saúde e educação que assumiram a administração de seus municípios em janeiro de 2021 encontraram mais dificuldades que os seus antecessores, apontam os especialistas. No total, 5449 prefeitos foram eleitos no ano passado, dos quais 963 farão um segundo mandato.

O cenário está posto. Desafios antigos e novos se juntarão na administração dos municípios. Filas de cirurgias eletivas, falta de materiais, equipes adoecidas,

corrida pela vacina, aulas remotas e novas estruturas de sala de aula são algumas das questões que os novos gestores terão que enfrentar, de acordo com seis especialistas em saúde, educação e financiamento dessas políticas ouvidos pela reportagem. E tudo isso vai acontecer com os cofres mais vazios do que em 2020, já que, conforme previsto na lei 173/2020 e disponibilizado no orçamento de 2021, os municípios, assim como estados e Distrito Federal, deixarão de receber o auxílio emergencial pago pela União em função do contexto da pandemia.

SAÚDE

QUAIS OS PRINCIPAIS DESAFIOS DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE PARA A NOVA GESTÃO 2021-2024?

Gastão Wagner Sousa Campos

Médico sanitarista e professor da Universidade de Campinas

ABRASCO

Duas posturas dos prefeitos e dos secretários de saúde municipais são fundamentais. Uma é a defesa do fortalecimento do SUS [Sistema Único de Saúde]. E a segunda é que eles funcionem como agentes políticos dessa defesa. O município isolado, sozinho, não conseguirá garantir o direito universal, integral e equitativo à saúde. [Devem], inclusive, agir através do Conasems [Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde] e construir os colegiados regionais para garantir o devido apoio financeiro, logístico e na política de pessoal das secretarias estaduais e do Ministério da Saúde. E, por fim, acrescento ainda que busquem uma comunicação transparente com a sociedade civil, com os usuários [do SUS]. Comunicação transparente significa reconhecer os problemas que têm, apontar as vantagens e o que funciona bem, e contar com o apoio político da sociedade.

Agora, em relação aos procedimentos, a primeira ação é o combate à pandemia. Os novos gestores têm tarefas importantes. Uma é cobrar ação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e também realizar o que está evidente: garantir a vacinação imediata de, no mínimo, 80% da população o mais rápido possível. Os secretários de saúde precisam participar dessa negociação difícil.

Além disso, todos os municípios precisam fortalecer a atenção primária, a Estratégia de Saúde da Família e defender os Nasf [Núcleos Ampliados de Saúde da Família]. Na portaria do Programa Previner Brasil [nº 2.979/19], o Ministério da Saúde se isentou de financiar os Nasf e ficou por conta dos prefeitos fecharem os quase 7 mil que existem no Brasil. Cabe a eles e aos estados manterem [esse núcleos] com orçamento próprio, o que é muito difícil.

E outro desafio é imediatamente envolver a atenção primária na vigilância epidemiológica comunitária e territorial, que é tão importante quanto a vacina. Os casos novos que vão aparecendo precisam ser diagnosticados rapidamente. Cada unidade básica, cada equipe tem que ter acesso ao teste. O resultado precisa sair em 48 horas, em três dias no máximo, para fazer o rastreamento dos comunicantes e o bloqueio.

A meu ver, é necessário ainda que se faça um programa ao longo do mandato, de estender a atenção primária para atender os problemas crônicos, continuar com vacinações de tudo que for prevenível, fazendo um trabalho territorial. Além da pandemia de Covid-19, é importante a gente enfrentar a dengue, chikungunya, a violência, a violência doméstica, os traumas do assassinato, ou seja, [continuar] esses programas de promoção à saúde e vigilância. Todas as cidades estão sofrendo com isso.

E a outra coisa é o seguinte: os municípios precisam ter um sistema de gestão que combine a valorização dos trabalhadores de saúde com a responsabilização sanitária. A pandemia mostrou que nem equipamento de proteção individual (EPI) a gente tem. Mesmo passando a pandemia, os profissionais de saúde precisam de EPI para entrar na casa dos outros paramentados,

para fazer atendimento, para proteger a si próprio e ao usuário. Precisam chamar os estados e o Ministério da Saúde e construir políticas de pessoal integradas. Tem que ter uma política de pessoal para atenção primária, e não só repasse de recursos para o município por cada equipe, população cadastrada ou seja lá o que for. É preciso que o Ministério da Saúde e a secretaria de estado se envolvam, que a gente tenha políticas de pessoal do SUS, com contribuição orçamentária para seleção de pessoal e capacitação dos três entes federados.



Mauro Junqueira

Secretário executivo do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems)

CONASEMS

Disparado, o problema mais grave do SUS é o subfinanciamento. Nós temos R\$ 3,79 por habitante/dia para fazer tudo que está garantido no texto constitucional. E ainda, este ano, com o cenário todo da pandemia. Nos 30 anos do SUS, o governo federal aplicou 1,5% do PIB [Produto Interno Bruto] em saúde, os municípios brasileiros têm colocado cada vez mais recursos na saúde porque a judicialização é muito forte e acontece lá na ponta, onde o prefeito está, onde os órgãos de controle sabem como encontrar o secretário de saúde.

Em seguida, tem a questão dos recursos humanos. Faltam, em várias partes do país, profissionais médicos para dar atenção básica à saúde para os brasileiros. Outro grande problema é com relação aos vazios assistenciais em serviços como, por exemplo, oncologia, cirurgias de média e alta complexidade, ortopedia, uma série de outros procedimentos que nós não te-

E eu faço um apelo aos prefeitos: que não importem para a área da saúde modelos de gestão que funcionam quando se tem uma linha de produção de *fast-food*. Na saúde a gestão que funciona é aquela que responsabiliza as equipes, os profissionais dos hospitais etc. não por procedimentos, não por produtividade, mas por uma população e pelos problemas de saúde. Ou seja, é preciso cobrar a responsabilidade sanitária, é preciso cobrar envolvimento, mas limitar a burocratização e o gerencialismo, que só aumentam o sofrimento dos profissionais de saúde e não melhoram a qualidade nem a humanização do atendimento.

mos em todos os municípios. São barreiras que os municípios enfrentam no seu dia a dia, que estão além da pandemia.

Mas o segundo grande problema do SUS é a rotatividade na gestão. Em 2021, a gente espera que haja mais ou menos 4 mil novos secretários de saúde. Esses gestores vão chegar no meio de um cenário de pandemia, em meio ao desafio de imunizar toda a sua população num cenário em que não se têm ainda vacinas disponíveis e se inicia uma distribuição de vacinas ainda muito aquém da necessidade da população. E isso com um orçamento do Ministério da Saúde igual aos dos anos anteriores, sem o orçamento de guerra que nós tivemos em 2020. Temos todo um cenário novo, com um déficit de 1,1 bilhão de procedimentos ambulatoriais e hospitalares que deixaram de ser realizados em 2020. Eu, que sou gestor nos últimos 30 anos, posso dizer que será um ano tão difícil quanto foi 2020. Então, as perspectivas não são boas.

Para isso, o Conasems vai lançar ao longo do primeiro trimestre algumas estratégias para apoiar esses gestores, tanto os que vão se manter na gestão quanto os novos. Entre elas, tem a elaboração de um manual de apoio à gestão, que ele edita a cada dois anos, e que vamos transformar num processo de educação. Há muitas questões a debater com novos gestores, que envolve o cenário pandêmico mas o que tínhamos antes dele também.

EDUCAÇÃO

QUAIS OS PRINCIPAIS DESAFIOS DOS GESTORES MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO PARA A NOVA GESTÃO 2021-2024?



Andréa Barbosa Gouveia

Doutora em educação e professora da Universidade Federal do Paraná

ARQUIVO PESSOAL

Por um lado, as gestões municipais contarão com um novo cenário de financiamento da educação devido à aprovação da Emenda Constitucional 108, que torna o Fundeb [Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação] permanente. Por outro, são gestões que começam no meio de uma grave crise econômica aprofundada tanto pela austeridade fiscal quanto pelo contexto da pandemia de Covid-19. A aprovação do Fundeb permanente implica uma complexidade maior na execução dos recursos para a educação, pois a ampliação da complementa-

ção da União ao Fundo passará a ser de 23%. E agora municípios que estão em estados que não tinham complementação poderão passar a receber. A definição do Custo Aluno-Qualidade [CAQ] também pode vir a ser um elemento de ampliação de recursos para os municípios pobres. A vigência do Fundeb permanente em 1º de janeiro de 2021 exigirá atenção dos gestores para que esses elementos permitam organizar as redes para avançarem na oferta educacional.

O avanço na qualidade da oferta tem pelo menos duas implicações. Uma é a ampliação das redes municipais de forma a assegurar vagas, especialmente para a educação infantil na qual ainda convivemos com listas de espera sem qualquer perspectiva de atendimento. A obrigatoriedade da oferta de educação a partir dos quatro anos ainda não assegurou que todas as crianças estejam matriculadas, portanto a garantia de pré-escola – etapa da educação infantil para crianças de quatro e cinco anos – continua na agenda de muitos municípios. Porém, é urgente a expansão da oferta de educação na etapa da creche – para crianças

de zero a três anos. Do ponto de vista da oferta, as gestões municipais têm o grande desafio de avançar na quantidade.

A segunda grande questão é a valorização dos trabalhadores de educação, especialmente do magistério. O cenário de austeridade mais uma vez tem significado congelamento de carreiras em muitos municípios e descumprimento das condições definidas nas carreiras em outros. É de extrema importância respeitar quem educa e parte desse compromisso depende das condições de remuneração e cumprimento do Piso Salarial Profissional. Em um cenário de crise, os prefeitos não podem tomar o caminho mais fácil de cortes de direitos, é preciso que o compromisso com a educação seja expresso na manutenção das condições de oferta.

Aliado a esses elementos, os gestores têm como tarefa imprescindível cumprir os termos dos Planos Municipais de Educação,

que têm metas e estratégias que devem expressar as demandas locais. Cabe aos gestores eleitos em 2020 cumprirem a lei local, portanto, pensarem o Plano Plurianual (PPA) que será elaborado no primeiro ano de gestão, incorporando as demandas do PME.

Finalmente, os gestores municipais precisam contribuir para que superemos as rachaduras que nossa democracia vive desde 2016. A ausência de diálogo é um grande dilema que amplia a violência em diferentes formas. Gestão democrática da educação pública, diálogo e respeito aos trabalhadores e garantia de direitos a crianças, jovens e adultos são compromissos indispensáveis para quem assume o cargo de prefeito nas cidades, mas também para todos os vereadores que terão a tarefa de fiscalizar e legislar nos milhares de municípios brasileiros.



Luiz Miguel Garcia

Presidente da União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação (Undime)

É preciso categorizar os desafios. Há aqueles de caráter político-administrativos porque, com o fim de uma gestão e início de outra, e a chegada de novos dirigentes sem experiência na gestão, eles precisam se inteirar, ter informações sobre estrutura, funcionamento etc. Nesse sentido, a Undime tem o 'Guia dos 100 dias', um documento de referência para nortear esse trabalho de formação básica dos gestores. E temos um desafio sanitário, que é a preparação da estrutura das escolas para receber os alunos no processo de retomada. É importante, primeiro, garantir que todos os municípios tenham protocolos e que as escolas estejam prontas para esse início quando ele for possível. Essa adaptação da rede escolar também está colocada. Dentro desse contexto nós temos os desafios ainda da questão financeira. A perspectiva de queda do valor aluno/ano do Fundeb para o ano que vem vai gerar um impacto bastante forte. Vai ter que reprogramar o orçamento, inclusive aqueles que foram enviados para as câmaras.

E temos ainda os desafios pedagógicos, que são a compreensão do que foi possível ser feito até agora e a construção de uma estratégia de trabalho que permita olhar para trás e ofertar em 2021 aquilo que

não foi possível ser desenvolvido em 2020. De que forma isso é possível? Sobretudo por meio da construção de projetos complementares. Nós sabemos que simplesmente utilizando a estrutura de horário que existe, isso não será possível. Então, vai ser necessário usar períodos complementares, novas metodologias, ensino híbrido e tantas outras questões para se garantir que não vai ficar nenhum direito de aprendizagem sem ser ofertado ao aluno.

Antes mesmo do cenário pandêmico, os desafios postos já eram grandes, porque precisamos superar a questão das dificuldades financeiras e a correção do Plano Municipal de Educação, do Plano Nacional de Educação. Por exemplo, a questão da educação infantil é um desafio para muitas redes.

E, falando sobre a educação dos anos iniciais, nós sabemos que só com atividade presencial não vai ser possível realizá-la. E a gente tem metodologias que permitem fazer um trabalho misto de atividades. Sobretudo quando voltarem as aulas presenciais, a gente tem condição de desenvolver ensino híbrido, que exige um acompanhamento, orientação, um monitoramento do professor e das atividades a serem desenvolvidas em outros espaços. A grande expectativa agora é que a gente possa começar a qualificação de professores e funcionários para o desenvolvimento dessa metodologia. Para isso, é preciso financiamento. E como eu disse anteriormente, nós temos uma queda em torno de 8% do valor aluno/ano em função da queda do movimento econômico. Nós temos dito isso reiteradamente. A Undime tem dito da importância de o Ministério da Educação buscar instrumentos para sanar essa lacuna. O orçamento atual não permite esse tipo de ação, infelizmente.

FINANCIAMENTO

QUAL O PRINCIPAL DESAFIO QUE OS GESTORES MUNICIPAIS ENFRENTARÃO NA GESTÃO 2021-2024 EM RELAÇÃO AO FINANCIAMENTO DA EDUCAÇÃO PÚBLICA?



José Marcelino

Professor da Universidade de São Paulo e membro do Conselho Municipal de Educação de Ribeirão Preto (SP)

Dentre seus muitos efeitos, a pandemia de coronavírus que nos atingiu mostrou que a pobreza no Brasil é bem maior do que se pensava e que nossa escola, como o rei da história, estava nua. Ela deixou à vista problemas crônicos do nosso sistema escolar de educação básica, em particular, o atraso tecnológico, a falta de recursos e suporte aos professores e a grande dificuldade da equipe escolar em estabelecer relações significativas com as famílias. Embora clame por participação familiar, boa parte dos gestores entende essa participação

como mero alinhamento com diretrizes escolares que, muitas vezes, representam restrições do direito a uma educação de qualidade, tais como: exigência de uniformes; pagamento de taxas de APM [Associação de Pais e Mestres], 'direito' de reprovar os estudantes, estabelecer códigos disciplinares sem a participação dos interessados e que fazem pouco ou nenhum sentido para os estudantes.

O primeiro desafio pós-pandemia: as crianças e jovens devem encontrar uma escola diferente, mais atrativa e receptiva, que ensine coisas que façam sentido para a vida da comunidade onde está inserida. O segundo é que a escola precisa entrar no mundo virtual, deixar de brigar com os celulares de seus alunos, incorporando-os ao cotidiano das salas de aula e das atividades escolares. Mas para isso é preciso garantir a universalização do acesso à rede mundial de comunicação. As experiências de ensino remoto em meio à pandemia mostraram as lacunas nas regiões urbanas mais pobres e periféricas, assim como na zona rural. Enquanto isso, o FUST [Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações], com R\$ 22 bilhões em caixa, teve uma execução de apenas 0,002% desde sua criação. Há um projeto [PL 172/2020] aprovado no Senado que busca mudar essa triste sina.

Outro desafio é garantir condições adequadas de higiene e saúde, reduzindo o número de alunos por turma. Essa medida implica significativo esforço financeiro por parte das prefeituras, seja na contratação de novos professores, seja na ampliação do espaço físico. Esse esforço será acentuado frente à nova de-

manda de crianças e jovens vindos da rede privada de ensino em virtude das restrições econômicas sofridas por suas famílias.

Essa demanda adicional de recursos ocorre exatamente em um momento de queda dos recursos do Fundeb, principal fonte de recursos para a educação para boa parte dos municípios brasileiros. Em 2017, para metade dos municípios, o Fundeb representava 71% do total de recursos educacionais; 91% para 5% do total. Como a principal fonte do Fundeb, o ICMS [Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços], depende diretamente da atividade econômica, é fundamental a recuperação da economia no ano de 2021 sendo, para tanto, imprescindível a manutenção de programas de transferência de renda à população mais pobre.

O governo federal tem um papel central nesse apoio aos municípios nos próximos quatro anos. A ampliação do complemento da União [no Fundeb], de 10% para 23%, também vai beneficiar muitos municípios de menor receita em todos os estados da federação. Contudo essa ampliação será em doses homeopáticas, só atingindo o valor final em 2026.

Finalmente, é fundamental que os prefeitos eleitos e seus respectivos secretários tenham como norte para sua atuação o respectivo Plano Municipal de Educação e fujam das propostas miraculosas para a educação, tão ao gosto das ONGs ligadas ao setor empresarial e das consultorias privadas e implementem uma política de Estado, em sintonia com o Conselho Municipal de Educação. Aprendemos com a pandemia que a escola precisa ser mais próxima de sua comunidade e mais bonita e atraente para seus estudantes.

QUAL O PRINCIPAL DESAFIO QUE OS GESTORES MUNICIPAIS ENFRENTARÃO NA GESTÃO 2021-2024 EM RELAÇÃO AO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA?



Francisco Fúncia

Economista e consultor da Comissão de Financiamento e Orçamento do Conselho Nacional da Saúde

Eu entendo que nós estamos vivendo uma grave crise econômica no Brasil, que não é de responsabilidade exclusiva da pandemia. Quando tivemos a primeira morte oficial registrada por Covid-19 no país e as medidas de isolamento social, que tiveram repercussão na atividade econômica a partir de março, nós passamos a enfrentar uma situação que já pegou um país debilitado do ponto de vista da sua dinâmica econômica. É importante isso ficar claro, porque o país já vem patinando do ponto de vista econômico, por responsabilidade das decisões que estabelecem medidas de austeridade fiscal, especialmente a partir de 2016, quando se aprova a Emenda Constitucional 95.

O grande equívoco da Emenda Constitucional 95 não está na ideia de que é preciso encontrar mecanismos para controlar as contas públicas ou equilibrá-las. O grande erro é que se escolheu um mecanismo errado para fazer isso que é, basicamente, um teto de despesas primárias congeladas no nível de 2016. E isso significa que você tira completamente a capacidade do país de financiar políticas públicas capazes de reduzir a desigualdade, tira a capacidade de o gasto público ser um dos elementos para promover um processo de retomada da atividade econômica diante de um cenário de recessão, em que não há estímulo aos investimentos privados. O gasto público tem esse papel de compensar a falta de gasto privado e, com isso, possibilitar uma retomada da atividade econômica. Manter o teto a qualquer custo é matar as pessoas. E esse

cenário da Emenda 95 também tirou recursos do SUS porque congela o piso da saúde no nível de 2017 e, como a população cresce, é óbvio que a cada ano você está alocando um valor menor da receita para a saúde.

E o que isso reflete na gestão municipal? Dois terços do orçamento do Ministério da Saúde são para estados e municípios. À medida que você fragiliza o financiamento do SUS federal, também está comprometendo a capacidade do Ministério da Saúde em participar, como a Constituição estabelece, desse financiamento tripartite. Os estados têm sempre uma participação muito pequena no financiamento municipal, portanto, o que está acontecendo é que os municípios que, na média, aplicam em torno de 25% da sua receita de impostos e transferências, embora o piso dos municípios seja 15%. Nesses últimos quatro anos a participação dos municípios no financiamento do SUS está em torno de 31%. Isso tende a comprometer o atendimento da população, traz prejuízos para a qualidade do atendimento que, pela lógica do SUS, é descentralizado. Um outro aspecto é que essa política econômica de austeridade fiscal — em que o país não cresce, ou cresce em níveis baixos — interfere na receita dos municípios por dois motivos: porque uma parte da receita das cidades vem da atividade econômica, como é o caso, por exemplo, do ISS [imposto sobre serviços] que, [caindo], compromete também uma parte da arrecadação dos municípios. Segundo, não só na saúde, os municípios são muito dependentes das transferências [federais e estaduais]. E a atividade econômica em queda também interfere na arrecadação de tributos federais que são transferidos. Por exemplo, tem uma parte de IPI [Imposto sobre Produtos Industrializados], que é transferido para o fundo de participação dos municípios. Se as empresas não têm lucro, cai o imposto de renda da pessoa jurídica, que também tem uma parte transferida para os municípios. Se as atividades econômicas estão em baixa, o ICMS dos estados está em baixa, uma parte disso é transferida para os municípios. Então, a atividade econômica em baixa interfere na arrecadação das três esferas. O

'TEMOS QUE APROVEITAR ESSE MOMENTO DE RECRUDESCIMENTO PARA AVALIAR ONDE ESTAMOS ERRANDO'

Julia Neves



A imprensa noticiou a chegada de uma segunda onda de Covid-19 em alguns países da Europa. Como se define uma segunda onda? Existe algum cálculo de variação da média móvel, por exemplo, para definir que uma primeira onda acabou e a outra começou?

Não é muito clara essa definição. Geralmente a gente tem uma segunda onda quando há um aumento no número de casos de internações ou óbitos depois de uma queda importante e um período de controle da epidemia numa região geográfica delimitada. No caso do Brasil, a gente não teve um controle adequado, houve uma queda no número de casos e óbitos, mas ficou num patamar alto. Teve toda uma flexibilização do distanciamento, sem um aumento adequado na vigilância, o que faz com que a gente tenha um quadro que parece mais uma continuidade da primeira onda, até porque, às vezes, as ondas se caracterizam pela sazonalidade. Mas, no caso, o distanciamento social pode ter subvertido essa lógica da sazonalidade. De qualquer forma, se esperaria uma certa sazonalidade. Não está muito claro, não se sabe muito bem ainda sobre a Covid em relação a isso, mas a impressão que temos no Brasil é de que a gente tem, na verdade, ainda um aumento do número de casos da própria primeira onda.

Há controvérsias sobre se o fenômeno que está acontecendo na Europa é ou não uma segunda onda? Há uma variação entre os países?

Nós temos uma doença que é recente. A gente não sabe muitas coisas, mas já sabe outras tantas e, na Europa, eles tiveram um quadro epidêmico mais concentrado e um período de controle maior, com um número de casos mais baixos. Sim, então, lá, parece mais uma segunda onda, até porque, na Itália, por exemplo, já passou quase um ano da primeira. Enfim, não tem muita diferença do que precisamos fazer, seja primeira ou segunda onda. Eu diria que, no Brasil, o que preocupa é que estamos num patamar alto da epidemia, não tivemos um controle adequado, então, isso preocupa: que a gente possa estar se mantendo num patamar alto e ainda ter que enfrentar uma segunda onda pela frente.

ANACLAUDIA FASSA

O que aprendemos até agora sobre o combate à Covid-19? Estamos mais preparados para enfrentar uma segunda onda da doença? Nesta entrevista, a epidemiologista Anaclaudia Fassa, que é professora do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e diretora da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), diz que já houve muitos aprendizados, mas que ainda é necessário melhorar em algumas frentes, como a vigilância em saúde que, em sua avaliação, precisa de uma coordenação melhor e uma ação mais estruturada, com rastreamento de casos e contactantes.

Outra ação importante, para Anaclaudia, é “convencer as pessoas de que o vírus está aí”. Como tem se observado, no Brasil, e também em outros países, com as medidas de flexibilização, muitas vezes precipitadas, na avaliação dos especialistas, as pessoas também relaxaram nos cuidados básicos e estão deixando de lado a adoção de medidas simples, mas eficazes, como o uso de máscaras e a higienização das mãos, além de se aglomerarem em diversos locais, propiciando a propagação do vírus.

A epidemiologista pontua que, no início da pandemia, o Brasil, por ser um país continental, teve variação entre os estados, mas que, agora, o vírus já está em todas as regiões e o novo aumento de casos deve se dar de forma mais rápida e conjunta, superlotando os sistemas de saúde ao mesmo tempo.

Nacionalmente, o Brasil viveu o “pico” de casos e mortes pela Covid-19 em maio. As análises da evolução da doença dos meses seguintes, muitas vezes, partem da comparação com aquele momento. Como funcionam esses movimentos de pico e estabilização de uma doença em meio a uma pandemia como a atual? É possível repetir um pico como o de maio?

O que a gente usa como parâmetro, como ainda não há um ciclo de um ano da doença, é fazer uma analogia com outras epidemias virais, e essas outras epidemias virais costumam ter um ciclo marcado sazonal. Podemos usar o primeiro pico como parâmetro de comparação. A gente aprendeu bastante com a doença, tem uma estrutura melhor hoje. Em maio, por exemplo, a gente tinha todo aquele problema com EPIs [Equipamentos de Proteção Individual] que hoje a gente não tem. Mas em muitos lugares no Brasil houve muita desmobilização dos recursos que foram mobilizados para a epidemia. E isso agora preocupa porque precisamos de leitos e de uma vigilância forte, articulada com a atenção primária e muito ampliada. Uma questão importante quando falamos de vigilância é que, às vezes, se confunde [achando] que a vigilância é testar. Mas a vigilância é para além de testar, o testar serve para contabilizar o número de casos. Mas se não fizermos nada com esses resultados, não vamos conseguir interromper a transmissão, que é o objetivo da vigilância. Para interromper a transmissão, o que é preciso? Além de testar os suspeitos, precisamos fazer um amplo rastreamento e monitoramento de contactantes com isolamento. Então, essa é uma questão que também preocupa. Porque quando a gente flexibiliza o distanciamento, ele tem que ser acompanhado por uma ampliação da vigilância. E o que aconteceu? Tem menos casos, então, em muitos lugares a vigilância encolheu também, pessoas que estavam ali emergencialmente voltaram aos seus lugares de origem. Eu acho que temos que aproveitar esse momento de recrudescimento para avaliar onde estamos errando. E uma área em que estamos errando muito é na vigilância. Porque precisamos fazer uma ampliação sustentável da vigilância, ela vai ter que durar todo o ano de 2021. Com capacidade para testar. Claro, quando a gente tem um recrudescimento, um aumento do número de casos, a vigilância não vai dar conta sozinha, também será preciso ampliar as medidas de distanciamento. E quando a gente obtém um controle, para evitar esse reconhecimento, aí sim, é preciso uma vigilância muito ativa, que dê conta de detectar os casos e fazer todo o rastreamento de contactantes. Não esquecendo que não são somente os contatos domiciliares, mas também em contactos ocupacionais, que são muito importantes. Porque essas pessoas estão circulando, andando de transporte coletivo, muitas vezes estão fazendo as compras no mercado. Esse olhar para os contactos ocupacionais, muitas vezes, acaba em segundo plano e não sendo feito de forma adequada. Eu tenho visto dados de alguns municípios, vemos que não está se testando suficientemente os contactantes. E, com isso, contabilizamos casos, mas não conseguimos fazer a interrupção da transmissão.

A gente tem feito toda uma campanha nos meios de comunicação de massa: evite aglomerações, use máscaras... Mas

acho muito importante que os meios de comunicação também passem a enfatizar que no caso das pessoas que forem diagnosticadas com Covid-19, seus contactantes também precisam fazer isolamento por 14 dias. É impressionante, porque acho que essa orientação não está sendo feita de forma adequada, as pessoas estão muito preocupadas em fazer o diagnóstico e não estão orientando adequadamente o isolamento. Esse isolamento é necessário, inclusive para quem está assintomático. Pessoas que são casos confirmados me perguntam: ‘Eu estou assintomática, qual é a máscara que eu tenho que usar para sair de casa para trabalhar?’. Eu digo: ‘Não, não pode sair de casa’. E elas dizem: ‘Mas eu faço todas as medidas, uso máscara, uso álcool em gel, eu preciso trabalhar’. Não, casos e contatos têm que ficar em isolamento: essa é a única forma de fazer a interrupção da transmissão. E eu tenho a impressão de que isso não está sendo comunicado de forma adequada. Acho que as pessoas não estão fazendo isso, principalmente os assintomáticos. Acho que a gente precisa fazer uma campanha em relação a isso.

Nos países em que dizem que está acontecendo uma segunda onda, espera-se que haja uma diferença em relação à mortalidade pelo fato de os médicos já terem aprendido a tratar melhor a doença?

A gente sempre espera ter aprendido e ter um melhor controle, mas em alguns países isso não está acontecendo. Não há uma clareza, tem acontecido uma mortalidade bem alta nessa segunda onda em países europeus.

Em qual cenário poderíamos dizer que a pandemia foi controlada no Brasil, a ponto de podermos relaxar as medidas como aconteceu na Europa?

Precisamos ter uma taxa de transmissão sustentada abaixo de um e uma forte vigilância. Flexibilização das medidas, enquanto não tivermos outras alternativas e não tivermos vacina, significa: vamos abrir o comércio com cuidados, vamos voltar a trabalhar com cuidados. O controle não significa que a epidemia acabou, significa que a epidemia está controlada. O vírus segue circulando e se a gente não tomar os devidos cuidados, haverá recrudescimento. Então, nós temos que pensar que os cuidados relativos a evitar aglomeração, uso de máscara, uso de álcool em gel, higienização das mãos, todos esses cuidados vieram para ficar, não podem ser abandonados. Como a gente tem visto, embora em ambientes abertos, aglomeração em praias é um problema. É ao ar livre? Sim, mas é aglomeração, então, aumenta a chance de transmissão. A gente não pode pensar que a epidemia acabou.

Num país continental como o Brasil, essa análise sobre o fim ou não da primeira onda pode variar de acordo com a região, estado ou município?

Pode variar sim. Cada região tem a sua curva e isso pode variar bastante. Os tempos variaram bastante, de um estado para outro, das capitais para o interior.

Tem algum exemplo?

Começou pelo Sudeste e pelo Norte, lá no Amazonas, e foi chegar ao Sul após quatro semanas. Depois, da capital para o interior, mais outras quatro semanas. O pico aqui onde estou, em Pelotas (RS), foi em agosto de 2020, aí dá para ver a diferença que teve para o Rio de Janeiro e São Paulo. Mas, esses atrasos tiveram uma questão no início da epidemia, nós não tínhamos o vírus circulante. Quando fizemos o distanciamento mais forte no início, que estava todo mundo bem consciente da necessidade, que teve interrupção dos deslocamentos para os estados, retardamos a chegada do vírus a esses locais. Porém, neste momento, por que está acontecendo mais contaminação ao mesmo tempo? Porque o vírus já está nos locais, então, a gente não espera mais esse descompasso. E esse é um cenário ruim, porque o recrudescimento está acontecendo em vários lugares ao mesmo tempo e uma coisa que pode acontecer no início do ano, que foi a questão de compartilhamento de leitos – não tem leito em um local, manda o usuário para outro município – neste momento, se acontece ao mesmo tempo no interior e nas capitais, começa a ficar complicado. Nesse sentido, é muito importante ter clareza da necessidade de manutenção das estruturas que foram criadas para atender a epidemia. Porque, embora a gente obtenha o controle da doença, períodos de recrudescimento podem acontecer e podemos precisar de leitos de enfermaria e de UTI.

Também em relação à vigilância, houve um movimento contrário: no momento em que deveria ser ampliada, ela foi diminuída. Quando a gente obtém um certo controle da epidemia e que vamos fazer alguma flexibilização, precisa ampliar a vigilância para fazer o controle através dela. Em muitos locais, isso ocorreu ao contrário. Acho que não há e precisa haver conscientização dos gestores de que a estrutura de vigilância em saúde nos municípios precisa ser ampliada de maneira sustentável. Nós vamos ter que fazer detecção de casos e rastreamento de contatos durante todo o ano de 2021, isso precisa estar mantido. E a estrutura da vigilância não é só testagem, precisa ter a testagem, mas também toda a retaguarda para fazer o processamento desses testes, a devolução dos resultados, os telefonemas de monitoramento, a notificação e toda organização de envio dessas amostras. Em vários lugares, essas amostras, de acordo com a necessidade, vão para diferentes laboratórios, é toda uma logística bastante complexa, que demanda muito pessoal. E as vigilâncias vinham muito sucateadas, com uma estrutura muito pequena, e acho que tem que pensar que isso mudou, que precisamos de uma estrutura ampliada, que seja bem duradoura, qualificada para fazer o trabalho que precisa ser feito. Não há isolamento de população vulnerável sem proteção social, é preciso que isso seja identificado para viabilizar que as pessoas façam isolamento. É preciso um trabalho intersetorial, de forma que a assistência social esteja trabalhando junto com a saúde para promover um adequado monitoramento dos casos, dos contatos. A Atenção Primária é que conhece o território e tem um papel

importante para identificar populações vulnerabilizadas e fazer um trabalho fundamental para promover o isolamento. Mas os profissionais têm que estar muito conscientes dessa necessidade.

A pandemia chegou ao Brasil no final do verão, em março de 2020, o que de certa forma foi visto como positivo naquele momento de expectativa de que o vírus seria mais perigoso no inverno. O verão, no entanto, é tradicionalmente um período de férias, muito movimento em várias cidades brasileiras, caracterizadas por praias lotadas, entre outras atividades de lazer. E o país ainda não viveu essa realidade em meio à pandemia. A chegada de 2021, com o verão dos primeiros meses do ano, gera uma preocupação adicional?

Eu acho que a gente precisa convencer as pessoas de que o vírus está aí, mas é muito importante que as pessoas se conscientizem, tenham cuidado nos deslocamentos, nas aglomerações. Aqui em Pelotas tivemos uma situação estranha, um aumento bem forte do número de casos, e o aumento maior nos óbitos foi depois. Não temos os dados precisos, mas o que parece é que a juventude estava se aglomerando em festas. Realmente, não é o momento para esse tipo de situação. Outro dia, em contato com profissionais de saúde intensivistas, eles me diziam: ‘A gente está lá, vendo a situação em que as pessoas chegam ao hospital, e as pessoas não se conscientizam que têm que seguir usando máscara. Ficam se dizendo cansadas. E a gente aqui, desde março de 2020, com toda estratégia de descontaminação para entrar em casa, para ter contato com filho’. Não dá para se sentir cansado, precisa manter as medidas individuais e coletivas para controlar a epidemia.

O verão brasileiro também costuma ser marcado pelo crescimento de doenças endêmicas, como a dengue. Isso pode influenciar o enfrentamento da pandemia e a capacidade de controle do vírus pelos governos?

Isso afeta, evidentemente, a capacidade de oferta de prestação de serviço. Outras doenças vão demandar o serviço de saúde, exigindo ainda mais dele, e isso faz com que a gente tenha que ter mais responsabilidade ainda em fazer tudo que pudermos para manter a epidemia de Covid controlada.



E UMA QUESTÃO FUNDAMENTAL QUE A EPIDEMIA EXPLICITOU DE UMA FORMA MUITO CRUA É A QUESTÃO DA DESIGUALDADE'

Nessa suposta segunda onda, alguns países europeus têm optado por manter escolas abertas enquanto fecham outros estabelecimentos como, por exemplo, bares. Qual sua avaliação sobre isso?

A Abrasco lançou um documento chamado ‘Pare escolas, proteger as pessoas, valorizar a educação’, que complexifica bastante essa questão de abrir ou não as escolas, tendo como ideia de que não tem uma resposta única para isso. Tem uma ideia de enxergar a escola como equipamento público, como patrimônio social, como ativo comunitário. A escola organiza as comunidades, acolhe as crianças. Temos tido muitos relatos de problemas de crianças, tem a questão da violência doméstica, da saúde mental, da alimentação das crianças, muitas crianças dependem da alimentação escolar para ter uma nutrição minimamente adequada. Então, a ideia é que as escolas têm que se inserir nesse esforço de enfrentamento da epidemia sendo um espaço de acolhimento, especialmente, dos mais vulneráveis. Evidente que nem todas as escolas poderão abrir, sabemos que temos muitos problemas de estrutura que impedem as escolas de abrirem em algumas situações. Mas seria muito importante envolver professores, estudantes, responsáveis, pais e demais profissionais para discutir qual o papel de cada escola em cada comunidade, de que forma a escola pode se inserir nessa questão do enfrentamento da epidemia. Evidente que, em situações onde elas forem retomadas, é preciso garantir condições sanitárias adequadas. Mas a gente também pode ver isso como uma oportunidade de articulação entre educação e saúde, as duas políticas de maior capilaridade no Brasil. Temos escolas e unidades básicas de saúde em cada canto desse país e é muito importante que a gente utilize esse ativo comunitário para auxiliar no enfrentamento e controle da epidemia. A gente tem que ter um olhar para garantir o direito universal à saúde e educação com qualidade e equidade, temos que ter uma atenção especial com esses professores. O trabalho remoto intensificou muito o trabalho docente, tem muita precarização desse trabalho, e temos que ter um olhar atento para essa questão, valorizando esses profissionais, dando melhores condições de trabalho para esses profissionais que estão tão sobrecarregados nesse momento. Acho que a gente pode pensar que a ideia não é voltar ao normal, não existe normal, a ideia é aprender com essa epidemia e pensar que temos que construir um novo normal, uma nova situação. E pensar na escola como um local para refletir sobre o que estamos aprendendo com essa epidemia e como deve ser esse novo normal que precisamos construir. Em várias situações, vamos precisar de um ensino híbrido e é importante que a gente resolva de uma vez por todas essa questão da internet. Precisamos de uma plataforma pública de internet que atenda todas as instituições de educação básica e superior do país, que ga-

ranta acesso gratuito aos profissionais da educação e aos estudantes, principalmente aqueles em situação de vulnerabilidade, para realmente ter um olhar para a questão da equidade, caminhar no sentido da universalização dessa tecnologia, sem deixar ninguém para trás.

E o que esses meses de pandemia ensinaram ao mundo sobre a importância e a forma de se fazer isolamento social?

No início da epidemia, em março de 2020, eu dizia que a gente tinha que aprender com a epidemia. Eu acho que no decorrer da epidemia, ficamos olhando muito para curvas, picos, enfrentamentos e tal, e quando tivemos um decréscimo dos casos, eu digo: é hora de a gente retomar essa conversa sobre o que precisamos aprender. E eu acho que sim, a gente precisa aprender como lidar com essa situação, no sentido dessa ideia de que o vírus está aí, circulante, que as medidas de distanciamento, individuais e coletivas para o controle da epidemia estão aí, a população precisa aderir, mas eu acho que, para além disso, temos que aprender que essa nossa maneira de estar no mundo não está legal. Tem esse vírus aí por conta de toda uma questão ambiental, que passa pelo desmatamento, pela questão climática, e anuncia o desequilíbrio que nós estamos provocando. É preciso que a gente repense a nossa maneira de estar no mundo, leve a sério a crise climática, repense a questão do nosso consumo. E uma questão fundamental que a epidemia explicitou de uma forma muito crua é a questão da desigualdade. Não é possível esse nível de desigualdade que nós temos no mundo e, principalmente, no Brasil, que é realmente uma situação vergonhosa, onde muitos têm tão pouco e poucos têm uma quantidade enorme de recursos.

Que recado você daria à população e aos governos brasileiros diante do início de um novo ano e o crescimento dos casos de Covid-19?

O controle da epidemia necessita de coordenação. Também uma questão importante é que os dados são ruins, temos tido várias interrupções nas informações, precisamos trabalhar para melhorar a qualidade das informações sobre a epidemia, monitorar de perto para que possamos tomar as medidas necessárias de acordo com o que for ocorrendo em relação à epidemia. Precisa ampliar muito a questão da vigilância, nesse sentido de que não basta testar, mas sim, estruturar toda a vigilância de forma a dar conta do controle, investindo forte na questão do isolamento de casos e contatos, e fazer isso com a adequada proteção social. Certamente a população vai precisar dessa proteção social na medida em que temos toda uma situação importante já de desemprego e de populações vulneráveis que vão precisar ser acolhidas e apoiadas para fazer esse enfrentamento de forma adequada. O

Teremos que aprender a conviver com a Covid-19?

Especialistas discutem a possibilidade de o novo coronavírus tornar-se endêmico no país e analisam o que isso significaria para o sistema de saúde brasileiro

André Antunes

No momento em que está reportagem é escrita, no início de dezembro, a pandemia de Covid-19 não dá sinais de que deve terminar tão cedo. No Brasil, a chamada segunda onda de casos do novo coronavírus - que muitos especialistas já alertavam que poderia acontecer caso a flexibilização das medidas de isolamento social não fossem realizadas de maneira segura - dá mostras de que vem com força. O número de novos casos voltou a subir, sendo que em várias capitais do país a taxa de ocupação dos leitos de UTI tem chegado a patamares alarmantes, principalmente na rede pública, sendo que em alguns estados já se fala em retomar o chamado *lockdown* para conter o avanço da doença. No meio disso tudo há a corrida pela vacina, com alguns países, como o Reino Unido, dando início a campanhas em massa para vacinar idosos e profissionais de saúde com um dos imunizantes sendo produzidos contra a Covid-19. No Brasil, governadores vêm cobrando definições do governo federal a respeito de datas, logística e compra de imunizantes, e ainda há muitas dúvidas sobre a eficácia das vacinas sendo desenvolvidas e a capacidade de imunizar boa parte da população em um curto prazo a partir do momento em que houver a liberação por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Ou seja, ao que tudo indica, os brasileiros terão que conviver com a Covid-19 por algum tempo ainda. E alguns especialistas não descartam a possibilidade de que esse tempo pode se estender para muito além do fim da pandemia, e até mesmo depois que uma vacina eficaz começar a ser distribuída. Esse alerta já havia sido feito lá atrás, em maio, pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS), que sinalizou que o fim da pandemia não significaria necessariamente a erradicação da Covid-19, que poderia passar a se comportar como mais uma entre as várias enfermidades com as quais os seres humanos tiveram que aprender a conviver em seu cotidiano. Essa nova realidade se enquadra no que a área de epidemiologia chama de uma doença endêmica.

Mas o que isso significa?

Para responder a essa pergunta, cabe retornar aos conceitos de endemia e epidemia, que, segundo o epidemiologista Guilherme Werneck, vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e professor do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), remontam à Grécia Antiga, nos escritos daquele que é considerado um dos pais da Medicina, Hipócrates. “Em sua obra, ele já distinguia aquilo que seriam as doenças endêmicas, que estavam sempre presentes na população, das epidêmicas, que poderiam se tornar muito frequentes, mas que depois desapareciam”, explica Guilherme. E completa: “Na origem havia essa visão mais qualitativa dessa diferenciação: endemia era a doença que acontecia com frequência entre determinadas populações, permanecia estável ao longo do tempo. Já as epidemias eram aquelas cujo número de casos tinha maior variação ao longo do tempo, ou seja, elas desapareciam e reapareciam em determinados momentos”. Segundo ele, essa concepção mais “qualitativa” predominou até o século 19. “Depois, com o crescimento da influência da quantificação, da estatística, passou-se a pensar essa diferenciação a partir de uma visão mais quantitativa, de que a endemia seria o comportamento usual, esperado de uma doença em uma população e a epidemia seria uma modificação significativa, ou seja, um aumento além do esperado dos casos de uma doença que habitualmente acontece em um local. Para isso você precisa ter uma definição do que é esperado e o que supera o esperado”, afirma Guilherme. Ele acrescenta que uma mesma doença pode ser endêmica sem deixar de apresentar ciclos epidêmicos ao longo do tempo. “É o caso da dengue no Brasil, onde todos os anos acontecem casos esperados, mas que se cruzam com períodos epidêmicos também”, afirma.

Para estabelecer os limites do que é uma endemia e o que é uma epidemia é preciso analisar a série histórica dos dados relativos à incidência de determinada doença em um dado território. “A ideia é pegar o histórico recente daquela doença naquele território, digamos, nos últimos sete anos, por exemplo. E aí você vê mais ou menos a média do número de casos em cada mês, e define mais ou menos aquilo que você esperaria com uma certa variação que a gente diria que é esperada. Claro que você tem que retirar dessa série histórica aqueles momentos que foram epidêmicos, porque não são representativos do que seria esperado”, explica Guilherme.

Assim, diz Maria Glória Teixeira, professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e pesquisadora do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs) do Instituto Gonçalo Moniz (Fiocruz Bahia), é possível estabelecer o que ela chama de limite endêmico. “Esse limite varia dependendo da série histórica, cada doença tem o seu. Por exemplo, todos os anos a gente espera um determinado número de casos de meningite meningocócica. Quando ultrapassa esse limite do que é esperado, ela ultrapassou o limite endêmico e está se tornando uma epidemia”, diz.

Quais são as principais doenças?

São muitas as doenças consideradas endêmicas no Brasil ou em parte do território nacional. Guilherme explica que elas costumam ser divididas em grupos. Um deles é o das doenças que ele chama de tropicais negligenciadas, que reúne enfermidades como a dengue, a leishmaniose, a esquistossomose, a malária e a hanseníase, entre outras. “A hanseníase, popularmente conhecida como lepra, talvez seja a doença endêmica mais típica. É muito raro você ver uma epidemia de hanseníase, mas ela está sempre presente em níveis constantes”, aponta o vice-presidente da Abrasco. Na verdade, segundo Maria Glória Teixeira, a doença pode ser considerada hiperendêmica atualmente no Brasil, que só perde para a Índia em número de casos anuais. Na última década foram registrados cerca de 30 mil novos casos por ano no Brasil. “Hiperendemia são aquelas doenças cujo número de casos é estável ano após ano, mas em níveis elevados, como é também a leishmaniose cutânea atualmente na região amazônica, por exemplo. E na história do Brasil já tivemos doenças hiperendêmicas que matavam muito, como a doença de Chagas e a malária por exemplo. Hoje já não se considera que elas são hiperendêmicas, porque caiu bastante a sua incidência. Há pouco tempo atrás, nas décadas de 1970 e 1980 tínhamos uma transmissão contínua de doença de Chagas em várias partes do país que era um horror. Hoje a transmissão ativa foi eliminada do país praticamente. Ainda tem, mas muito pouco”, diz Maria Glória, e complementa: “A malária a gente já não chama de hiperendêmica porque se no passado tínhamos em torno de 600 mil casos por ano, hoje temos 120, 150 mil casos. Mas ela continua endêmica”, diz a professora da UFBA. Além destas, há o grupo das doenças imunopreveníveis, que são aquelas que podem ser evitadas com a vacinação. É o caso do tétano, da difteria e da meningite, entre outras. Além dessas, há ainda a AIDS, que junto com a malária e a tuberculose, é considerada uma doença endêmica em nível mundial. “Nós temos tuberculose em em todo o mundo praticamente, com crescimento em alguns países, inclusive desenvolvidos, principalmente quando ela se associa com a AIDS. Porque como a AIDS diminui a resistência dos indivíduos, a tuberculose se aproveita, digamos assim. Essa é hoje uma grande preocupação da Organização Mundial da Saúde”, diz Maria Glória.

Como destaca Guilherme Werneck, os conceitos de endemia e de epidemia são centrais para o que ele chama do “braço aplicado

PORTAL BIOLOGIA/DIVULGAÇÃO

Mosquito Anopheles, transmissor da malária, uma das principais doenças endêmicas presentes no território brasileiro, com cerca de 120 a 150 mil casos/ano



da epidemiologia”, a vigilância epidemiológica, atividade desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde que, sob a pandemia, acabou ganhando centralidade sem precedentes. “A incorporação desses conceitos se reflete na própria organização dos programas dentro do Ministério da Saúde, onde há coordenações, diretorias, que são responsáveis por determinadas doenças e que vão monitorando e construindo o que a gente chama de indicadores de endemicidade. Então, existe um grupo de trabalho técnico do Ministério só de leishmaniose, que produz manuais, faz acompanhamento, treinamento, organiza o sistema. E assim também para a malária, para a esquistossomose, para as arboviroses, para as doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS e a hepatite, e também para as doenças imunopreveníveis”, enumera.

Covid-19 endêmico?

Mas e no caso de uma doença nova, como a Covid-19, em que não há dados dos anos anteriores que permitam a elaboração de uma série histórica e a definição do que é ou não esperado? Faz sentido falar em endemia? “No caso do novo coronavírus, quando se fala que ela vai ficar endêmica quer dizer que, possivelmente, ela vai continuar circulando entre as pessoas, mas em níveis bem mais baixos do que no início ou quando todo mundo estava suscetível à doença”, destaca a pesquisadora do Cidacs. E completa: “Agora, a Covid-19 vai ficar endêmica? É uma questão que eu não posso afirmar com certeza. Possivelmente, mas pode ser que não”, aponta Maria Glória, lembrando da pandemia causada por um outro coronavírus no início da década de 2000. “Entre 2002 e 2003 tivemos a SARS, ou síndrome respiratória aguda grave, causada por um vírus que se chamava Sars-Cov, que hoje a gente chama Sars-Cov1, para diferenciar da Covid-19, que é causada pelo vírus Sars-Cov2. A SARS desapareceu, não tem mais casos de síndrome respiratória aguda grave causada pelo coronavírus Sars-Cov1”, resgata. Um dos possíveis motivos para que ela não tenha se tornado endêmica, segundo a pesquisadora, é que o seu poder de transmissão, representado na epidemiologia pelo termo R0 (R zero), que indica quão contagiosa é uma doença infecciosa, era baixo. No caso do Sars-Cov 1, esse número girava em torno de 0,5, o que significa que cada indivíduo infectado transmite a doença para menos do que um indivíduo. “O Sars-Cov1 causava uma doença muito grave, em geral as pessoas eram hospitalizadas, isoladas, e quando passava para alguém, era dentro do hospital. Ela não tinha capacidade de circular nas comunidades como a Covid-19 tem”, ressalta Maria Glória. No caso do novo coronavírus, segundo ela, o R0 chega a 3, o que indica que cada indivíduo infectado transmite a doença para em média três pessoas. “Por ser um agente novo, muita coisa nós não sabemos ainda. Pode ser que esse poder de transmissão caia, se mantenha ou até mesmo aumente. Mas por ter um R0 elevado, ele tem potencial de se tornar endêmico”, alerta a pesquisadora. E ressalta: “Se por acaso a incidência da doença cair muito em 2021, a gente até pode começar a pensar que ela está se tornando endêmica. Mas não é isso que a gente está observando. Ao que tudo indica, vamos ter uma segunda onda epidêmica”.

Guilherme Werneck concorda. “Ainda estamos em uma fase em que podemos ter novas epidemias, novas ondas. É um momento difícil para a gente pensar na perspectiva de ela permanecer endêmica, mas eu diria que esse é um risco bastante razoável. Eu só acho que isso é mais para o longo prazo. A gente ainda vai ter que conviver com a Covid-19 nos próximos anos, até para poder ver realmente se ela vai se tornar endêmica”, diz o vice-presidente da Abrasco.



SE POR ACASO A INCIDÊNCIA DA DOENÇA CAIR MUITO EM 2021, A GENTE ATÉ PODE COMEÇAR A PENSAR QUE ELA ESTÁ SE TORNANDO ENDÊMICA. MAS NÃO É ISSO QUE A GENTE ESTÁ OBSERVANDO. AO QUE TUDO INDICA, VAMOS TER UMA SEGUNDA ONDA EPIDÊMICA'

MARIA GLÓRIA TEIXEIRA
Professora do ISC/UFBA

Vacina: solução?

Para Maria Glória, a existência de uma vacina eficaz contra a Covid-19 e a capacidade do governo de fazê-la chegar a uma parcela expressiva da população em um curto prazo são fatores determinantes para avaliar o risco de o novo coronavírus se tornar endêmico. “Se a vacina for boa e a gente vacinar muita gente, nós podemos, teoricamente, eliminar a circulação do vírus. Não é que a gente vá erradicá-lo, mas a gente pode eliminar a circulação dele aqui”. Foi o que aconteceu, segundo ela, com o tétano neonatal. “Era uma doença endêmica no Brasil, que matava 80% das crianças que pegavam tétano logo após o nascimento. Hoje é uma doença que está praticamente eliminada, por conta da vacinação das gestantes e crianças recém-nascidas”, aponta Maria Glória.

Guilherme Werneck lembra ainda o exemplo da poliomielite, ou paralisia infantil, doença que deixou de ser endêmica no país muito por conta de uma bem-sucedida campanha de vacinação, por meio da qual o Brasil recebeu da OMS em 1994 o certificado de eliminação da doença, que permanece endêmica em alguns países. “A pólio não é mais uma doença endêmica no Brasil, mas é claro que é preciso continuar monitorando, vacinando, fazendo a vigilância, para que ela não seja reintroduzida”, destaca. O alerta não é trivial: em 2019 o Brasil perdeu o certificado da OMS de eliminação do sarampo obtido em 2016, depois de registrar surtos da doença em 2018, com mais de 10 mil casos, principalmente nos

estados do Amazonas e Roraima. Entre dezembro de 2019 e maio de 2020 foram registrados outros 3.629 casos da doença, para a qual existe uma vacina que integra o calendário nacional de vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) (Veja matéria de capa desta edição). “Como nós tivemos problemas de cobertura vacinal nos últimos anos, o sarampo voltou a circular. Mas aí a gente não chama de endemia, a chama de surto, porque começou a circular bem acima do que esperava. O que a gente esperava? Nenhum caso, porque ele estava eliminado. Se acontecem dez casos, já é um surto”, diz a pesquisadora. Como a doença ressurgiu no país em 2018, ainda não é possível traçar uma série histórica para determinar que ela se tornou novamente endêmica no país. Mas o risco existe. “O sarampo foi eliminado de grande parte das Américas e também da Europa, mas permanece sendo endêmico em vários países. E está voltando por conta queda da cobertura vacinal, que não chega nem a ser baixa. É uma cobertura até elevada, mas o sarampo é um vírus que tem um R0 que varia de 12 a 18, ele é extremamente transmissível”, afirma.

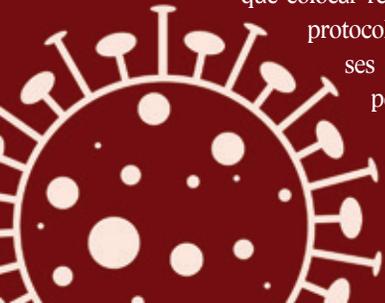
Adaptações

Como o sistema de saúde lida com uma doença endêmica e que adaptações seriam necessárias caso a Covid-19 adquira esse padrão nos próximos anos? Para projetar como isso se daria, Guilherme Werneck usa o exemplo do procedimento adotado nos casos de meningite meningocócica, doença que segundo ele tem no Sistema Único de Saúde (SUS) um sistema de vigilância consolidado. “Eu trabalhei durante muitos anos no Centro de Saúde Belizário Penna, em Campo Grande [bairro do Rio de Janeiro]. Lá tinha uma equipe de vigilância epidemiológica que recebia as notificações de casos de meningite meningocócica. Nesse caso a equipe fazia uma visita domiciliar, ia ao hospital, ia à escola em que a criança estudava, identificava os contatos. No caso da meningite meningocócica existe um tratamento preventivo, então quem tinha tido contato recebia uma dose de rifamicina, que é um antibiótico para prevenir que se espalhe. É uma tentativa de quebrar a transmissão”, explica o professor do IMS/UERJ, complementando que no caso, por exemplo, do sarampo, o procedimento é parecido, com a diferença de que nesse caso entra em cena a vacinação daqueles que tiveram contato com a pessoa infectada, bem como seu isolamento. “Se o novo coronavírus se tornar endêmico, ele vai ter que entrar nesse sistema de vigilância e monitoramento cotidiano dos casos suspeitos para isolamento e identificação dos contactantes, que a gente fala que tem que ser feito, inclusive, agora, na pandemia”, destaca Guilherme, e completa: “Hoje uma criança chega ao hospital com meningite meningocócica, todo mundo sabe qual o tratamento, quais os sinais de que tem que colocar respirador, levar para a UTI. Existem protocolos. No caso do novo coronavírus, esses protocolos estão sendo atualizados, porque a gente conhece pouca coisa, mas se ela é endêmica, o sistema vai ter que estar preparado para lidar com isso, vai ter que ter respirador,

Segundo Guilherme Werneck, os termos surto e epidemia são frequentemente utilizados de forma intercambiável. “É a mesma coisa. É um aumento do número de casos acima do esperado”, afirma o vice-presidente da Abrasco. A diferença é que em geral surto é usado para um fenômeno mais localizado geograficamente. “A gente não fala em epidemia em um navio transatlântico, em um quartel, em uma creche, por exemplo. A tendência é usar surto para coisas mais localizadas, e epidemia para situações mais abrangentes”, explica. Já o termo pandemia, por sua vez, é utilizado quando uma determinada doença se espalha simultaneamente para vários países do mundo.

vai ter que ter leito de UTI, se tiver vacina tem que vacinar, ela tem que entrar no Programa Nacional de Imunização e passar a ser administrada todo ano, etc.”. Segundo Maria Glória, um complicador no caso da Covid-19 é que ainda não foi desenvolvido um medicamento eficaz para o seu tratamento. “A gripe é muito ruim, principalmente para os mais idosos, porque pode se tornar uma pneumonia, que geralmente é causada por infecções bacterianas que nós temos como tratar com antibiótico; para alguns tipos de influenza nós temos antiviral. Agora, no caso da Covid-19, a gente não tem nenhum tratamento a não ser o que a gente chama de manejo clínico, de suporte, com respirador, etc., mas não tem uma terapêutica específica para matar o vírus”, diz a pesquisadora do Cidacs, que projeta também a necessidade de ampliação dos leitos caso a doença venha a se tornar endêmica. “Vamos precisar ter um número de leitos hospitalares e de UTI um pouco mais elevado do que tínhamos antes da pandemia”, destaca.

Já Sylvania Lemos, médica infectologista e consultora da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), chama atenção para a necessidade de incorporar ao cotidiano algumas práticas adotadas em meio à pandemia do novo coronavírus que podem contribuir em um possível cenário em que a doença se torne endêmica. “Eu acho que teremos que nos habituar com o uso de máscaras em algumas situações pelos próximos anos. Mas ela sozinha não adianta, ela não pode ser tocada com as mãos sujas, então precisa haver um estímulo para que as pessoas passem a higienizar as mãos com água e sabão com mais frequência, assim como a utilizar o álcool-gel. Por outro lado, as pessoas precisam ter mais cuidado onde tocam, a gente sabe que o vírus pode ficar no plástico, na madeira, no papelão. E outra coisa é o distanciamento físico, que é muito importante, mas é difícil, principalmente em comunidades periféricas”, pontua Sylvania. Ela lembra ainda a importância dos protocolos de biossegurança, que para ela se mantêm pertinentes mesmo após o fim da pandemia. “Esse foi o grande boom no mundo inteiro a partir da pandemia. Quando se começou a flexibilizar as medidas de isolamento social, os estabelecimentos todos que reabriram tiveram que apresentar protocolos de segurança. Isso envolve não só uso de máscara, mas uso de EPIs [equipamentos de proteção individual], estabelecimento de fluxo de entrada e saída, revisão de aparelhos de ar-condicionado e da circulação do ar... Mas esses protocolos precisam ser seguidos, fiscalizados. Acho que são mudanças positivas, que precisam permanecer”, assinala Sylvania. ○



MEC ATUALIZA CATÁLOGO NACIONAL DOS CURSOS TÉCNICOS

Pesquisadores analisam o processo de construção e o resultado do novo documento, que tem caráter normativo e sistematiza informações sobre educação profissional de nível médio no Brasil

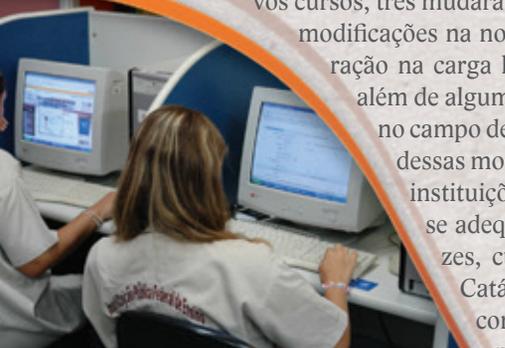
Cátia Guimarães

O ano de 2020 quase se encerrava quando o Ministério da Educação (MEC) homologou o novo Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos (CNCT), no dia 14 de dezembro. Foi um processo longo, que começou em 2019 e se viu atravessado pela pandemia. Criado em 2004, o Catálogo é, ao mesmo tempo, um instrumento normativo, que orienta a oferta de cursos de educação profissional de nível médio, e uma sistematização de informações que estão dispersas em vários outros lugares e que servem de guia tanto aos estudantes quanto às instituições de ensino. “Os cursos que estão no Catálogo são os cursos oficiais deste país”, resume Suely Menezes, relatora do parecer do novo CNCT no Conselho Nacional de Educação (CNE).

A partir desta nova versão, foram incluídos no Catálogo 13 novos cursos, três mudaram de eixo tecnológico e dez sofreram modificações na nomenclatura. Além disso, houve alteração na carga horária mínima de dez habilitações, além de algumas mudanças no perfil de conclusão, no campo de atuação, entre outros. A maior parte dessas modificações tem caráter normativo e as instituições de ensino têm até dois anos para se adequarem. De acordo com Suely Menezes, cursos técnicos que não constem do Catálogo só podem ser aprovados pelos conselhos estaduais em caráter experimental. Depois de serem oferecidos por três anos, “com bons resultados”, pode-se avaliar se eles passarão a integrar o Catálogo, que lhes confere o *status* de “curso oficialmente reconhecido no Brasil com uma oferta profissionalizante”, de acordo com

Suely. Caso contrário, eles deixam de ser oferecidos. “O trabalho de atualização do catálogo é linkado com a sociedade. O que permanece sendo uma profissão valorizada e importante? O que está obsoleto? O que está experimental e pode vir a ser um bom caminho profissional?”, exemplifica a conselheira.

De acordo com Wilson Conciani, professor aposentado do Instituto Federal de Brasília (IFB) que coordenou a elaboração do novo documento, a maior parte das modificações dessa nova versão se deu na forma de apresentar os cursos, sistematizando mais informações. O Catálogo passou a ser online, ampliou os dados sobre cada habilitação e se tornou mais interativo, por exemplo. “A legislação profissional já existia dentro do Catálogo, mas a gente deu um espaço maior, inclusive porque ela faz parte do perfil profissional. Então, agora, se eu quero saber, por exemplo, por que o técnico de radiologia não pode fazer determinado procedimento, o link da resolução [do conselho profissional] está lá. Deu uma melhoria também nessa questão das especializações técnicas, o campo de atuação melhorou e nós introduzimos no perfil profissional a questão das competências socioemocionais. [Incluímos também] a duração do curso e os pré-requisitos, de tal maneira que o candidato saiba tudo que ele precisa”, enumera, completando: “A gente foi colocando essas informações mais acessíveis ao grande público, de maneira que não é mais um documento apenas normativo, é um documento que



Mudança dos cursos técnicos de saúde no catálogo foram em sua maioria positivas, dizem professores da EPSJV/Fiocruz

contribui com a sociedade no sentido de dizer para o candidato, para os pais do aluno ou para o empresário o que eles devem esperar desse curso profissional”.

Para promover essas mudanças, foram chamados a participar do processo de atualização, em momentos diversos, professores de instituições e redes de ensino públicas e privadas e representantes de conselhos profissionais e do setor produtivo, incluindo sindicatos de trabalhadores e entidades patronais. “Claro que os professores são os especialistas em educação, mas a gente precisa ouvir o mercado de trabalho, interagir com esse mundo do trabalho para que a proposta seja a mais próxima possível da realidade”, justifica Conciani. Construída uma primeira proposta, ela foi posta em consulta pública. Neste ponto, no entanto, o processo foi mais corrido, com apenas cinco dias para os interessados enviarem contribuições. “Uma coisa é o contexto dos especialistas, outra é como as instituições acabam recebendo e percebendo essa consulta”, diz Patrícia Maciel, diretora de ensino médio e técnico do Instituto Federal do Paraná (IFPR). Ela conta que, em função do pouco tempo para organizar uma participação mais completa, foi preciso mobilizar os professores e profissionais do Instituto para o que era prioritário naquele debate. “As nossas principais demandas hoje [que dizem respeito ao catálogo] são em relação aos cursos experimentais, principalmente em decorrência de áreas tecnológicas, que vão tendo novidades, inovações, e a gente precisa incluir. Esse foi o chamamento para os *campi* opinarem, além de que eles prestassem bastante atenção na questão dos laboratórios, se aqueles laboratórios que estavam descritos no Catálogo eram suficientes para a formação dos estudantes ou se teríamos que ampliar. Por quê? Porque isso tem relação com orçamento: a gente só pode solicitar e investir em laboratórios que constam no Catálogo”, descreve, explicando ainda que nesse formato de consulta o Instituto também não tem retorno sobre as contribuições, porque elas são enviadas diretamente para o MEC.

E o resultado? Na avaliação da coordenadora da Câmara de Ensino do Conselho Nacional dos Institutos Federais (Conif), Maria Leopoldina Camelo, as modificações “não foram tão significativas”. Para ela, o mais importante desse processo é que essas mudanças sirvam de “alerta” para o Ministério da Educação sobre a necessidade de atualizar as instituições de ensino com “equipamentos mais modernos”. “Hoje, a formação de um eletrotécnico está lá no Catálogo, no entanto, as tecnologias exigem que as instituições se modernizem. Essa modernização vai exigir uma alteração no currículo, mas o objetivo continua, é formar o profissional técnico pra atuar no mundo do trabalho. Agora, [precisa ser] um profissional que tenha conhecimento, com maior profundidade de automação, de tecnologia da informação”, exemplifica. E completa: “Se a rede federal não tiver uma atualização como a gente está vendo aí da indústria 4.0, nós podemos correr o risco de ficar obsoletos, porque tem instituições que não conseguiram adquirir equipamentos para acompanhar o que tem evoluído no mundo do trabalho”.

Um olhar sobre cursos técnicos da saúde

No caso do eixo tecnológico de ambiente e saúde, que concentra o maior número de cursos do Catálogo, a coordenação do Grupo de Trabalho que contribuiu com o documento que foi à consulta pública ficou a cargo do Ministério da Saúde, que acionou especialistas de várias Escolas Técnicas do SUS (ETSUS). A reportagem ouviu professores-pesquisadores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) que participaram e ajudam a fazer um balanço do que mudou nas suas áreas de conhecimento.

Uma das mudanças mais perceptíveis que o novo Catálogo promoveu nos cursos do eixo ambiente e saúde foi a redução da carga horária mínima do técnico em cuidador de idosos, que caiu de 1,2 mil – como, até então, eram todos os cursos da área da saúde – para 800 horas. Para Daniel Groisman, professor-pesquisador da EPSJV/Fiocruz que participou como especialista dessa área na construção do documento, essa alteração precisa ser contextualizada na conjuntura atual. Ele reconhece que um curso com 1,2 mil horas é “mais robusto”, mas pondera que, neste momento, a diminuição pode favorecer uma ampliação da formação técnica para as pessoas que trabalham como cuidadores de idosos. Isso porque essa formação não é obrigatória para o exercício da profissão e, segundo o professor, não só o número de técnicos na área é muito pequeno no Brasil como a própria oferta é baixa. “E a gente vive uma situação de urgência de qualificação para o cuidado, tendo em vista o acelerado processo de transição demográfica e envelhecimento populacional. Inclusive, a ocupação de cuidador de pessoa idosa foi a que mais cresceu na última década, segundo dados do governo brasileiro”, explica. E completa: “Uma das formas de a gente ampliar o número de pessoas qualificadas é facilitar o acesso. Nesse sentido, essa redução de carga horária pode ser uma oportunidade para isso e, num segundo momento, quem sabe numa futura revisão do Catálogo, pode-se avaliar e ampliá-la novamente”. Groisman vê avanços também na redação sobre o perfil profissional e os conhecimentos que essa formação demanda, com a inclusão de conteúdos sobre biossegurança, autocuidado, direitos das pessoas idosas e políticas de saúde, entre outros.

Leandro Medrado, que deu ‘consultoria’ sobre as mudanças nos cursos de análises clínicas e citopatologia, tem uma “avaliação positiva em relação à construção geral do documento”. Em ambos os cursos, ele destaca como um avanço a inclusão de conhecimentos sobre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a determinação do processo de saúde e doença no perfil socioprofissional. Especificamente na habilitação de análises clínicas, ele comemora a ampliação do campo de atuação, que passou a incluir hemocentros, laboratórios veterinários e de toxicologia, por exemplo. No curso técnico de citopatologia, ele considera que o aperfeiçoamento trazido por essa nova versão foi ainda mais relevante, devido à atualização das atribuições profissionais. “O texto trouxe mais clareza sobre o papel do técnico e a importância do seu trabalho de anatomia pato-

lógica, além de essa descrição nova das atribuições profissionais ter tirado algumas dubiedades da versão anterior”, opina, completando: “Fortaleceu o técnico e ficou bastante alinhado ao que está descrito na Classificação Brasileira de Ocupações, do [extinto] Ministério do Trabalho”.

A ampliação das atividades foi um ganho também para o técnico em equipamentos médicos, na avaliação de Alexandre Moreno, professor-pesquisador da EPSJV/Fiocruz que prestou assessoria para essa área. “Agora ele pode atuar além da bancada”, diz. Em relação ao técnico em radiologia, para o qual Moreno também contribuiu na atualização do Catálogo, ele destaca positivamente a extensão do campo de atuação, das certificações intermediárias e das especializações técnicas associadas ao curso.

Em relação ao técnico de vigilância em saúde, Gracia Gondim, a especialista da EPSJV/Fiocruz que participou das propostas de atualização do catálogo, diz que o documento incorporou muitas das contribuições feitas pela instituição. Entre essas mudanças, estão aspectos relacionados às atribuições dos técnicos e ao reconhecimento da qualificação em agente de combate a endemias e agente local de vigilância em saúde como certificações intermediárias que podem ‘anteceder’ o técnico no itinerário formativo. “Não houve mudanças significativas do ponto de vista do que propusemos. Foi acrescentado um conjunto de complementações que não ferem o que enviamos”, conta, referindo-se à versão que saiu da consulta pública. Mas pondera: “O catálogo é um orientador muito generalista, com pouca especificidade. Quem especifica são as instituições de ensino que mergulham no detalhamento em seus planos de curso alinhados ao Projeto Político Pedagógico”.

A dificuldade do itinerário formativo que leva até a formação técnica é um dos problemas que Cristina Morel identifica na parte do catálogo que trata do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Isso porque o novo documento estabelece pré-requisitos de escolaridade para o curso técnico como um todo, sem considerar as diferentes etapas formativas que compõem o itinerário. E isso, na avaliação da professora-pesquisadora, não leva em conta as particularidades dessa área de atuação, em que os cursos são muitas vezes voltados para trabalhadores adultos, já inseridos no sistema de saúde. Exatamente por isso, o documento que estabelece diretrizes e orientações para a formação do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde e atualizado este ano, só exige o ensino médio completo como pré-requisito da terceira e última etapa do curso técnico. Às duas etapas anteriores, os ACS que já atuam no SUS podem ter acesso apenas com o ensino fundamental completo. Foi essa a definição que Cristina defendeu na contribuição ao Catálogo, mas que não vingou.

No mais, Cristina avalia como positiva a maioria das mudanças. Elogia o maior detalhamento do perfil profissional do técnico em agente comunitário, com a inclusão de conhecimentos relacionados à Educação Popular em Saúde, à promoção de ações nas áreas de vigilância em saúde e ambiental e à contribuição com a produção de in-



formações para o plano de ação em saúde para os territórios, entre outros aspectos.

Apesar dos muitos elogios às alterações promovidas pelo novo Catálogo, todos os especialistas da EPSJV/Fiocruz entrevistados pela reportagem apontaram um mesmo problema. E aqui, a única área que conseguiu algum sucesso foi a que assessorou o perfil dos técnicos em Agente Comunitário de Saúde – mesmo assim, apenas parcial. É que, pela primeira vez, o Catálogo traz um campo com informações sobre a carga horária máxima permitida para atividades não presenciais e Educação a Distância (EaD) em cada curso. A opção poderia ter sido apenas reproduzir o que já dizem a legislação e as novas diretrizes curriculares da educação profissional, aprovadas em maio pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), embora estas ainda não tenham sido homologadas pelo Ministério da Educação (MEC). Mas, nas contribuições que deram à versão do documento que depois entraria em consulta pública, os professores especialistas foram convidados a opinar também sobre isso: entre as perguntas respondidas para cada habilitação da sua área específica de conhecimento, estava o percentual máximo de aulas que poderiam ser oferecidas de forma não-presencial e na modalidade EaD. Para alguns, a frustração veio quando o resultado final não incorporou um conjunto de argumentos apresentados no momento da consulta. “Os reverses se deram com relação à EaD e ao regime de alternância. Mas isso acabou afetando 99% dos cursos”, resume Leandro Medrado.

Em cada área de atuação, não faltaram argumentos sobre as dificuldades de se desenvolverem cursos técnicos à distância ou com grande volume de atividades não-presenciais. “O trabalho de cuidado é um trabalho de proximidade, é um trabalho relacional, de contato, que envolve diversos aspectos vivenciais, que demandam discussão, solidariedade e relação entre as pessoas. E o modelo presencial facilita isso, além da necessidade de aulas práticas”, explica Daniel Groisman, referindo-se ao técnico de cuidador de idosos e



Técnico em ACS:
único do eixo
'ambiente e saúde'
em que EaD não é
permitida

ARQUIVO EPSJV/FIOCRUZ

ressaltando que o perfil de escolarização precária de muitos dos que buscam essa formação gera dificuldades extras com o modelo de aulas online. Gracia conta que, nas contribuições ao perfil do técnico de vigilância em saúde, foi feita uma proposta inovadora, que recusava a modalidade de EaD mas ampliava o total de atividades não-presenciais em cursos presenciais de 20% para 50%. Estas seriam distribuídas entre prática profissional nos serviços, leituras e sistematizações e visitas técnicas, entre outros formatos. “A ideia foi utilizar a pedagogia da alternância que já praticamos em alguns cursos nossos, sempre com preceptoría”, explica. Não foi o que prevaleceu.

No caso específico dos cursos da saúde, além da argumentação própria de cada habilitação, pesa o fato de o Conselho Nacional de Saúde (CNS) ter uma postura pública oficialmente contrária à EaD nessa área. A presidente da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do CNS, Francisca Valda, que lamenta que o CNS não tenha sido chamado a opinar sobre o Catálogo, lembra que o Conselho tem resoluções – como a nº 515/2016 – que recusam a EaD nos cursos de saúde, ressaltando que, embora elas tenham foco no ensino superior, toda a fundamentação que trazem ampara também o debate para os cursos técnicos. “O CNS tem posição contrária à modalidade de ensino EaD nos cursos da saúde. Não somos contrários ao uso da tecnologia de informação e comunicação nas aulas presenciais nem ao ensino remoto na pandemia, embora não estejamos endossando as portarias do MEC sobre isso”, explica. E conclui: “Não é possível fazer 50% de EaD na saúde”.

O número citado por Valda não é aleatório. Esse é o percentual estabelecido por lei, que inclusive restringe essa possibilidade para a área da saúde – todos os outros cursos técnicos que não são da saúde podem ter até 80% do seu conteúdo em EaD. A mesma legislação traz ainda outra definição, que não diz respeito à modalidade de Educação a Distância: o percentual máximo de atividades não-presenciais que podem ser oferecidas nos cursos presenciais: 20%.

Foram exatamente esses os números reproduzidos em praticamente todos os cursos do novo Catálogo. No eixo de ambiente e saúde, a única exceção foi o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde, no qual fica mantido o percentual máximo de atividades não-presenciais mas é vedada a oferta na modalidade EaD, tendo como base legal a Lei 11.350/2006, que rege as atribuições desses profissionais. “A partir da nossa participação na discussão, houve a retirada da possibilidade de modalidade de educação a distância que havia sido proposta inicialmente”, diz Cristina Maciel. No formulário preenchido durante a ‘consultoria’, Cristina e as outras duas professoras-pesquisadoras da EPSJV/Fiocruz que participaram desenvolveram uma argumentação que defendia uma formação técnica “100% presencial”: “O trabalho em saúde pressupõe relação interpessoal, e no caso específico dos ACS, envolve trabalho em equipe e de escuta. Além disto, o trabalho territorializado realizado pelos ACS precisa ser acompanhado de perto, durante sua formação. Acrescente-se a estas observações que o público dos cursos de formação técnica é composto por adultos pertencentes a camadas populares que, em muitos casos, possuem escolarização precária, o que torna mais importante o ensino presencial, com toda a riqueza de experiência que a relação professor/aluno, e entre alunos, pode apresentar, possibilitando também a aproximação às diferentes realidades de atuação profissional”, dizia o texto.

Wilson Conciani reconhece que esse debate sobre EaD no contexto do novo Catálogo ficou inacabado. Ele explica que, embora tenha caráter normativo, o CNCT não pode se sobrepor à legislação existente, o que significa que ele não poderia mudar esses percentuais já estabelecidos. Mas então por que a pergunta foi feita aos especialistas no processo de atualização do Catálogo? Conciani explica que, na verdade, “pegou-se carona” no debate do novo CNCT para mapear a avaliação dos educadores sobre um tema que pode e deverá ser tratado mais adiante. “Há possibilidade de mudar, é preciso que a gente mude outras regulamentações. Nos debates que nós fizemos, chegamos à conclusão de que nesse momento não tínhamos fôlego porque a gente tinha um prazo para entregar o novo Catálogo ao CNE”, explica. E completa: “Quando as novas diretrizes forem homologadas, aí sim a gente vai se debruçar sobre essa questão de carga horária. Obviamente, quando isso acontecer, a gente vai ter que encaminhar não apenas a mudança no Catálogo, mas a mudança da legislação que dá origem a isso”. Conciani se refere às novas diretrizes curriculares nacionais da educação profissional, que foram aprovadas pelo CNE em maio deste ano, mas ainda não homologadas pelo MEC.

Segundo ele, a decisão de adiar esse debate para depois da publicação do novo Catálogo se deve também a algumas “distorções” e “controvérsias” que foram identificadas nas respostas dos especialistas. “É preciso, de fato, ser mais cauteloso nessa análise para que a gente possa ter algo que represente a maioria dos educadores”, defende. O

EAD E FORMAÇÃO TÉCNICA: PARA ALÉM DO NOVO CATÁLOGO

Pesquisadora aponta risco de se fortalecimento da educação a distância como itinerário de formação profissional previsto na reforma do ensino médio

Cátia Guimarães

O ‘perigo’ não está propriamente no Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos. A avaliação é de Patrícia Maciel, diretora de ensino médio e técnico do Instituto Federal do Paraná (IFPR). Tampouco foi a pandemia, com sua exigência de ensino remoto, que ‘abriu a porteira’ para iniciativas que ampliem ou fortaleçam a Educação a Distância (EaD) nos cursos técnicos. O ‘pulo do gato’ para entender o que realmente há de novo, diz Patrícia, está na leitura atenta das diretrizes da educação profissional aprovadas em maio deste ano pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) mas ainda não homologadas pelo MEC. Lá, pela primeira vez, está autorizada a oferta de “cursos híbridos”, que combinem atividades presenciais e à distância. Já a motivação de tudo isso estaria num período ainda anterior: mais precisamente, 2017, quando foi aprovada a reforma do ensino médio.

Para quem não lembra, foi nessa reforma que se estabeleceu que uma parte da carga horária do ensino médio deveria ser organizada na forma de itinerários formativos, escolhidos a partir de cinco grandes eixos. E um deles era o da formação profissional. “Seria a oferta da educação profissional aos estudantes do ensino médio. Aí criou-se um problema, porque a grande questão que ficou é: quem vai oferecer os itinerários formativos para todas as escolas brasilei-

ras de ensino médio, na medida em que os próprios estados, muitas vezes, não têm essa estrutura?”, questiona Patrícia. De acordo com Maria Leopoldina Camelo, coordenadora da Câmara de Ensino do Conselho Nacional dos Institutos Federais (Conif), o MEC tem realizado reuniões para incentivar parcerias entre a Rede de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (EPCT) e as secretarias estaduais para implantação da formação profissional – um resultado concreto desse movimento seria um curso de formação docente. “É um desafio muito grande porque tem que ter a formação dos professores, a preparação, infraestrutura. Nós sabemos que vai exigir muito do governo para a implantação de laboratórios, adequação de espaços físicos, considerando, inclusive, que a Rede [EPCT] já tem muitos desses laboratórios”, conta Maria Leopoldina.

O fato é que, diante de todas essas dificuldades, Patrícia Maciel acredita que uma possibilidade é, em alguns casos, a EaD ocupar esse espaço, o que, na prática, significa introduzir um percentual significativo de educação à distância no ensino médio. “E aí abre-se um mercado, inclusive para o setor privado”, alerta. O ineditismo da situação estaria, por um lado, na ampliação da EaD na educação básica, e, por outro, na impacto que isso geraria sobre a concepção integrada de currículo que orienta os cursos técnicos na Rede e em outras instituições, como a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). “O estudante teria aqueles conhecimentos básicos da educação básica e, junto com isso, algo direcionado ao mercado de trabalho. É muito diferente da proposta da rede federal”.

E a diferença não está apenas na integração curricular que marca a trajetória da Rede. Patrícia compõe a gestão de um instituto que tem uma longa e consolidada experiência em EaD na educação profissional. Portanto, ela faz questão de ressaltar que não se trata de recusar essa modalidade, mas de se ter clareza sobre a que proposta e que princípios ela atende.

Para início de conversa, o IFPR só oferece cursos técnicos à distância na forma subsequente, ou seja, para aqueles estudantes que já concluíram o ensino médio e buscam uma formação profissional. A proposta, diz ela, é atingir pessoas que moram em regiões distantes ou não têm condições de acesso ao ensino presencial. E para fazer isso com qualidade, argumenta, é necessário contar com toda uma estrutura que vai muito além da tecnologia. “Nós temos que ter professores formados, tutores, desenvolvimento de conteúdo para as plataformas. Nós precisamos ter a plataforma, que é uma exigência, inclusive, da resolução nº 6”, enumera, referindo-se às diretrizes curriculares da educação profissional que estão em vigor hoje mas que deixarão de valer quando as novas forem homologadas pelo MEC. “Toda essa educação a distância a gente busca construir dentro de uma proposta de educação integrada, que pressupõe uma estrutura de apoio ao estudante, acompanhamento da sua trajetória formativa. Todos os nossos cursos em EaD hoje preveem momentos presenciais e exigem profissionais capacitados”, explica.

Exatamente por considerar essas ‘exigências’, ela alerta também para os riscos da autorização de que 20% do conteúdo dos cursos que não são de EaD sejam oferecidos como atividades não-presenciais. “Como os professores vão oferecer, dentro dos seus componentes, 20% de uma carga horária em EaD se eles não têm formação para trabalhar à distância?”, pergunta. É inclusive por isso, conta, que o IFPR não utiliza ainda essa possibilidade aberta pela legislação. Segundo Patrícia, o instituto estava começando a organizar e regulamentar essa prática quando chegou a pandemia e os esforços precisaram se voltar para o ensino remoto emergencial.

Por tudo isso, Patrícia recomenda alerta sobre as possíveis consequências das mudanças em curso desde muito antes do novo Catálogo: em vez de aumentar as possibilidades de acesso, diz, esse caminho pode “precarizar” o ensino que já existe. “A gente quer a educação a distância como uma proposta metodológica organizada para determinados estudantes que estão em espaços e tempos diferenciados, às vezes fora das condições de quem pode fazer ensino presencial. Isso é uma coisa. Outra coisa é usar [a EaD] para flexibilizar currículos que já existem e, com isso, acabar precarizando uma formação que a gente sabe que precisa de um embasamento muito grande, tendo em vista que a gente está falando de educação básica”, compara. E conclui: “Parece que esse é o grande cuidado que a gente precisa ter daqui para a frente”. ○



Foi criado um Fundo Emergencial de Combate à Covid-19. Tornou-se obrigatória a oferta de álcool gel no transporte público. Um auxílio emergencial foi destinado à população mais pobre. Artistas e entidades culturais atingidas pela crise econômica e sanitária ganharam direito a uma renda básica. Nenhuma dessas medidas é novidade, mas também não são simplesmente a repetição daquelas notícias que você ouviu no telejornal da noite ao longo da pandemia. Cada uma delas diz respeito aos habitantes de uma ou outra cidade, algumas maiores, outras menores, nas mais diversas regiões do país. Todas foram propostas e votadas não pelo Congresso Nacional, mas por parlamentares que atuam na instância legislativa que expressa os interesses do nível local: as 5.570 Câmaras Municipais espalhadas Brasil a fora.

Foi nesses espaços que 57,6 mil vereadores eleitos tomaram posse em 2021 como representantes da sociedade, com a função principal de criar leis e fiscalizar o poder Executivo – no caso, a atuação dos prefeitos. O artigo 29 da Constituição Federal estabelece que a quantidade máxima de vereadores de cada município deve ser calculada a partir da população local – nos dois extremos da tabela, os menores, com menos de 15 mil habitantes, podem ter até nove parlamentares, enquanto os maiores, com mais de oito milhões de moradores, podem chegar a 55. “O Poder Executivo é, antes de tudo, representante das maiorias. Claro que essa é uma representação muito importante, as democracias não existem sem que as maiorias governem. Contudo, isso precisa ser equilibrado, controlado por um poder Legislativo que tem significado político representativo um pouco diferente. Porque ali é a Casa onde se encontram, ou pelo menos devem-se encontrar, representantes tanto das maiorias sociais como das minorias”, explica o cientista político e professor da Universidade Federal de Goiás (UFG) Francisco Tavares, exemplificando com o caso das populações indígenas e grupos LGBT. “É uma Casa destinada à pluralidade”, completa.

No Brasil, havia expectativa de que essa diversidade se ampliasse após as mudanças que estabeleceram uma divisão do fundo partidário que levasse em conta critérios de equidade de raça e gênero. De acordo com o professor da UFG, os estudos sobre os impactos dessa medida na presença de negros e negras nas câmaras de vereadores ainda não estão concluídos porque existem questionamentos sobre os “parâmetros de autoidentificação” dos candidatos. Já em relação à presença de mulheres no parlamento municipal, segundo ele, “os primeiros dados indicam que houve avanços, mas ainda tímidos”. “O Brasil é o 140º país num *ranking* elaborado pela ONU [Organização das Nações Unidas] com 190 países em termos de menor representação feminina nos legislativos. É uma coisa assombrosa. Se a política no planeta Terra já é irremediavelmente patriarcal, no Brasil ela consegue ser ainda um pouco pior”, descreve.

Mas o que faz o parlamento municipal?

O que o professor considera a mais importante tarefa do poder Legislativo como um todo é a decisão sobre a proposta orçamentária apresentada pelo prefeito, governador ou presidente da república. Anualmente, a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) pelo Congresso Nacional é notícia que chega ao conhecimento da sociedade mais ampla e mobiliza setores diversos na luta por uma fatia do recurso público. Pouca gente se atenta, no entanto, para o fato de que o mesmo processo acontece ali do lado, na sua cidade, onde os vereadores têm a responsabilidade de aprovar – ou não – as prioridades orçamentárias apresentadas pelo chefe do Executivo local. “Toda política pública ou implementação de direitos fundamentais por parte do Poder Executivo tem um custo”, lembra Tavares. “E quem autoriza esse orçamento anualmente, quem discute, quem leva às audiências públicas, quem pode tornar isso perceptível a pressões da própria sociedade civil, é o parlamento”, aponta.

Se isso vale para todas as casas legislativas, há especificidades da Câmara de Vereadores que, na avaliação do professor da UFG, não deixam nada a dever aos parlamentos estaduais e nacionais. “Muitas vezes a gente acaba tendo uma compreensão um pouco paroquial, achando que [o vereador] é só um despachante que vai mandar tapar o buraco da rua, ou uma figura influente que vai negociar com o prefeito uma vaga na escola para alguém. Tem uma cultura patrimonialista que vem da ditadura militar que ainda associa vereadores e vereadoras a essa ação de despachante de luxo”, lamenta Tavares, garantindo que essa não é a proposta do desenho federativo brasileiro.

Um exemplo claro, segundo ele, é a responsabilidade que esses parlamentares têm em relação aos impostos de atribuição municipal. “O IPTU é um tributo central na vida econômica e política de um país”, ilustra. “Porque ele tem relação com a distribuição do espaço urbano no que diz respeito à moradia e ao cumprimento da função social da propriedade. E se existe um consenso entre economistas que trabalham com a pobreza e desigualdade, é o de que o meio mais agudo de manifestação dos problemas da pobreza e da concentração de renda é especificamente a moradia, sempre a maior despesa das famílias”, justifica. E o impacto do caminho a ser adotado é muito concreto, diz o professor: ao se optar por uma tributação menor em regiões menos povoadas, mais distantes do centro, por exemplo, incentiva-se que grandes construtoras invistam para construir moradias populares nesses locais. “E que os trabalhadores tenham que se deslocar duas horas para chegar ao serviço”, analisa. Outra alternativa, diz, é cobrar mais impostos de imóveis abandonados nas regiões centrais, “para garantir que eles sejam liberados para aluguéis que se tornam mais baratos”. “Com isso, o trabalhador pode morar perto do serviço e a cidade fica mais aprazível, com trânsito melhor”, ilustra, destacando que a mobilidade urbana é outro tema importante de responsabilidade do parlamento municipal. “Isso é fundamental do ponto de vista econômico e do ponto de vista geopolítico. E passa pelo IPTU”.

Local e nacional

De acordo com o cientista político Samuel Braun, que integra o Laboratório de Estudos Políticos e Pesquisas da Metrópole da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), diversos estudos apontam que o comportamento do eleitor nos pleitos municipais é guiado mais por preocupações cotidianas e questões próximas – como o buraco da rua e a sua unidade de saúde de referência – do que por motivações ideológicas. “Ele não tem vínculo permanente com partido, não se coloca enquanto classe social propriamente ou vinculado a essa ou aquela categoria. Ele se comporta de uma forma estritamente pragmática”, diz. Francisco Tavares, no entanto, pondera que, na vida concreta da população, a relação entre interesses locais – que a Constituição Federal prevê como de competência dos municípios – e nacionais nem sempre está dada de forma tão clara. “Grandes questões como, por exemplo, a política monetária, afetam diretamente a vida da pessoa que sai de casa e vai ao banco pedir um crédito”, exemplifica. A legislação penal – que, de modo geral, é definida no legislativo nacional – pode impactar localmente uma região onde moram mães de presidiários “talvez muito mais do que um buraco na rua”, diz o professor da UFG, lembrando que, nas periferias, a Polícia Militar, que é de competência estadual, “às vezes é dramaticamente muito mais presente do ponto de vista material do que qualquer política municipal”.

Essa articulação entre o local e o nacional talvez se apresente de modo ainda mais forte para os parlamentares que chegam às Câmaras de Vereadores em 2021, em meio a uma pandemia que coloca desafios para todos os poderes e entes federados. Isso porque, na avaliação de Samuel Braun, a maior pressão sobre os novos vereadores eleitos será por respostas – e recursos – que dêem conta dos problemas de saúde e do desemprego. Na avaliação do cientista político, os novos vereadores se verão diante de um duplo desafio: o aumento de gastos, principalmente em função dos cuidados sanitários em meio à Covid-19, e a queda da arrecadação, movida pelo alto desemprego, que atinge diretamente os cofres municipais. “O maior desafio nesse primeiro ano da legislatura, e talvez até no segundo ano, será equacionar as contas municipais. [Os vereadores] devem cobrar, e vão ser levados a isso naturalmente, pela cobrança que virá de baixo. E eles passarão para a frente, até chegar ao governo federal”, aposta. Na prática, na conjuntura atual, isso colocará os novos parlamentares municipais na tarefa de pressionar para que se repita, em 2021, algo semelhante ao auxílio financeiro que o governo federal repassou para estados e municípios como forma de enfrentamento à pandemia.

Mas Braun alerta que a pandemia reserva também tarefas específicas para os novos ocupantes das Câmaras de Vereadores, além da pressão por mais recursos. Ele explica que, em condições normais, definições como “o que pode ou não funcionar em dada região, como e por quanto tempo as escolas vão abrir” são responsabilidade do legislativo na sua “atividade ordinária”. Em situações de emergência como as trazidas pela pandemia, no entanto, em que decisões precisavam ser tomadas de forma muito rápida, quem acaba “puxando o bonde” é o Executivo, ainda que as câmaras e assembleias devam fiscalizar e referendar ou não esses atos. Foi isso que se viu ao longo de 2020. Mas, passado quase um ano da chegada do novo coronavírus ao Brasil, o cientista político argumenta que são os parlamentos, e particularmente as câmaras municipais no nível local, que devem assumir os próximos passos. “As decisões em relação ao ano escolar de 2021, à disposição de recursos para a saúde e transporte levando em consideração a pandemia são agora função precípua do Legislativo. O Executivo atendeu a demanda emergencial, bem ou mal, isso será julgado. A partir de agora, é a Câmara de Vereadores que tem que criar um novo normativo para orientar o Executivo sobre o que fazer diante dessa pandemia”, defende.

Maior controle social?

O estrago causado pela Covid-19 agrava muito a situação, mas a verdade é que a dificuldade e a dependência orçamentária dos municípios impactam – e limitam – o funcionamento do Legislativo municipal como o desenho federativo brasileiro prevê. E o efeito mais sensível talvez se dê na expectativa de maior controle da sociedade sobre aqueles que ela elegeu. Afinal, foi com o argumento de que a descentralização do poder ampliaria a democracia participativa, aumentando as possibilidades de pessoas e grupos fiscalizarem e atuarem junto aos vereadores, que se apostou no fortalecimento, na diversidade de atribuições e na multiplicação dos municípios no Brasil pós-Constituição de 1988. “Mais municípios com menos pessoas significaria maior democratização e maior controle por parte do cidadão sobre as instâncias públicas”, resume Tavares, dizendo que, passadas algumas décadas dessa experiência, lamentavelmente essa suposição não se comprovou empiricamente. Mais do que isso, tem se fortalecido, segundo ele, um “contra-argumento”: o de que esse processo produziu ainda mais oligarquização. E um dos motivos desse fracasso, de acordo com o professor da UFG, tem diretamente a ver com orçamento. “Os municípios no Brasil têm muitas atribuições, mas não têm receita própria”, explica. Por consequência, diz, eles se tornam muito dependentes de parcerias e convênios com estados e, principalmente, com a União – e os esforços de negociação com esses gestores se tornam mais importantes do que o debate com a população que paga o tributo. “Há uma atrofia democrática”, analisa.

Samuel Braun confirma que no Brasil não existe nenhum indício de maior participação da sociedade civil nas câmaras municipais do que em outras casas legislativas. Ao contrário. E ele aponta também como uma das explicações a maior dificuldade de se constituírem grupos organizados de pressão no âmbito local. “Sejam categorias econômicas, sejam grupos de pressão ideológica, eles estão muito mais presentes no Senado e na Câmara Federal do que nas assembleias legislativas e são quase inexistentes nas câmaras municipais”, aponta Braun. Tavares resume: “A descentralização política não é necessariamente democratizadora”. O

DE OLHO NO CALENDÁRIO!

O primeiro calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunização (PNI), instituído há 44 anos, oferecia quatro vacinas, contra poliomielite, sarampo, difteria, tétano e coqueluche, além da BCG (*Bacilo Calmette Guerin*), contra tuberculose, para crianças de até 1 ano. Hoje, o PNI oferece 44 imunobiológicos que compõem os calendários de vacinação para crianças, adultos, idosos e gestantes.



POLIOMIELITE

Doença infectocontagiosa aguda que ataca o sistema neurológico, também conhecida como paralisia infantil.



VACINA

Sabin ou antipólio.



STATUS

O último caso registrado no Brasil foi em 1989. Desde 1994, o país tem o certificado de eliminação da doença. No mundo, apenas dois países ainda têm caso de pólio, o Afeganistão e o Paquistão.



SARAMPO

Infecção viral altamente contagiosa que ataca o sistema imunológico.



VACINA

Tríplice Viral (SCR) e a Tetra Viral (SCRV), que também englobam a prevenção contra a catapora, rubéola e caxumba.



STATUS

Chegou a ser erradicada no Brasil e na América do Sul, mas, em 2018, o país perdeu o certificado de erradicação concedido pela Organização Pan-americana de Saúde (Opas). Naquele ano, o Brasil registrou em torno de 10 mil casos confirmados.



DIFTERIA

Doença bacteriana aguda, que ataca as áreas das amígdalas, laringe e nariz e geralmente causa inflamação da garganta e das membranas mucosas da boca.



VACINA

DTP e dTpa ou pentavalente (que imunizam também contra outras doenças).



STATUS

Desde 1990, o Brasil obteve uma significativa redução de incidência de casos. Apesar disso, a doença ainda ocorre de forma epidêmica e endêmica no Brasil e no mundo. No ano de 2015 foram notificados no Brasil cerca de 101 casos de suspeita da doença, a maioria no Nordeste, mas somente 14 foram confirmados.



COQUELUCHE

Doença bacteriana altamente contagiosa, que ataca todo o aparelho respiratório humano.



VACINA

DTP, dTpa e pentavalente (que também imunizam contra outras doenças).



STATUS

A partir da década de 1990 o Brasil passou a observar uma redução nas taxas de incidência da doença, porém, desde 2011 o Ministério da Saúde tem registrado um novo aumento no número de novos casos da doença no Brasil.



TÉTANO

Doença infecciosa grave, não contagiosa, causada pela toxina liberada pela bactéria *Clostridium tetani*, que entra no organismo através de lesões ou ferimentos na pele.



VACINA

DTP, dTpa e pentavalente (que também imunizam contra outras doenças).



STATUS

Tem-se observado uma redução contínua nos casos de tétano accidental no Brasil. Em 2015 foram notificados 509 casos suspeitos de tétano accidental, dos quais 56% foram confirmados.



TUBERCULOSE

Doença infectocontagiosa que afeta principalmente o pulmão. O ataque de forma extrapulmonar, que acomete também outros órgãos e sistemas, ocorre com mais frequência em pessoas que vivem com HIV, segundo o Ministério da Saúde.



VACINA

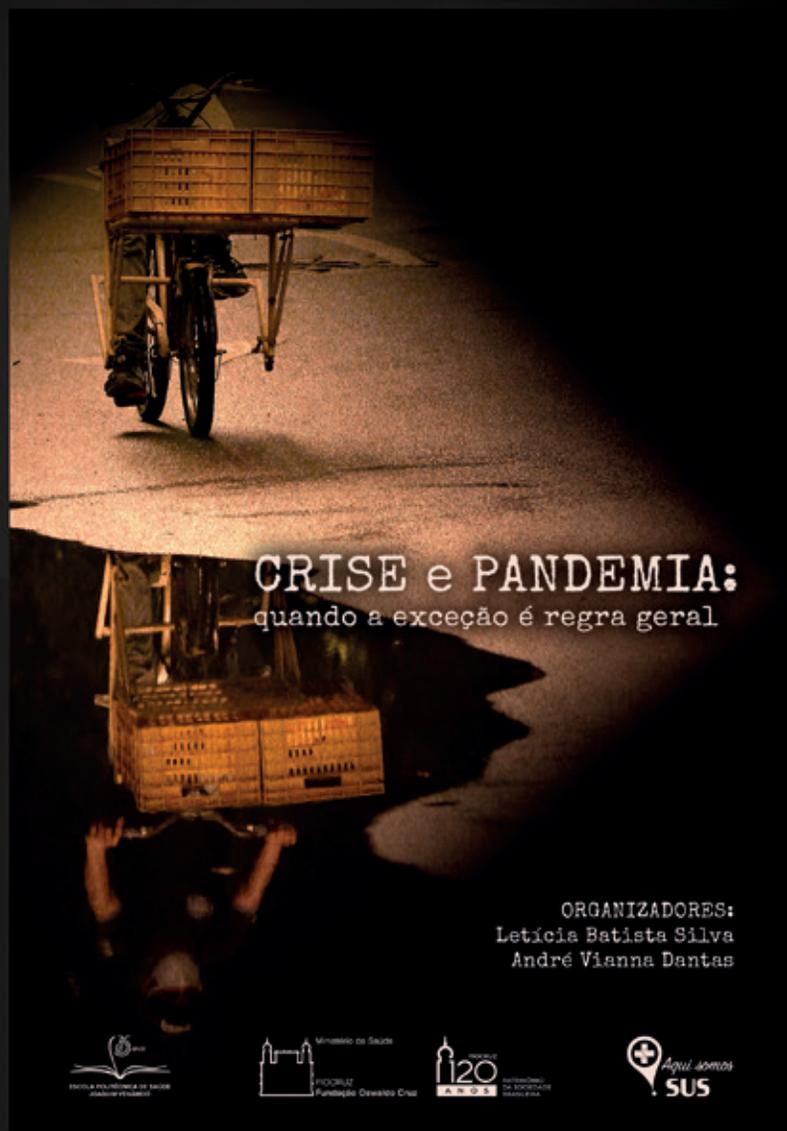
Bacilo Calmette-Guérin (BCG)



STATUS

Segundo levantamento da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2017, estima-se que 10 milhões de pessoas adoeceram por tuberculose e que a doença tenha causado a morte de pelo menos 1,3 milhões de pessoas ao redor do mundo, o que a mantém entre as dez principais causas de morte no planeta. No Brasil, em 2018 foram registrados 72.788 casos novos da doença. Apesar disso, a OMS afirma que quando comparado ao século passado, a incidência global tem diminuído cerca de 1,4% ao ano desde 2000.

LANÇAMENTO EDITORIAL



"Preparem-se, leitores(as), pois todas as páginas que compõem a obra que vocês têm em mãos são produto da pesquisa científica na universidade e instituições públicas. (...) São textos que tratam da economia política, da comunicação, das políticas públicas de saúde e educação, e da condição geral dos trabalhadores, nestes tempos pandêmicos em que prevalecem o irracionalismo, o senso-comum (...) e muitas vezes a mentira e a desonestidade das *fake news*".

Elaine Behring

Acesso livre e gratuito pelo site
www.epsjv.fiocruz.br/criseepandemia

