

Revista

Ano XV – Nº 89
mai./jun. – 2023

Poli



SAÚDE • TRABALHO • EDUCAÇÃO

Fechamento autorizado -
pode ser aberto pelas correios

CAMINHO PARA
UNIVERSALIDADE
Cresce legislação
para Cannabis
Medicinal no SUS

VIOLÊNCIA CONTRA
CRIANÇAS E
ADOLESCENTES
Por que notificar é
tão importante?



NOVO ENSINO MÉDIO

Caminhos e debates sobre a implementação da reforma

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) é uma unidade técnico-científica da Fiocruz que promove atividades de ensino, pesquisa e cooperação no campo da Educação Profissional em Saúde. A EPSJV oferece cursos técnicos de nível médio, de especialização e de qualificação nas áreas de Vigilância, Atenção, Informações e Registros, Gestão, Técnicas Laboratoriais, Manutenção de Equipamentos e Radiologia, além da Educação de Jovens e Adultos (EJA) e de um Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde.

A EPSJV coordena e desenvolve programas de ensino em áreas estratégicas para a Saúde Pública e para Ciência e Tecnologia em Saúde; elabora propostas para subsidiar a definição de políticas para a educação profissional em saúde e para a iniciação científica em saúde; formula propostas de currículos, cursos, metodologias e materiais educacionais; e produz e divulga conhecimento nas áreas de Trabalho, Educação e Saúde. A Escola também é Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Educação de Técnicos em Saúde e Secretaria Executiva da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS).

www.epsjv.fiocruz.br



EPSJVFiocruz



@epsjv_Fiocruz



@epsjvFiocruz



epsjv/Fiocruz



epsjv - Fiocruz



+55 (21) 96473-6462* *Para receber as mensagens da lista do WhatsApp da EPSJV você precisa salvar esse número no seu telefone e enviar uma mensagem com seu nome completo.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
Av. Brasil, 4.365 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21040-360
Tel.: 21 3865-9797

Revista

Poli

SAÚDE • TRABALHO • EDUCAÇÃO

EXPEDIENTE

Ano XV - Nº 89 - mai./jun. - 2023

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

Edição

Erika Farias

Juliana Passos

Talita Rodrigues

Reportagem

Erika Farias

Juliana Passos

Projeto Gráfico

Maycon Gomes

Diagramação

José Luiz Fonseca Jr.

Marcelo Paixão

Maycon Gomes

Capa

Maycon Gomes

Ilustrações da capa

Pixabay e Tartila [Freepik]

Mala Direta e Distribuição

Valéria Melo

Portal EPSJV

André Antunes

Mídias Sociais

Larissa Guedes

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

Alda Lacerda

Alexandre Moreno

Ana Reis

Anamaria Corbo

Carolina Dantas

Cristiane Sendim

Edilene Pereira

Etelcia Molinaro

Ingrid D'avilla

Letícia Batista

Luana Freitas

Marcia V. Morosini

Monica Vieira

Paulea Zaquini

Raquel Moratori

SUMÁRIO

2

NOTAS

4

CAPA

Novo ensino médio: revisar ou revogar?

12

DEBATE NO SUS

Novos tempos: cannabis medicinal ganha espaço no SUS

18

ENTREVISTA

Marcela Soares

'A legalização da terceirização irrestrita, permitida com a reforma trabalhista de 2017, favorece as possibilidades da expansão da escravidão contemporânea'

22

SAÚDE

Cuidado e proteção: a importância da notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes

26

TRABALHO

Greves de trabalhadores da saúde expõem impactos do neoliberalismo em sistemas universais

31

O QUE É, O QUE FAZ?

CRAS



Receba a Revista Poli e assine nosso boletim pelo site

www.epsjv.fiocruz.br

Endereço

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Sala 306

Av. Brasil, 4.365 Manguinhos – Rio de Janeiro - RJ CEP.: 21040-360

Tel.: (21) 3865-9718 Fax: (21) 2560-7484 – e-mail: comunicacao.epsjv@fiocruz.br

●● EPSJV lança série de podcasts sobre a história da Educação Profissional no Brasil

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), em parceria com o Conselho Nacional das Instituições da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (Conif), lançou, no dia 25 de maio, a série de podcasts “Formação Profissional no Brasil: onde Educação e Trabalho se encontram”, que conta a história da Educação Profissional no Brasil. Ao longo dos sete episódios, o ouvinte vai conhecer a trajetória de profissionais formados por escolas técnicas em diversas décadas e também a análise de especialistas sobre a trajetória da educação profissional no Brasil.

No primeiro episódio, “Muito além da legislação: Primeiras escolas técnicas federais”, o ouvinte pode conhecer como surgiu a educação profissional no Brasil e como ela atuou na transformação do país desde o início do século 20. Com o tema “Educação para Indústria: a criação do Sistema S e o apartheid educacional”, o segundo episódio narra como a educação profissional ganhou um novo papel, nas décadas de 1930 e 1940, com o incentivo à industrialização e modernização no país. O terceiro episódio, “O declínio da educação profissional nos anos de chumbo”, aborda a educação profissional no Brasil durante o regime militar. Já no quarto episódio, o ouvinte vai co-



nhecer a história da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e as políticas de educação profissional no Brasil a partir de 1985, início da abertura política após a ditadura militar. A expansão da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, a criação dos Institutos Federais e o Pronatec nos anos 2000 são o tema do quinto episódio da série. O sexto episódio aborda as perspectivas para a formação técnica no Brasil e também os desafios dos trabalhadores técnicos em saúde nos dias atuais. No sétimo e último episódio da série, o ouvinte vai conhecer a história e o legado do trabalhador técnico Joaquim Venâncio, que dá nome à Escola Politécnica, e as contribuições da EPSJV para a educação em saúde desde sua fundação, em 1985.

Os episódios serão lançados semanalmente e estarão disponíveis em todos os tocadores de podcast. Para ouvir, procure por “Podcast Poli” nas plataformas de áudio.

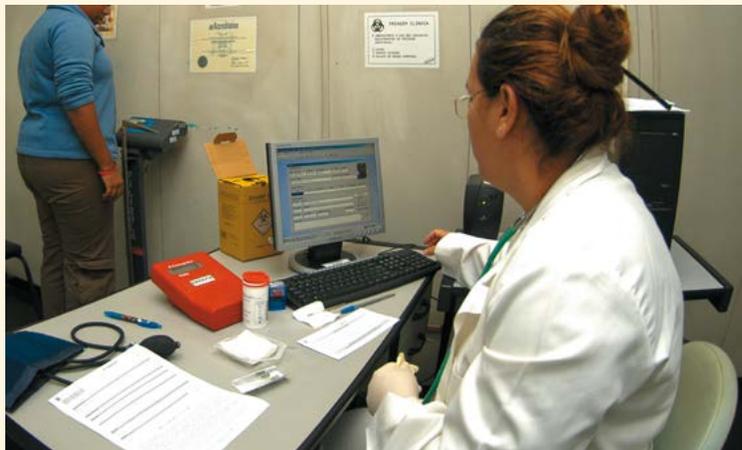
●● Somente 15% dos estudantes acima de 16 anos prosseguem os estudos

Pesquisa divulgada no final de maio pelo Serviço Social da Indústria (Sesi) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) mostrou que poucos brasileiros acima de 16 anos prosseguem os estudos, sem interrupção, até alcançarem a formação desejada. A encomenda do estudo foi feita ao Instituto FSB Pesquisa, que entrevistou mais de dois mil brasileiros nos 26 estados e no Distrito Federal e constatou que apenas 15% dos que possuem 16 anos ou mais estão matriculados em uma rede de ensino. Os índices mais altos estão na região Nordeste (18%), nas capitais (17%) e entre aqueles com renda familiar acima de cinco salários-mínimos. Na outra ponta está a região Sul, com 11% da população acima de 16 anos que

segue estudando. A pesquisa também questionou sobre a modalidade em que o curso é ministrado. Enquanto o Ensino a Distância (EaD) é uma opção para 16% dos matriculados na média geral, esse índice sobe para 35% entre os estudantes da faixa etária de 41 a 59 anos. O principal motivo apontado para a interrupção dos estudos foi a necessidade de trabalhar para sustentar a família (47%). Entre os jovens de 16 a 24 um motivo mencionado com frequência (18%) para a evasão escolar foi o de tornar-se mãe ou pai.

Ministério da Saúde recria equipes multidisciplinares na Atenção Primária

RAUL SANTANA/AGÊNCIA FIOCRUZ



O Ministério da Saúde (MS) anunciou, no final de maio, um investimento de R\$ 870 milhões para a formação de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. A expectativa é que quatro mil equipes voltem a se estruturar no país. A estratégia, batizada de eMulti, é inspirada no Núcleo de Apoio à Saúde (Nasf), criado em 2008 e descontinuado pela gestão anterior do MS. O eMulti, instituído pela Portaria nº 635/2023, prevê a existência de três modalidades de equipes: a Avançada, a Complementar e a Estratégica. Para cada equipe estão previstos investimentos mensais de R\$ 36 mil, R\$ 24 mil e R\$ 12 mil, respectivamente. A diferença entre elas é a carga horária e as categorias variáveis de profissionais que podem ser incluí-

dos em cada modalidade. Não há obrigatoriedade de que todas as categorias componham a equipe. Assistentes sociais, profissionais de educação física, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais podem compor as equipes fixas Avançadas e Complementares. As equipes fixas devem ser articuladas às especialidades complementares e incluem 12 especialidades médicas, arte-educadores e sanitaristas. Entre as mudanças em relação ao Nasf está o aumento da carga horária semanal, somando todos os profissionais das equipes, de 200 horas para 300 horas, a possibilidade de teleconsulta e a inclusão de cinco novas possibilidades de especialistas para a composição das equipes: cardiologistas, dermatologistas, endocrinologistas, infectologistas e hansenologistas. A portaria prevê ainda carga horária mínima de 10 horas semanais para os médicos e 20 horas semanais para as demais categorias. “As equipes multiprofissionais vão permitir a microterritorialização do acesso com a garantia do cuidado integral. Com o financiamento generoso que está sendo oferecido, nós temos a esperança, em municípios pequenos ou grandes, ainda este ano de garantir o acesso à saúde a todos”, disse o secretário de Atenção Primária à Saúde do MS, Nésio Fernandes.

STF nega vínculo trabalhista entre motorista e app; governo cria GT para regulamentar trabalho por plataformas

O ministro Alexandre de Moraes do Supremo Tribunal Federal (STF), negou, no dia 24 de maio, a existência de vínculo empregatício entre um motorista e um aplicativo de transporte. Moraes argumentou que as decisões anteriores, proferidas pela Justiça do Trabalho, partiram de “premissas equivocadas” para defender a existência de obrigações trabalhistas e defendeu que se trata de uma relação comercial. O argumento do magistrado está baseado na Lei nº 11.442/2007, que regula a existência do transportador autônomo. Moraes cita ainda o voto de outro ministro do STF, Luís Roberto Barroso, no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 324, no qual a maioria do STF entendeu

que a terceirização da atividade-fim é constitucional. “É lícita a terceirização de toda e qualquer atividade, meio ou fim, não se configurando relação de emprego entre a contratante e o empregado da contratada”, escreveu Barroso em seu voto, proferido em 2018.

A decisão de Moraes ocorre em meio ao início das discussões do Grupo de Trabalho dos Aplicativos, criado no dia 1º de maio pelo governo federal, a partir do Decreto nº 11.153/2023. A coor-

denação do GT é de responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Com 45 membros, 15 de cada setor – governo, trabalhadores e empregadores – o Grupo será responsável por elaborar uma proposta de regulamentação das atividades de prestação de serviços, transporte de bens e de pessoas e outras atividades executadas por intermédio de plataformas tecnológicas. O prazo é de 150 dias a partir da publicação do decreto, prorrogáveis por igual período.

NOVO ENSINO MÉDIO: REVISAR OU REVOGAR?

Enquanto os defensores da reforma propõem ajustes, críticos argumentam que a reforma barateia o custo da educação e aumentará desigualdades

JULIANA PASSOS

Possibilidade de escolha, flexibilidade do currículo, aulas mais atrativas e próximas do cotidiano dos estudantes. Esses são alguns dos argumentos de defensores da reforma do Ensino Médio (EM) para diminuir a evasão nesse segmento escolar que tem a maior taxa de abandono do ensino básico. Entre os favoráveis à reforma estão o Conselho Nacional em defesa da Reforma do Ensino Médio (Consed) e organizações da sociedade civil, como o Todos pela Educação e o Movimento pela Base, que têm em comum parceiros como Itaú Social, Instituto Unibanco e Fundação Roberto Marinho. Já os críticos à reforma destacam as complicações decorrentes da diminuição da carga horária da formação geral básica para antecipar a preparação para o mercado de trabalho. “Se estamos falando de educação básica, ela deve ser a mais comum a todos, como o direito à educação. Em um sistema de ensino tão desigual como o nosso, quando se diz que é preciso diversificar precocemente, você vai aumentar as desigualdades no acesso ao ensino e, conseqüentemente, limitar o acesso ao ensino superior”, diz Monica Ribeiro, coordenadora do Observatório do Ensino Médio, da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

De acordo com um levantamento do jornal Folha de S. Paulo, publicado em reportagem de 17 de março de 2023, há uma grande diversificação das disciplinas em todo o país, com o oferecimento de, pelo menos, 1.526 disciplinas diferentes no Novo Ensino Médio. Em fase experimental desde 2020, o novo modelo passou a ser obrigatório para o primeiro ano do EM em 2022, após todos os estados apresentarem, individualmente, seu novo programa curricular. Em 2023, foi a vez dos estudantes do segundo ano e a previsão é que, em 2024, a obrigatoriedade se estenda também às turmas de terceiro ano do EM.

De acordo com a proposta do Novo Ensino Médio (NEM), as disciplinas da educação básica, como História, Biologia, Geografia ou Física ficam agrupadas por áreas do conhecimento: Ciências Humanas e Sociais Aplicadas (História, Geografia, Sociologia e Filosofia), Ciências da Natureza (Química, Física e Biologia), Linguagens (Português, Artes e Educação Física) e Matemática. De acordo com a Lei nº 13.415/2017, que regulamenta o NEM, apenas Português e Matemática serão disciplinas obrigatórias nos três anos do Ensino Médio. Outra mudança prevista pela lei está na carga horária. Diferentemente do que era previsto antes da alteração, quando o EM tinha 2.400 horas de carga horária, a atual Formação Geral Básica (FGB) deve ser ministrada em 1.800 horas, e nas 1.200 horas restantes, o estudante deve escolher ou ser incluído, como tem ocorrido na prática, em uma das cinco áreas de itinerários formativos previstos: Ciências da Natureza, Linguagens, Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, Matemática ou Formação Técnica e Profissional. No total, a carga horária subiu para 3.000 horas, o que significa, para o Ensino Médio regular, uma hora a mais de aula por dia. E que não precisa ser, necessariamente, cumprido em aulas presenciais, já que a legislação permite que 20% das aulas sejam feitas no modo de Educação a Distância. Além da formação geral, os estudantes devem cursar uma das cinco opções de aprofundamento, que têm se desdobrado em um número diversificado de itinerários por estado.

A elaboração dos novos currículos ficou a cargo das secretarias estaduais de educação, com liberdade para elaboração de disciplinas e das trilhas de aprendizagem, que são diferentes rotas para um mesmo itinerário. A Revista Poli enviou um questionário a todas as secretarias estaduais de Educação do Brasil e obteve onze respostas – Rio Grande do Sul, Tocantins, Acre, Amazonas, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Bahia,

Pernambuco, Rio de Janeiro e Minas Gerais, além do Distrito Federal. Nelas, as secretarias explicam que os critérios para elaboração dos planos foram a Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e resoluções estaduais, após a formação de grupos consultivos para elaboração do plano. Enquanto a Bahia elaborou 18 itinerários formativos dentro dos cinco eixos, o Rio Grande do Sul criou 24. A Secretaria de Educação do Rio Grande do Sul detalhou que o processo de escolha incluiu consultas ao interesse dos alunos, mas, posteriormente, as escolas se manifestaram individualmente sobre quais disciplinas seriam capazes de ministrar. Entre os itinerários preferidos estão “Expressão Corporal, Saúde e Bem-estar, “Vida, Cidadania e Relações Interpessoais” e “Sustentabilidade e Qualidade de Vida”. Já na Bahia, o itinerário “Interdisciplinar” foi preferido. “Temos 27 modelos de ensino médio vigentes atualmente”, diz Monica, em referência aos 26 estados e o Distrito Federal.

Entre as respostas recebidas pela Poli, apesar da variedade de ofertas de disciplinas e itinerários dos estados, há alguns eixos comuns entre eles, como a preocupa-

ção de ensinar empreendedorismo e a elaboração de um projeto de vida, incluída como competência necessária a ser desenvolvida pelo estudante, conforme previsto na BNCC. “Há um desvio de finalidade quando os estudantes perdem formação básica para ter disciplinas relacionadas ao empreendedorismo, que não é algo que esses estudantes usarão para o Enem [Exame Nacional do Ensino Médio]. É como dizer aos estudantes ‘olha, já que você não vai ter acesso e preparo para tentar uma vaga no ensino superior, torne-se um empreendedor””, avalia Monica.

Um levantamento do professor da Universidade Federal do ABC (UFABC), Fernando Cássio, que também integra o comitê diretivo da Campanha Nacional pelo Direito à Educação, mostra que a maioria das secretarias contou com assessoria do Instituto Reúna para essa elaboração. O Instituto é uma organização sem fins lucrativos que realiza assessoria para implementação da BNCC, seja na formação de professores, secretarias de educação e na elaboração de materiais didáticos. Entre seus parceiros estão a Fundação Lemann, o Itaú Social e a Fundação Roberto Marinho.



SE ESTAMOS FALANDO DE EDUCAÇÃO BÁSICA, ELA DEVE SER A MAIS COMUM A TODOS, COMO O DIREITO À EDUCAÇÃO. EM UM SISTEMA DE ENSINO TÃO DESIGUAL COMO O NOSSO, **QUANDO SE DIZ QUE É PRECISO DIVERSIFICAR PRECOCAMENTE, VOCÊ VAI AUMENTAR AS DESIGUALDADES NO ACESSO AO ENSINO E, CONSEQUENTEMENTE, LIMITAR O ACESSO AO ENSINO SUPERIOR”**

MONICA RIBEIRO

Professora da Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Diante da grande participação de um único instituto na assessoria dos currículos, Fernando rebate o argumento dos defensores da reforma de que há problemas que podem ser corrigidos com ajustes na implantação da reforma. “O problema é de concepção”, opina.

Desde o início de 2023, as redes sociais digitais trazem inúmeros relatos de estudantes e professores da rede pública de ensino que confirmam o diagnóstico feito pela Rede Escola Pública e Universidade (Repu), em 2022, sobre a implantação da Reforma no Estado de São Paulo, o primeiro a adotá-la, em 2020. A pesquisa constatou que, embora 375.019 estudantes tenham respondido seus itinerários de preferência, a atribuição foi feita por sorteio. Do total de aulas previstas para 2022, 20% não tinham professor atribuído e no período noturno não há expansão da carga horária presencial. A pesquisa consultou ainda 28 escolas sobre o acesso dos alunos ao conteúdo das aulas oferecidas de forma virtual e a maioria registrou que os alunos não acessam o sistema do governo. “A indução de desigualdades escolares não é uma novidade na educação pública do Estado de São Paulo, haja vista os já descritos efeitos segregadores do Programa Ensino Integral (PEI), que concentra estudantes de classe média em escolas de jornada ampliada e a maioria dos mais pobres em escolas superlotadas”, conclui a nota técnica sobre a pesquisa. De acordo com os relatos das redes sociais, o cenário que se repete pelos demais estados é a falta de professores para implementação de todos os itinerários previstos e, por consequência, a impossibilidade de escolha por parte dos estudantes, com a realização de sorteio para a distribuição de itinerários. Além disso, há inúmeros registros de disciplinas pouco relacionadas com a educação básica, como ensino de RPG ou vendas pelo Instagram. “A reforma do ensino

no médio está destruindo a possibilidade dos estudantes ingressarem no ensino superior”, argumenta o professor da UFABC.

Em fóruns de professores nas redes sociais, os profissionais descrevem como um pesadelo a necessidade de ministrar aulas dos itinerários para completar a carga horária. Eles dizem que falta preparo dos professores para ministrar a variedade de disciplinas criadas, devido ao desvio da sua área de formação, o que tem sobrecarregado os docentes, que contam com pouco material de apoio para a preparação das aulas. Em abril de 2023, após um pedido feito nas redes sociais pelo professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Daniel Cara, também integrante do comitê diretivo da Campanha Nacional pelo Direito à Educação, diversos internautas relataram a situação em suas escolas. Uma delas, a professora Cláudia Silva, explica as mudanças. “Falo como professora de História da Rede Estadual de São Paulo. Leciono três componentes diferentes de um itinerário formativo de Ciências Humanas para o 3º ano, para 20 alunos que não escolheram Ciências Humanas. São seis aulas semanais sofríveis, pois tento adaptar o material de apoio fornecido pelo estado e, ao mesmo tempo, aproximar-me da realidade deles, nem sempre com sucesso. Todo início de semana, momento de estudar e planejar, é um tormento. No 2º ano, é ainda pior, o componente Tradições Culturais foi concebido para ser lecionado por um professor de Artes, mas foi atribuído a mim”, escreveu em resposta a Daniel Cara.

A vice-diretora de Ensino e Informação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Ingrid D’avilla, observa que itinerários flexíveis não devem ser sinônimo de perda de conteúdo. Ela concorda que é preciso repensar o Ensino Médio e, nesse sentido, o modelo de currículo integrado de

ensino dos Institutos Federais pode ajudar a pensar alternativas. “No modelo de educação politécnica, vinculamos a formação geral a habilitações técnicas e temos uma integração possível entre disciplinas ou eixos formadores, sem redução da carga horária da formação geral. Ao contrário do que diz a reforma, em que a proposta de itinerários formativos mais flexíveis ocorre com a redução da carga horária de disciplinas que são fundamentais para os estudantes. Por exemplo, você deixa de oferecer sociologia e passa a oferecer algo sobre empreendedorismo. No lugar de matemática, robótica. E no final das contas, os alunos estão perdendo a oportunidade de conhecer os saberes disciplinares que são fundamentais para que eles possam compreender essas outras disciplinas”, diz.

Formas de expansão: Educação a distância e parcerias

A flexibilização do currículo também se dá com a permissão para a realização de parcerias, o que inclui a contratação de professores sem experiência didática, mas que tenham atuação profissional na área da disciplina criada. O critério, nesse caso, seria o “notório saber”. E as parcerias não se limitam à contratação de pessoas físicas, também é possível fazer parcerias com escolas privadas para o oferecimento de cursos técnicos. “Essa é uma forma de baratear a expansão da rede pública. Em vez de aumentar a estrutura das escolas, o governo autoriza a terceirização dessa etapa”, diz Ingrid.

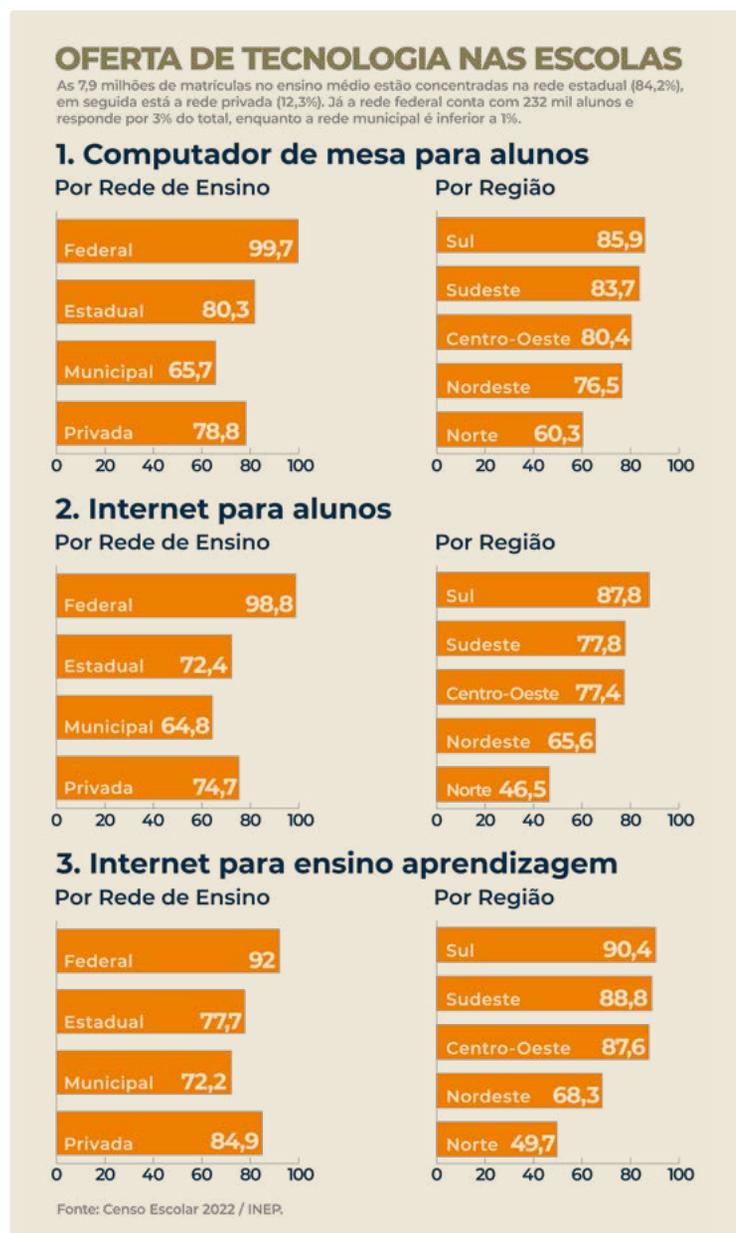
Nos estados que responderam ao questionário desta reportagem, há iniciativas variadas. No Mato Grosso do Sul, a secretaria de educação possui uma parceria com o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac) para atender a 15 turmas de itinerários profissionais. O governo do Acre, com apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), lançou uma seleção pública para oferecer a formação técnica em Bioeconomia da Amazônia. O estado também firmou uma parceria de cooperação técnica com o MEC e a empresa federal alemã GIZ – GmbH para implantar cursos profissionalizantes na área ambiental dentro do programa “Profissionais do Futuro – Competências para a Economia Verde”. Já a secretaria de educação de Tocantins informou que está realizando um levantamento das demandas dos setores produtivos locais para criação de parcerias com o setor privado, o governamental e o terceiro setor para o oferecimento de itinerários da educação profissional.

Essas parcerias também podem ser feitas com a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, como já acontece em alguns estados. E para a presidente do Conselho Nacional das Instituições da Rede Federal de Educação Profissional, Cientí-

fica e Tecnológica (Conif), Maria Leopoldina Veras, há uma nítida diferença entre a parceria dos Institutos Federais (IFs) com as escolas estaduais e a capacidade de integração interna de cada IF por conta da estrutura e valorização profissional. “O aluno faz a parte pedagógica [disciplinas regulares] na escola estadual e a parte profissionalizante nos Institutos Federais. Mas, mesmo assim, percebemos a necessidade de haver uma maior integração na construção desse currículo para garantir uma formação adequada aos alunos. Quando você tem isso dentro da mesma instituição, fica mais fácil. Nos institutos, os professores têm dedicação exclusiva e mais tempo para elaborar a integração dos currículos”, diz.

A legislação também permite que as parcerias sejam feitas para a oferta de disciplinas no formato de Educação a Distância (EaD). O percentual varia de acordo com a modalidade. No ensino médio regular é de até 20%, ou seja, com o aumento da carga horária para cinco horas diárias, uma delas poderia ser feita por EaD. No caso do ensino médio noturno, que manteve as quatro horas diárias, o percentual sobe para até 30%. Já a Educação de Jovens e Adultos (EJA) pode ser feita quase totalmente de forma virtual, com a permissão para até 80% das aulas serem ministradas *online*. Para Ingrid, essa opção é um grande retrocesso após quatro anos de pandemia, aliado ao fato de o acesso à internet banda larga ainda ser muito restrito no país. Ela relata a experiência da EPSJV durante o período de suspensão das aulas presenciais, por conta da pandemia de Covid-19, quando a Fiocruz distribuiu tablets e chips com internet para os alunos e, mesmo assim, as dificuldades foram enormes. “Descobrimos que a cidade do Rio de Janeiro, uma das maiores do país, tem áreas de sombra de cobertura em que não há sinal de internet disponível, mesmo que esse serviço tenha sido adquirido pela instituição”.

Para além dos problemas de conexão e da realidade da EPSJV, ela não considera que a EaD seja uma modalidade que se aplique à educação básica. “Eu acho que a grande lição do ensino remoto emergencial foi evidenciar que a escola é, na verdade, um grande espaço de socialização. O aprendizado ocorre, inclusive, como decorrência dos laços pessoais, interpessoais, afetivos e sociais que se constroem cotidianamente, seja com os outros estudantes, seja com os professores. Essa experiência que vivenciamos coloca em xeque a ideia de que haverá modernização e inovação na educação básica quando diminuirmos o tempo de sala de aula e otimizarmos com a educação a distância”, avalia, e completa dizendo que a situação é ainda mais crítica no caso da EJA, com chances de se tornar apenas uma modalidade de certificação para pessoas que deveriam estar ainda mais próximas da escola. “Estamos falando de trabalhadores que tiveram que se afastar da esco-



la por questões do trabalho, da vida familiar e social e que ficaram longe da escola durante uma fase muito importante da vida. Então, flexibilizar o horário das atividades da EJA é uma possibilidade, mas tornar EaD não acho possível”, afirma.

A mudança não afeta todas as instituições e a capacidade de oferta do novo currículo não é a mesma em todas as instituições de ensino. Enquanto as escolas particulares continuam garantindo o conteúdo necessário para a aprovação nos exames de vestibular e no Enem, as escolas públicas federais decidiram não adotar a reforma. Essas instituições, de acordo com o Censo Escolar de 2022, possuem melhor estrutura escolar, à frente, inclusive, das escolas particulares. “Entendemos que essa reforma reduz as possibilidades de formação



dos nossos alunos. Então, nós seguimos a resolução atual, mas não deixamos de fazer toda a complementação que era abordada nas diretrizes de 2012. A antiga resolução é muito mais ampla e permite que a gente possa fazer um aprofundamento em disciplinas que são cruciais para o processo de formação dos nossos alunos, como nas áreas de Artes, Filosofia e Sociologia”, diz a presidente do Conif. Ela faz referência a diretrizes aprovadas para todas as modalidades de Ensino Médio em 2012, mas nunca adotadas no modelo regular, o que vai ser explicitado mais à frente nesta reportagem.

Diante das controvérsias sobre a reforma do Ensino Médio, o novo governo federal decidiu suspender, em abril de 2023, seu cronograma de implantação, incluindo um prazo para que o Enem possa avaliar os estudantes com base nesse novo currículo.

É preciso revisar ou revogar o Novo Ensino Médio?

Em documento lançado em dezembro de 2022, a organização não governamental Todos pela Educação (TPE) elogia a proposta. “Em uma análise geral, é preciso destacar que há mudanças aprovadas para o Ensino Médio que apontam para o sentido correto, especialmente na visão de ampliação de carga horária, da organização curricular por área do conhecimento, da busca da interdisciplinaridade e da flexibilização curricular, com a previsão de oferta de opções formativas para os estudantes ao longo da etapa”, diz o documento.

O Consed, em nota divulgada em fevereiro de 2023, também defendeu a manutenção da reforma. “O Novo Ensino Médio é uma construção coletiva, cuja implementação tem sido liderada pelas redes estaduais de ensino. Pelas mãos dos técnicos das secretarias, em colaboração com as equipes das escolas, especialistas de entidades parceiras e sindicatos, foram construídos os novos currículos, que estão sendo implementados

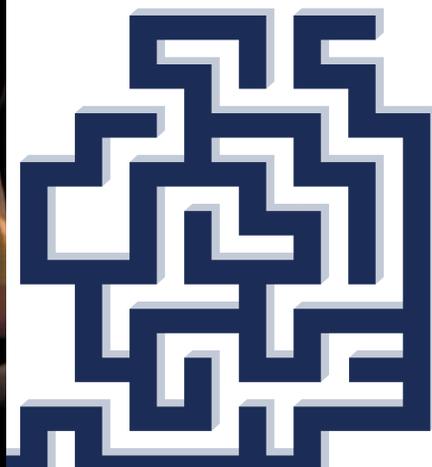
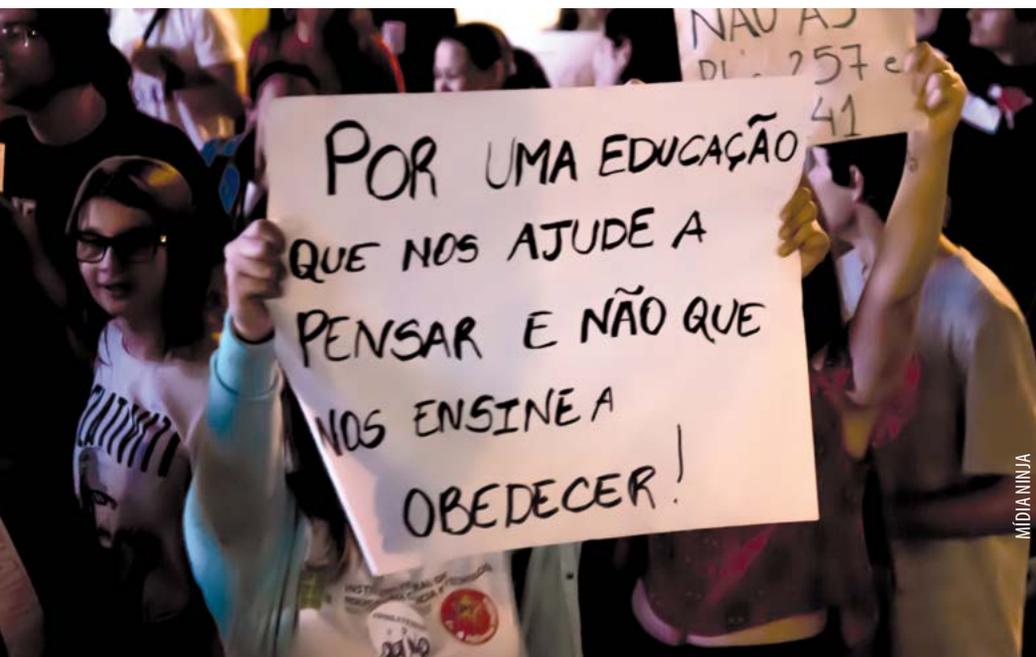
desde 2022. [...] Para o Conselho Nacional de Secretários de Educação (Consed), aprimoramentos e ajustes, próprios de qualquer processo, podem e devem ser discutidos. No entanto, a revogação do Novo Ensino Médio não é o caminho para tornar essa etapa mais atrativa ao estudante”, diz a nota do Conselho, que não quis conceder entrevista para esta reportagem, assim como o Todos pela Educação.

Ainda no documento do TPE, há o detalhamento das mudanças que devem ser feitas. O texto avalia como “bastante amplas” as definições sobre os itinerários formativos. “Abriu-se uma flexibilidade muito grande para os currículos, trazendo dúvidas e incertezas aos estados e, conseqüentemente, riscos em um país com as imensas desigualdades como as brasileiras”, diz o documento e, mais a frente, pede um número maior de normas orientadoras: “As normativas poderiam, por exemplo, ser mais orientadoras sobre o que se espera dos itinerários em termos de competências e habilidades a serem desenvolvidas no aprofundamento das áreas do conhecimento, dialogando com o que é trabalhado na formação geral básica”.

O texto demonstra ainda preocupação com o Enem, uma vez que entre as possibilidades do novo

exame está a de haver um dia de prova para conhecimentos gerais e outro para o itinerário escolhido. “Mas ainda não há matriz de referência divulgada, então não se sabe como esse segundo dia de exame dialogará com o atual documento dos Referenciais para a Elaboração dos Itinerários Formativos”, registram. Há ainda a opção das instituições que possuem processos de seleção próprios. A Unicamp, por exemplo, anunciou, em março de 2023, que manterá em sua prova questões de Filosofia e Sociologia e não fará divisões por itinerário.

Por fim, o TPE defende no documento que o MEC abra uma consulta pública para repensar as mudanças necessárias para o Novo Ensino Médio. “Para que isso possa ocorrer com qualidade e de forma efetiva ao longo dos anos, é central que o mandato comece com um amplo processo de escuta e diálogo da nova gestão com todos os atores diretamente relacionados com o Ensino Médio no Brasil. Entre eles estão as secretarias e os Conselhos de Educação dos estados (incluindo suas representações no Consed e Foncede (Fórum Nacional dos Conselhos Estaduais e Distrital de Educação), professores, gestores escolares, estudantes, representantes das redes privadas, das instituições de Ensino Superior, da sociedade civil organizada e do setor produtivo (para a implementação do itinerário de formação técnica e profissional). Este processo deve ter um objetivo claro de subsidiar o plano do Ministério da Educação para a etapa ao longo dos próximos



anos, identificando os atuais pontos fortes e os ajustes mais necessários a serem feitos neste momento. É preciso que o processo tenha um marco temporal que respeite as urgências atuais do Ensino Médio brasileiro, ou seja, não se estendendo para além dos primeiros meses de gestão”.

Em março de 2023, o MEC abriu uma consulta pública sobre o Novo Ensino Médio, por meio da Portaria nº 399, de 9 de março de 2023. O processo tem a duração de 90 dias, que podem ser prorrogados, e inclui a realização de pesquisas com a comunidade escolar, seminários e questionários online. Em 24 de abril de 2023, em uma das etapas da consulta, o Ministério disponibilizou um documento na plataforma ParticIPA+, no qual pontua as principais mudanças do Novo Ensino Médio e inclui um questionário sobre alguns pontos da reforma. Entre outras perguntas, o questionário pede manifestações sobre uma proposta de aumento da carga horária total para 300 horas na formação geral básica – um meio termo entre o que se tinha antes e o modelo atual; e sobre a possibilidade de apenas o conteúdo dessa formação geral ser cobrada no Enem.

Para a presidente do Conif, Maria Veras, a falta de organização dos governos anteriores na criação de fóruns para discussão minuciosa da reforma é responsável por essa “situação insustentável”, mas ela diz que, no Conif, não há posição fechada quanto à possibilidade de ajustes ou sobre a necessidade de revogação da Reforma. Já Monica Ribeiro lembra que participou de 10 das 11 audiências públicas sobre a Medida Provisória 746, texto que deu origem à Lei 13.415/2017. Ela considera que o número de audiências não foi suficiente para debater o tema. “A defesa da reforma partia de organizações ligadas a fundações empresariais, como o Banco Itaú, o Instituto Unibanco e o Todos pela Educação. Eu fui, inclusive,

falar pelo Movimento Nacional em Defesa do Ensino Médio, contrariamente à aprovação. Só que o problema não é de implementação, como eles dizem, é de concepção do Novo Ensino Médio, que prejudica os estudantes de escolas públicas, e nós já dizíamos isso lá em 2017. A dita flexibilização enfraquece o sentido da educação básica que está na LDB [Lei de Diretrizes de Bases da Educação] de 1996”, avalia Monica. A defesa de um currículo comum para crianças e jovens de 4 a 17 anos não é novidade. Um marco nessa defesa é o Manifesto dos Pioneiros, lançado em 1932, que é contrário à fragmentação do ensino e acredita que uma base comum é fundamental para o fortalecimento da democracia, em oposição a uma dualidade de ensino, em que a população mais pobre seria encaminhada mais rapidamente para o mercado de trabalho e as classes mais altas teriam um ensino mais completo para alcançar o ensino superior. O documento, que completou 90 anos em 2022, foi tema de reportagem da revista Poli nº 86.

O professor Fernando Cássio considera que a consulta pública foi “arrancada do Ministério da Educação” e é uma vitória modesta. Cássio avalia que a chamada de responsabilidade do governo federal para auxiliar na realização de normativas nacionais é uma mudança de discurso dos apoiadores da reforma diante das dificuldades de implementação, algo já alertado por pesquisadores da área e comunidade escolar. Ele também critica a ideia de que a reforma trará melhorias de infraestrutura para as escolas. Pelo contrário, diz ele. “O problema é que o governo de Michel Temer tinha um projeto muito claro de reduzir o horizonte da política social no país. A expressão máxima desse projeto é a Emenda Constitucional 95, do teto de gastos, e dela derivam três reformas: da previdência, trabalhista e do ensino médio. Essas são reformas que visam exatamente reduzir o custo

da educação, das políticas de emprego, das condições de trabalho e das políticas de previdência”, destaca.

Pesquisadores da Educação alertam que as críticas destinadas à reforma em curso não significam um pedido de manutenção do que estava sendo feito antes e que, em especial, a primeira década dos anos 2000 foi de intenso debate sobre os rumos da educação. O Ensino Médio foi o último segmento a ser universalizado na educação brasileira, o que ocorreu apenas em 2009. A universalização significou a obrigatoriedade de inclusão de todos aqueles de 4 a 17 anos na escola por meio da Emenda Constitucional 59/2009. De acordo com o Censo Escolar de 2022, há 7,8 milhões de estudantes no Ensino Médio, sendo que a rede estadual concentra 84% dos alunos. Embora as taxas de matrícula no segmento estejam um pouco abaixo do recorde de nove milhões conquistado até 2004, a EC 59 modificou o perfil dos estudantes. Enquanto em 2009, cerca de 50% dos alunos do Ensino Médio tinham entre 15 e 17 anos, dez anos depois, essa taxa era de 71%, de acordo com o artigo “Direito à educação e universalização do Ensino Médio no Brasil: ações do poder legislativo federal (2009-2016)”, publicado em 2022 por Monica Ribeiro e Vanessa Jakimiu, professora da Universidade Federal do Ceará. Com a Emenda, aqueles que completassem 18 anos, deveriam cursar a Educação de Jovens e Adultos. Foi nesse contexto, que indicava a necessidade de um modelo unificado de Ensino Médio no país, que foram criadas as Diretrizes de 2012, mas que nunca foram implementadas.

O nascimento das diretrizes de 2012 e a disputa de propostas

A coordenadora do Observatório do Ensino Médio da UFPR recorda que, ainda em 2003, no início do primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva, houve um seminário em Brasília chamado “Ciência, Cultura e Trabalho” e que funcionou como base para as políticas educacionais do Ensino Médio do governo do Partido dos Trabalhadores (PT). É a partir da continuidade dessas discussões e da necessidade de modificar o Ensino Médio que as Diretrizes Curriculares Nacionais para o EM foram aprovadas em 2012. No texto, é possível ver muitas palavras comuns ao que hoje se advoga na reforma, como a integração entre as disciplinas e o protagonismo dos estudantes, mas o documento não reduz



a carga horária da formação geral, de 2.400 horas, embora incentive a criação de itinerários e aumento da carga horária total. Ao contrário da BNCC, não há detalhamento de conteúdo, já previsto nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), estabelecidos em 1998.

As propostas das Diretrizes e da BNCC sugerem maior integração das disciplinas, usam a mesma divisão do agrupamento por áreas e propõem uma educação mais próxima do cotidiano dos estudantes. “Quando as diretrizes propõem um currículo integrado, há o entendimento de que é preciso romper com a ideia de que um conhecimento tem mais valor do que o outro e há o agrupamento de áreas do conhecimento, mas respeita o componente curricular obrigatório dentro das áreas das disciplinas. Quando a BNCC fala da área de Ciências Humanas ou Ciências da Natureza, trata isso como área e dá um apagamento às disciplinas, aos objetos de estudo. Você não vê sequer o nome da palavra Geografia na BNCC do Ensino Médio de Ciências Humanas”, exemplifica Monica.

Em seu balanço sobre as necessidades de reformulação do Ensino Médio, o documento do Todos pela Educação não cita as diretrizes aprovadas em 2012, mas dá ênfase ao Projeto de Lei 6.840/2013, apresentado pelos deputados federais Reginaldo Lopes (PT-MG) e Wilson Filho (PMDB-PB). “Esse PL de 2013 não chegou a ir à votação porque nós brigamos muito contra ele. Mas, depois do *impeachment* da presidente Dilma, o Consed retomou esse projeto, que se traduziu na Medida Provisória 746 que deu início à Reforma”, relembra Monica, que acrescenta: “O que está em disputa é o projeto formativo da juventude brasileira”. Em seguida, a professora chama a atenção para algumas palavras-chave que marcam as diferenças de concepções: “Na BNCC, a ênfase está nas competências e habilidades, enquanto as diretrizes curriculares se apoiam no trabalho como princípio educativo e na pesquisa como princípio pedagógico. Esses termos levam a dois modelos distintos de currículo: o das competências e o integrado”, destaca ela.

Um currículo baseado em competências e habilidades, como é o caso da BNCC, que estipula quais devem

ser desenvolvidas em cada etapa do ensino, é baseado em uma lógica empresarial, de acordo com os verbetes “Pedagogia das Competências” e “Currículos por Competências”, escritos por Marise Ramos, professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz, no Dicionário da Educação Profissional em Saúde (EPSJV, 2008). “Essa redefinição pedagógica somente ganha sentido mediante o estabelecimento de uma correspondência entre escola e empresa”, diz a autora no verbete “Pedagogia das Competências”. Já no termo “Currículo por Competências”, Marise diz: “Em síntese, em vez de partir de um corpo de conteúdos disciplinares existentes, com base no qual se efetuam escolhas para cobrir os conhecimentos considerados mais importantes, a elaboração do ‘currículo por competências’ parte da análise de situações concretas e da definição de competências requeridas por essas situações, recorrendo às disciplinas somente na medida das necessidades exigidas pelo desenvolvimento dessas competências”.

Esvaziamento do currículo

A diminuição na ênfase em ministrar conteúdos e conceitos dentro da abordagem por competências foi sentida pelos profissionais da educação na edição de 2021 do Programa Nacional do Livro e do Material Didático (PNLD), em que o edital já estava adequado à BNCC. “Como os novos livros fazem essa divisão por áreas, sem especificar as disciplinas, muitos professores não têm usado esse material e têm permanecido com os livros antigos, porque ali eles têm conteúdo, essa é a preferência”, conta Monica. Essa também foi a opção feita pela EPSJV/Fiocruz, diante do último edital para ensino médio do PNLD, ao lado da utilização de materiais complementares organizados pelos professores. O próximo edital está previsto para 2024 e já preocupa os educadores. “Antes, os livros didáticos eram feitos por disciplina. E, independentemente da abordagem teórica, havia livros mais marxistas, mais culturalistas, tinha conteúdo daquele campo disciplinar, daquilo que os professores aprendem quando estão na universidade”, diz Carolina Dantas, professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz. Ela conta que já era uma tendência nos livros didáticos a interlocução com outras disciplinas com sugestões de temas, questões e atividades, mas sem perder a particularidade e as referências da disciplina, o que ficou muito restrito nos livros que seguem a nova BNCC. “Os Parâmetros Curriculares Nacionais são mais específicos quanto ao conteúdo a ser ministrado, diferente da BNCC que foca em competências e habilidades. É o esvaziamento completo do conhecimento”.

Para exemplificar a mudança, Carolina cita os livros da sua própria área, a História. Em geral, os livros eram organizados por ordem cronológica, ainda com base em um currículo eurocêntrico. “Já na BNCC, os conteúdos são gerais e temáticos, como por exemplo, ‘racismo’, um problema concreto e importante, mas que é tratado rapidamente com poucos gráficos. Mas por que esse problema existe? Como foi construído? Qual



Ministro da Educação, Camilo Santana, participa da audiência pública sobre o Novo Ensino Médio.

é seu impacto? Como transformar isso? Quais conceitos podemos pensar a partir da questão? Como exemplo poderíamos discutir sobre os conceitos de 'classe' e 'raça', questões que não aparecem. É um diagnóstico focado no presente", critica.

Ela também compara a mudança realizada nas escolas públicas com os colégios privados mais tradicionais da capital carioca, que não reduziram seus currículos, assim como a rede federal. "Essas escolas não reduziram o currículo como as estaduais fizeram, pelo contrário, acrescentaram conteúdo", diz. Para Carolina, não é suficiente que a BNCC proponha aos alunos realizarem projetos em benefício das suas comunidades ou se preparem para gerenciar conflitos locais. "Como você melhora sua comunidade sem entender por que na sua comunidade existe um helicóptero dando tiro, não há saneamento e tem gente passando fome? Pode parecer, mas essa proposta não tem o sentido da participação comunitária. É muito no sentido individual. 'Olha, se eu faço a minha parte, tudo vai dar certo'", opina. Nesse mesmo sentido, ela critica a obrigatoriedade de ministrar disciplinas sobre "Projeto de Vida", que pedem para o aluno avaliar o seu contexto e traçar metas. Para a professora-pesquisadora, o ensino que será oferecido para os alunos das escolas com menos infraestrutura será ainda mais precário, com uma formação "aligeirada para o mercado e que irá embarrear o acesso à universidade".

Para Monica Ribeiro, em vez de uma formação centrada na produção científica, cultural e humanística, a BNCC e a reforma em curso propõem uma formação voltada para a resiliência no mercado de trabalho. "Isso é um esvaziamento do sentido do ensino médio como educação básica. Ao colocar no lugar essa visão empreendedora ou empresarial de educação, vamos dizer

para os jovens que só lhes resta isso?", indaga, e aponta para as consequências no ensino superior. "A carga horária das disciplinas também impacta no conteúdo ministrado nas licenciaturas. Então, o que nós precisamos é uma política que articule a dimensão de estrutura física e material das escolas, a formação docente, a política de permanência estudantil e políticas de avaliação que ultrapassem essas políticas de desempenho. Enquanto eu pegar só um aspecto, que é o currículo e a BNCC, e todos os demais permanecerem abandonados, não vamos chegar a lugar algum", enfatiza.

Novo projeto de lei

No dia 16 de maio, o deputado e vice-líder do governo na Câmara Federal, João Carlos Bacelar (PV-BA), apresentou o Projeto de Lei 2601/2023. Assinado por diversos pesquisadores, entre eles, Fernando Cássio e Monica Ribeiro, o PL propõe o retorno da carga horária mínima da Formação Geral Básica (FGB) para 2.400 horas e a obrigatoriedade de que a FGB seja ofertada de maneira presencial, mas mantém a carga horária total de 3.000 horas, conforme previsto na Reforma. O texto, no entanto, não determina como devem ser ocupadas as 600 horas restantes, que, em vez de Itinerários, foram nomeadas como "Parte Diversificada". "O projeto é essencialmente revogatório. Ele reconhece algumas coisas que a reforma trouxe, como a expansão da carga horária e a parte razoável da flexibilização curricular, mas é um PL que revoga tudo aquilo que a reforma trouxe de retrocesso", explica Fernando. O Projeto abre espaço para a formulação de uma nova BNCC, inspirada nas Diretrizes Curriculares de 2012, mas, para Fernando, essa será outra etapa do processo. "Primeiro, tratamos dos aspectos da mudança da lei para depois discutir as mudanças necessárias nas diretrizes curriculares para garantirmos esse ensino médio com a formação geral ampliada, com acesso aos conhecimentos disciplinares. Isso vai ter que ser revisto. O Projeto de Lei não vai dar conta de rever tudo isso, mas vai exigir uma série de outras ações de regulamentação. Uma delas é essa, vai ter que mudar a diretriz curricular do ensino médio", avalia. O professor destaca que o PL está restrito a "eliminar o caráter regressivo da reforma do ensino médio sobre o currículo". Em relação às desigualdades de infraestrutura, a necessidade de valorização dos professores e de fomento à permanência dos estudantes, ele defende que sejam solucionadas a partir de investimentos em políticas públicas. "Colocar todas as expectativas de mudanças na educação brasileira em uma reforma do currículo não faz sentido. Essa mudança não vai resolver nenhum problema, nem de evasão, nem de engajamento com a escola. É preciso pensar em políticas de permanência e infraestrutura", conclui. ●

“

COLOCAR TODAS AS EXPECTATIVAS DE MUDANÇAS NA EDUCAÇÃO BRASILEIRA EM UMA REFORMA DO CURRÍCULO NÃO FAZ SENTIDO. ESSA MUDANÇA NÃO VAI RESOLVER NENHUM PROBLEMA, NEM DE EVASÃO, NEM DE ENGAJAMENTO COM A ESCOLA. É PRECISO PENSAR EM POLÍTICAS DE PERMANÊNCIA E INFRAESTRUTURA”

FERNANDO CÁSSIO

Professor da Universidade Federal do ABC

NOVOS TEMPOS: CANNABIS MEDICINAL GANHA ESPAÇO NO SUS

Cannabis sativa L., popularmente conhecida no Brasil como planta da maconha, tem se mostrado uma excelente opção no tratamento de diversas condições de saúde. Apesar do acesso restrito devido ao alto preço dos medicamentos, recentes legislações pretendem promover seu fornecimento pelo Sistema Único de Saúde

ERIKA FARIAS

Letargia, náuseas, amnésia e depressão. Esses não são sintomas de uma doença, mas possíveis efeitos expressos na bula de um dos principais medicamentos para epilepsia vendidos no Brasil. As contraindicações são tão extensas, que cabe a pergunta: e se houvesse uma substância natural, capaz de diminuir crises, espasmos, entre outras doenças, sem tantos efeitos colaterais e que garantisse uma melhoria significativa na condição de vida de diversos pacientes? Pesquisas modernas apontam que existe. O produto em questão é oriundo da *Cannabis sativa L.* - erva que no país ficou popularmente conhecida como "maconha". No equilíbrio entre o estigma adquirido ao longo das últimas décadas e os resultados cada vez mais promissores, o vegetal tem garantido bem-estar e a retomada da qualidade de vida de muitos brasileiros, ainda que - até o momento - com acesso pouco democrático a boa parte da população.

A Cannabis tem centenas de moléculas que são de interesse terapêutico. Ricardo Reis, biólogo do Laboratório de Neuroquímica do Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IBCCF/UFRJ), que pesquisa Cannabis juntamente com as pesquisadoras Luzia Sampaio e Andrey Aguiar, explica que as principais moléculas com potencial terapêutico - e também as mais estudadas e aplicadas na medicina - são os fitocanabinoides, dentre esses, o tetrahydrocannabinol (THC), que é o princípio psicoativo e que "dá barato", e o canabidiol (CBD). O CBD tem muitos efeitos terapêuticos, como anticonvulsivante, ansiolítico, antioxidante e anti-inflamatório, enquanto o THC se destaca pelo seu efeito analgésico, indutor do apetite e anti-nausea. "Os benefícios terapêuticos desses compostos já foram observados tanto em modelos animais quanto em ensaios clínicos, demonstrando-se bastante seguros e eficazes. Para além desses dois fitocanabinoides, inúmeras outras moléculas têm recebido destaque nos últimos anos", afirma. Já o cânhamo, cultivado majoritariamente para uso industrial ou medicinal, caracteriza-se por baixo teor de THC e alto teor de CBD. "Em termos comerciais, pode ser empregado em inúmeros itens, na indústria têxtil, em roupas, em plásticos biodegradáveis, em biocombustível, alimentos e ração animal", explica o biólogo.

Segundo o neurocientista, professor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e pesquisador do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (CEE/Fiocruz), Sidarta Ribeiro, as indicações mais bem fundamentadas cientificamente da Cannabis medicinal são para epilepsia, dor neuropática,

para o tratamento paliativo na oncoterapia, ou seja, para lidar com os efeitos adversos de quimioterapia ou radioterapia, e ainda em efeitos antitumorais para determinados tipos de câncer. “Também vêm aflorando, com mais e mais evidências, indicações para autismo, Parkinson, Alzheimer, Síndrome de Tourette, Doença de Crohn, entre outros”, explica. De acordo com Sidarta, um dos principais benefícios é o fato da substância não produzir overdose e levar a um grau de dependência bastante reduzido. “Ela tem poucos efeitos adversos, os grupos de risco existem, mas são conhecidos e não são a maior parte da população. Então, na verdade, é um remédio muito antigo, que não está aí por acaso. Está aí porque por muitas e muitas gerações de ancestrais nossos cultivaram variedades que são muito específicas”, conta.

Essa variedade é refletida na amplitude de razões pelas quais os pacientes buscam o tratamento, explica Ricardo Reis. “Idosos se queixam frequentemente de dores crônicas, distúrbios do sono e questões associadas direta e indiretamente com quadros de demência, como a ataxia [dificuldade ou incapacidade de manter a coordenação motora]. Por outro lado, pacientes jovens buscam a terapia canabinoide principalmente para controle de quadros de ansiedade e quadros inflamatórios, como doenças intestinais e distúrbios de pele. Existe ainda o grupo de pacientes pediátricos, cujos pais buscam a terapia canabinoide para manejo de quadros de epilepsia refratária e sintomas associados ao autismo”, diz.

PESQUISA

No dia 19 de abril, o Programa Institucional de Políticas de Drogas, Direitos Humanos e Saúde Mental da Fiocruz lançou uma nota técnica sobre as evi-

dências científicas encontradas a respeito de tratamentos terapêuticos baseados em Cannabis e seus derivados, com o objetivo de contribuir com “subsídios da literatura científica para as instituições responsáveis por diferentes aspectos relacionados à regulamentação, pesquisa, produção, padronização, distribuição e uso da Cannabis e seus componentes para fins terapêuticos, assim como para toda a sociedade”. A coordenadora do programa e também presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), Ana Paula Guljor, explicou, em entrevista à Poli, que é fundamental ampliar o debate com a sociedade sobre a questão da regulamentação da Cannabis medicinal, que já se posterga há quase uma década. Segundo a pesquisadora, a nota da Fiocruz destaca pontos fundamentais do estudo sobre o vegetal. “Nos últimos anos, vem sendo cada vez maior o número de prescritores da Cannabis medicinal na comunidade médica. Da mesma forma, vem se obtendo conhecimentos sobre seu uso em diversas patologias. Nós sabemos que o sistema endocanabinoide ainda precisa ser melhor estudado para se analisar o resultado de pesquisas que estão em curso, mas que ainda não conseguiram um modelo randomizado aqui no Brasil, pela dificuldade de acesso ao substrato para as pesquisas”, afirma.

Um dos grandes desafios hoje é a dificuldade, seja de receber auxílio de fomento em pesquisas, seja de aprovar estudos em torno da ciência canabinoide. Ricardo Reis conta que, atualmente, os principais desafios estão na complexidade de construção de ensaios clínicos utilizando modelos clássicos e mais robustos com produtos de Cannabis. “De modo geral, a ciência e a medicina canabinoide apresentam evidências científicas, tanto de efi-



Sistema que ajuda a regular e equilibrar uma série de processos fisiológicos no corpo humano

Breve histórico da estigmatização da Cannabis

O tratamento terapêutico com a Cannabis é antigo. Segundo estudo publicado em 2019, pela revista americana *Science Advances*, há registros de utilização da Cannabis com fins medicinais por volta de 2.700 a.C. Já em 1464, há um dos primeiros relatos de caso do seu uso para tratamento de epilepsia, enquanto em 1839, foi publicado um artigo em jornal médico que abordava as propriedades anticonvulsivantes da Cannabis medicinal. Foi só no início da década de 1900 que começou a ser disseminada a ideia de que o consumo da substância era ruim. De acordo com o site do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), “preocupados com o alto índice de consumo de ópio na época e as consequências desse consumo para a saúde, diversos países se reuniram pela primeira vez para discutir o problema das drogas na Comissão do Ópio de Xangai, em 1909”. A discussão ainda esbarrava em conflitos sociais, já que, consumida popularmente por minorias excluídas da sociedade na época, a Cannabis passou a ser discriminada pelas elites sociais. Um médico brasileiro, chamado Pernambuco Filho, teve grande participação na condenação da maconha. Segundo ele, no Congresso do Ópio, da Liga das Nações, em 1934, em Genebra, “a maconha era mais perigosa que o ópio”. Já em 1964, o Brasil se tornou signatário da Convenção Internacional de Nova York, que dispunha de mecanismos de controle e combate às drogas, e a erva foi incluída no contexto. Apenas em 2020 a ONU retirou a Cannabis da lista de narcóticos perigosos, seguindo uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Apesar dos inúmeros avanços em pesquisas científicas que corroboram o discurso contrário, a planta permanece marginalizada até os dias de hoje.

cácia quanto de segurança, mas, de fato, podem ser obtidos dados mais robustos de pesquisa clínica, da mesma maneira como são realizadas as validações de um novo medicamento, por exemplo. A medicina canabinoide ainda tem potencial de crescimento e o uso dos fitocanabinoides, assim como canabinoides sintéticos, é promissor em diversas patologias e quadros metabólicos”, relata o pesquisador da UFRJ.

A coordenadora do Programa da Fiocruz complementa: “Quando falamos da Cannabis medicinal, precisamos discutir sobre a produção, a regulamentação do seu uso, sua distribuição, incorporação na rede do Sistema Único de Saúde [SUS] e, nesse sentido, a nota técnica da Fiocruz vem para contribuir com o diálogo social e também com a comunidade científica como um todo”.

REGULAÇÃO

Foi apenas no fim de 2020 que a Comissão de Drogas Narcóticas das Nações Unidas (CND/ONU) retirou a Cannabis e suas resinas e derivados da lista de drogas consideradas mais perigosas, estando agora classificada como menor potencial danoso. A decisão, que atendeu à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi aprovada por 27 votos contra 25, sendo o Brasil um dos países que votaram contrários à mudança.

A nova definição da ONU não alterou o poder dos países decidirem suas próprias leis so-

bre a substância. A legislação brasileira, por exemplo, prevê, por meio da Portaria 344/98, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, do Ministério da Saúde (SVS/MS), o controle da planta e das substâncias derivadas da Cannabis. De acordo com essa determinação, o CBD é considerado uma substância controlada, enquanto o THC é uma substância proscriita, ou seja, proibida, assim como o próprio vegetal. Atualmente, a aquisição de medicamentos pode se dar pela importação de produtos, pela compra nas farmácias, pelas associações canábicas e por meio de um autocultivo, garantido através de um **habeas corpus**.

Segundo Emilio Figueiredo, advogado que atua com foco na regulação da Cannabis e pesquisador do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia e do Instituto de Estudos Comparados em Administração de Conflitos (INCT/Ineac), o acesso aos produtos nacionais pela via das farmácias, se dá de acordo com a Resolução 327/2019 da

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que prevê a autorização sanitária para os produtos de Cannabis. Já o procedimento de autorização para a importação do produto pelo próprio paciente, está previsto na Resolução 660/2022. A Anvisa, em resposta à Poli, explica que a RDC 327/2019 tem este formato porque, mesmo havendo trabalhos promissores no sentido da confirmação da eficácia e segurança dos produtos derivados da Cannabis, a comprovação científica ainda não se confirmou para a grande maioria dos produtos, em variadas indicações de uso. “O objetivo da criação

dessa nova categoria, baseada na regulamentação internacional, é permitir, temporariamente, a autorização de produtos fabricados por empresas autorizadas a produzir medicamentos, com certificado de Boas Práticas de Fabricação de medicamentos, com todos os requisitos de qualidade aplicáveis aos medicamentos, mas não com a obrigatoriedade de apresentar estudos completos de segurança e eficácia”, afirma a Agência. “Essas medidas representam a possibilidade da prescrição médica do uso do canabidiol como ferramenta terapêutica. Também representam uma fissura na proibição da Cannabis, já que, pela primeira vez, um dos componentes da planta deixou de ser proibido”, complementa Emilio.

Atualmente, 25 produtos de Cannabis são aprovados pela Anvisa. “A autorização pela Anvisa depende da solicitação das empresas e cumprimento dos requisitos sanitários necessários. Dessa forma, o número atual de produtos autorizados reflete o interesse do setor privado diante do mercado brasileiro. Os produtos são vendidos em farmácias e drogarias a partir

Instrumento processual para garantir a liberdade de alguém, quando a pessoa for presa ilegalmente ou tiver sua liberdade ameaçada por abuso de poder ou ato ilegal – Definição do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (EJDFT).



da prescrição médica, com apresentação de receita do tipo B ou tipo A, a depender da concentração de THC no produto”, explica a Agência.

O que a Anvisa menciona sobre a concentração de THC se refere à norma reguladora que estabelece que nas formulações com concentração de THC de até 0,2%, o produto deverá ser prescrito por meio de receituário tipo B, com numeração fornecida pela Vigilância Sanitária local e renovação de receita em até 60 dias. “Já os produtos com concentrações de THC superiores a 0,2% só poderão ser prescritos a pacientes terminais ou que tenham esgotado as alternativas terapêuticas de tratamento”, explica a Agência. Nesse caso, o receituário para prescrição será do tipo A, com validade de 30 dias, fornecido pela Vigilância Sanitária local, padrão semelhante ao da morfina.

Já sobre a liberação do canabidiol, Sidarta Ribeiro entende que houve demora. “O CBD não produz efeitos psicoativos, ao contrário, é uma substância muito calmante, ansiolítica, que permite concentração do pensamento e facilita o sono sem causar torpor [letargia ou prostração] quando na dose adequada, ou seja, uma substância muito benigna. O fato de o CBD ser tão útil no caso das epilepsias causou uma mudança muito grande na opinião pública, tanto nos Estados Unidos, primeiramente, quanto no Brasil depois. E foi esse movimento que levou a essa mudança da visão da Anvisa”, conta o médico.

Em 2022, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou uma nova normativa, a resolução CFM 2.324, oito anos após a última. O novo documento autorizou a prescrição do canabidiol como terapêutica médica para o tratamento de epilepsias na infância e adolescência – ficando vedado seu uso em adultos. Ele também proibia a prescrição da Cannabis in natura para uso medicinal, bem como quaisquer outros derivados, que não o canabidiol. Diante de protestos e críticas de entidades que argumentam a comprovação científica da Cannabis para diversas doenças, o órgão suspendeu temporariamente a resolução. O neurocientista Sidarta Ribeiro foi um dos que havia questionado a determinação. “O CFM não veda, de fato, a prescrição de outros derivados, porque na farmácia há mais de seis anos existe remédio à base de CBD e THC, inclusive, mais THC que CBD. Existe um spray que combina os dois e que está disponível há cerca de seis anos. Então, na verdade, a discussão é a seguinte: a terapêutica canábica está legalizada e funcionando no Brasil há pelo menos seis anos, só que para aqueles materialmente mais ricos, que podem pagar cerca de R\$ 2.400 por um frasco de 30ml”. Segundo o médico, é necessário reconhecer e regulamentar o uso do óleo da planta de amplo espectro, da planta inteira, ou seja, in natura. “A questão do autocultivo é muito importante para esse tipo de terapêutica”, diz.

A determinação do CFM, ainda que atualmente suspensa, impacta os usuários por se tratar do órgão que regulamenta os médicos, afirma Margarete Brito, fundadora e diretora da Apepi (Apoio à Pesquisa e Pacientes de Cannabis medicinal). “Ficou o recado de que eles são contra algumas coisas. Essa narrativa e esse preconceito que o CFM tem, tendem a diminuir o número de pacientes que poderiam ser beneficiados. Porque o paciente, muitas vezes, quando chega no médico e fala sobre isso, o médico tem algum preconceito e já diz: ‘não, para você não serve’”, relata

Desde 2013, Margarete Brito tem lutado para favorecer o acesso de diversas famílias ao tratamento com Cannabis medicinal. Mãe de Sofia, que começou a ter convulsões com apenas 45 dias, Margarete foi a primeira mãe a trazer para o país um medicamento à base de Cannabis, ainda sem autorização judicial. “Eu já fazia parte de um coletivo de mães com outras crianças que tinham epilepsia, então, fui informando essas mães dessa alternativa que existia em outros países”, conta. Segundo ela, o começo desse processo, por volta de 2013, foi ainda mais complicado. “Nessa época era muito caro, custava 500 dólares, mais ou menos, uma seringa que você não sabia nem direito de onde vinha.

A gente não tinha como dosar, como saber nada e como ainda não era regulamentado, era muito difícil trazer, pois o produto ficava retido na Anvisa”, relembra Margarete. Foi a partir de matérias em diversos veículos de comunicação do país, que noticiavam a dificuldade de mães em terem acesso a medicamentos à base de Cannabis para seus filhos, que as mudanças começaram a acontecer. Sobre o preconceito com o uso da substância para fins medicinais por parte da sociedade, ela é enfática: “Eu percebo que quando a pessoa está precisando muito, ela deixa o preconceito de lado e experimenta. O preconceito muda de acordo com a necessidade”, afirma Margarete.

CULTIVO

Além da compra nas farmácias, há o acesso via cultivo doméstico pelo paciente, mas este precisa ser amparado por um salvo-conduto, uma medida judicial via *habeas corpus* para afastar qualquer interpretação de “clandestinidade” sobre o cultivo para fins terapêuticos, e ainda, sobre o fornecimento feito por associações de pacientes que cultivam e preparam o remédio com autorização judicial. O advogado Emilio Figueiredo explica que, no Brasil, existem pelo menos dois grandes cultivos de Cannabis que funcionam com autorização judi-

CBD INFOS / UNSPLASH



cial, ambos realizados por associações de pacientes que demandaram o direito de cultivar, preparar o remédio e distribuir entre seus associados. A fiscalização por lei ficaria a cargo da Polícia Federal, mas acaba acontecendo mais pela Polícia Civil e Militar. “Para plantar em casa também é necessário que se tenha acompanhamento médico no tratamento da Cannabis e que se domine o cultivo da planta”, explica Emilio. A coordenadora do Programa da Fiocruz, Ana Paula, reforça. “É fundamental que se saiba que hoje no país existem diversas entidades e associações que já fazem a sua produção por meio de liminares judiciais e que, cada vez mais, vêm potencializando a sua capacidade de avaliação da qualidade dos produtos produzidos em parcerias com universidades. Alguns centros de pesquisas de referência têm conseguido essa possibilidade da produção para realizar suas pesquisas”, diz. A pesquisadora justifica sua opinião: “Hoje, sabemos que esse acesso para quem pode arcar com os custos altos da importação já está dado. Ao mesmo tempo, sabemos que, cada vez mais, essas pesquisas apontam para o quantitativo de pessoas que seriam beneficiadas com os efeitos terapêuticos da Cannabis medicinal”, pontua.

Sidarta Ribeiro reforça que é importante não apenas que os medicamentos canabinoides estejam disponíveis, mas que produtos à base de Cannabis, de vários tipos diferentes estejam disponíveis. “Sou a favor do autocultivo, da produção caseira de óleo, com devido suporte técnico de universidades, institutos, associações de pacientes ou outras organizações que possam ajudar a dosar e a fazer controle de qualidade”, afirma Sidarta. Já Emilio fala que o resultado dessas proibições é a exposição dos pacientes que fazem uso in natura da Cannabis a um risco de criminalização e danos ao tratamento realizado. “O caminho seria o reconhecimento das flores de Cannabis como uma terapêutica, bem como da inalação como via de administração pela prática clínica”, diz.

Segundo pesquisas realizadas pela Kaya Mind, uma empresa brasileira que trabalha com inteligência de mercado para o setor da Cannabis, em 2021, eram 50 mil pessoas no Brasil em tratamento com a planta. Mas, segundo o relatório, com uma regulação mais ampla, poderiam ser 6,9 milhões de pessoas. Para os especialistas, a indústria farmacêutica prejudica a ampliação de uso da Cannabis medicinal ao monetizar e tomar conta do mercado. “Não há compreensão sobre o papel importante que as associações de pacientes, que a Cannabis no SUS e que o autocultivo podem representar para a massa de pessoas que não tem um tostão para gastar nisso, mas que têm uma saúde que merece todo o respeito e que precisa de uma terapêutica canábica acessível”, afirma Sidarta.

Margarete Brito chama a atenção para a necessidade de se regulamentar o cultivo. “Pela regulamentação de hoje, a única forma de você fornecer medicamento via SUS são de produtos que a matéria prima vem lá

de fora. Ou seja, você paga em dólar, não gera emprego no Brasil e não tem uma diversidade de produtos. Aqui na Apepi, por exemplo, atendemos seis mil famílias e geramos 60 empregos diretos. Todo recurso financeiro que entra, é gasto dentro do Brasil, ou seja, movimenta a economia nacional”, destaca Margarete.

Ainda segundo a pesquisa realizada pela Kaya Mind, utilizando como parâmetro o número de produtos importados para fins medicinais pela Anvisa, de janeiro de 2019 a junho de 2021, o estudo calculou que o mercado atingiu entre R\$ 21,9 milhões e R\$ 49,9 milhões em 2020, e que, comparando com 2019, houve um crescimento expressivo. Ainda de acordo com o levantamento, a partir de uma regulamentação do cultivo nacional permitido, a projeção seria uma movimentação econômica de R\$ 9,5 bilhões no quarto ano após essa mudança na lei.

Todo este imbróglio a respeito da falta de permissão para cultivo em solo brasileiro acaba prejudicando fortemente as pesquisas, visto que as informações obtidas são oriundas de países diferentes. Para Ana Paula, todos sabem que entidades e associações teriam potencial para uma produção nacional da Cannabis e, com isso, garantiriam o acesso a toda a sociedade. “O Brasil tem entidades com avanços significativos nesses estudos para a produção nacional, o que poderia ampliar de uma forma efetiva o acesso da população, principalmente da população mais pobre. Mas temos que pensar que existe toda uma relação da regulamentação com interesses que estão visando o lucro a partir de uma importação”, ressalta.

Em resposta à Poli, a Anvisa afirma que não é contrária ao cultivo de Cannabis. “O que a Agência avaliou no momento de aprovação da regulamentação atual foi que a deliberação sobre o cultivo para fins comerciais estava fora da alçada legal da agência”, explica, complementando que, recentemente, autorizou o plantio de Cannabis para fins científicos em projeto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).



ESSE ACESSO PARA QUEM PODE ARCAR COM OS CUSTOS ALTOS DA IMPORTAÇÃO, ELE JÁ ESTÁ DADO. AO MESMO TEMPO SABEMOS QUE CADA VEZ MAIS ESSAS PESQUISAS NOS APONTAM PARA O QUANTITATIVO DE PESSOAS QUE SERIAM BENEFICIADAS COM OS EFEITOS TERAPÊUTICOS DA CANNABIS MEDICINAL”

ANA PAULA GULJOR

Coordenadora do Programa Institucional de Políticas de Drogas, Direitos Humanos e Saúde Mental da Fiocruz

PRINCIPAIS DECISÕES JUDICIAIS NO BRASIL

Atualmente, há diversas iniciativas tramitando no Congresso Nacional que dispõem sobre a comercialização da Cannabis com fins medicinais. Entre elas, o PL 399/2015, que altera o art. 2º da Lei 11.343, de 2006, para viabilizar a comercialização de medicamentos que contenham extratos, substratos ou partes da planta Cannabis Sativa em sua formulação. Outro PL, o 5295/2019, dispõe sobre a Cannabis medicinal e o cânhamo industrial e dá outras providências. Já o PL 89/2023, institui a Política Nacional de Fornecimento Gratuito de Medicamentos Formulados de Derivado Vegetal à Base de Canabidiol, em associação com outras substâncias canabinoides, incluindo o tetrahidrocanabinol, nas unidades de saúde públicas e privadas conveniadas ao SUS.

Em âmbito estadual, os entes federativos também têm se movimentado. Em abril, o governo de Sergipe sancionou a Lei nº 9.178/2023, que institui a Política Estadual de Cannabis para fins terapêuticos, medicinais, veterinários e científicos. Em janeiro de 2023, o estado de São Paulo instituiu, por meio da Lei 17.618/2023, a política estadual de fornecimento gratuito de medicamentos for-

mulados de derivado vegetal à base de canabidiol, em associação com outras substâncias canabinoides, incluindo o tetrahidrocanabidiol, nas unidades de saúde pública estaduais e privadas conveniadas ao SUS.

Em matéria da Agência Senado, publicada em 24 de fevereiro deste ano, o autor do PL 399, o senador Paulo Paim (PT-RS) comentou sobre o avanço da legislação no país. “Salvador, Porto Alegre, Mogi das Cruzes, Ribeirão Pires, São Paulo, Goiânia, entre outras, e estados como São Paulo, Alagoas, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, DF e Piauí, vêm avançando nessa direção por meio da discussão ou mesmo aprovação de programas ou políticas para incluir tais medicamentos entre os assegurados pelo SUS”, diz. Há também movimentações em municípios como em Búzios e Niterói, no Rio de Janeiro, entre outros.

Sobre as atuais legislações, Emílio afirma: “Uma vez regulamentadas, essas leis criarão caminhos para que os pacientes tenham acesso ao tratamento com Cannabis via sistema de saúde, de modo a diminuir a judicialização”. Em consonância com o advogado, o neurocientista Sidarta Ribeiro diz que é importante que as leis que trazem a Cannabis medicinal para o SUS não se limitem a importar o produto, mas que também regulamentem a produção nacional. “Eu espero que, quando essas leis ‘pegarem’, porque no Brasil a lei tem que ‘pegar’, não seja para o SUS importar óleo de CBD caro do exterior, mas sim para que se produza no Brasil, para que tenha custo baixo, alta qualidade e amplo espectro”, ressalta.

Nessa direção, uma decisão recente, inédita no Brasil, ampliou os horizontes. Em março de 2023, a Justiça Federal de Sergipe autorizou uma associação canábica, a Associação Brasileira de Apoio ao Cultivo e Pesquisa de Cannabis Medicinal (Salvar), a realizar o cultivo, manipulação, preparo, produção, armazenamento, transporte, dispensa e pesquisa da Cannabis sativa, conforme prescrição médica. Foi a primeira vez que um tribunal brasileiro permitiu o plantio e comercialização de flores, extratos e comestíveis de Cannabis em território nacional. Nos últimos anos, cerca de seis outras associações nacionais obtiveram autorização para a produção e comercialização de óleos medicinais à base de canabidiol, mas outras derivações da Cannabis são restritas à importação.

CAMINHOS

De acordo com Sidarta, é fundamental fazer a tramitação completa do PL 399/2015, que regulamenta o funcionamento das empresas e das associações de pacientes, não permitindo que essas sejam deixadas pelo meio do caminho em prol apenas das empresas, garantindo que as associações sejam contempladas e sem exigências que as inviabilizem. “Isso tem que ser feito. Chegar, aprovar em plenário, levar à sanção presidencial e depois lutar para melhorar o acesso através do SUS, isso é o que está acontecendo em vários lugares”, afirma. Ainda segundo ele, o importante é que a população tenha acesso a todas as alternativas possíveis de se cuidar. “Quer importar? Importa. Quer produzir no Brasil? Produz. Quer comprar de uma grande empresa? Compra. Quer fazer em casa? Pode também. Não quer plantar? Então vai no SUS. O SUS tem, sem precisar importar a preço de ouro, uma série de óleos que podem ser feitos no Brasil de maneira muito segura e de alta qualidade. Isso vai, inclusive, enriquecer normalmente a economia do país. Precisamos entender que esse é um movimento que já aconteceu em diversos países e estamos ficando para trás. Temos que acompanhar o desenvolvimento científico, biomédico e também os avanços na política pública sobre drogas”, conclui. ●

ENECTA / UNSPLASH





O número de resgates de trabalhadores em condição análoga à escravidão tem batido recordes nos últimos meses no Brasil. No primeiro trimestre de 2023, 918 pessoas foram retiradas de situações degradantes de trabalho. Para a pesquisadora Marcela Soares, professora da Universidade Federal Fluminense (UFF), esses números só tendem a crescer diante do aumento da terceirização provocado pela Reforma Trabalhista de 2017. A professora é autora do livro “Escravidão e dependência: opressões e super-exploração da força de trabalho brasileira”, editado pela Lutas Anticapital e lançado neste ano. Nesta entrevista, ela comenta a prevalência dos resgates no meio rural e a importância das denúncias realizadas durante a ditadura empresarial-militar para a formulação da legislação de proteção aos trabalhadores. Marcela também traça paralelos entre a escravidão contemporânea e o aumento de ocupações mediadas por plataformas de transporte, entrega e produção de conteúdo, que negam ter vínculos trabalhistas com esses profissionais.

JULIANA PASSOS

“A LEGALIZAÇÃO DA TERCEIRIZAÇÃO IRRESTRITA, PERMITIDA COM A REFORMA TRABALHISTA DE 2017, FAVORECE AS POSSIBILIDADES DA EXPANSÃO DA ESCRAVIDÃO CONTEMPORÂNEA”

Marcela Soares

QUANDO SE FALA EM ESCRAVIDÃO CONTEMPORÂNEA, IMAGINA-SE QUE ESSA SITUAÇÃO ACONTEÇA MAIS RECORRENTEMENTE NO MEIO RURAL. PODEMOS DIZER QUE ISSO SE MANTÉM? QUAIS AS TRANSFORMAÇÕES QUE ESTAMOS VIVENDO?

O imaginário está no âmbito rural e isso não é sem sentido, porque, majoritariamente, as pessoas resgatadas estão em áreas rurais. Apenas no ano de 2014, o resgate de trabalhadores urbanos superou o número de resgates no campo. Naquele ano, o recorde foi na construção civil, na época dos megaeventos [Copa do Mundo e Olimpíadas]. Esse imaginário está conectado à história, inclusive, do assalariamento brasileiro. Com a criação da CLT [Consolidação das Leis do Trabalho], em 1943, somente os trabalhadores urbanos passaram a ter acesso aos direitos laborais. Aqueles que atuavam na zona rural só foram ter direitos trabalhistas na década de 1960, quase 20 anos depois, com o Estatuto do Trabalhador Rural. E, mais especificamente, com a Constituição de 1988, que estabelece garantias dos direitos fundamentais a todos os trabalhadores. Além da cisão do assalariamento entre área urbana e rural, existe o pressuposto de que os trabalhadores rurais teriam uma dinâmica de trabalho

diferenciada e estariam acostumados a trabalhos mais duros, jornadas exaustivas e condições degradantes. Então, seria um erro tentar equiparar as condições urbanas e rurais. Esses pressupostos estão em relatos do Judiciário, inclusive de juízes do trabalho, deputados e empresários que acham um absurdo tentarmos equalizar esses direitos fundamentais.

Sobre as mudanças, temos uma expansão do número de pessoas resgatadas nas zonas urbanas, mas que não se sobrepõem aos resgates no âmbito rural. Nas cidades, essas operações se concentram na construção civil e, mais recentemente, temos visto operações relativas ao trabalho doméstico, o que aparenta ser um grande foco da escravidão contemporânea. Mas, antes da constatação do trabalho doméstico, vemos muitos casos nas confecções de roupas, justamente porque já havia uma terceirização ilegal da atividade em diversas cadeias produtivas. Também há colegas pesquisando esses casos no setor marítimo, não só em estaleiros, como também em cruzeiros.

NO CASO DOS TRABALHADORES ESCRAVIZADOS NAS VINÍCOLAS DE BENTO GONÇALVES (RS), ESTAMOS FALANDO DE EMPRESAS PREMIADAS COMO ÓTIMOS LUGARES PARA SE TRABALHAR. QUAL A IMPORTÂNCIA DA EXISTÊNCIA DO DISCURSO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL E AMBIENTAL?

Minha pesquisa de mestrado, e isso já faz um tempo [2006-2008], foi justamente sobre isso. Em 2005, foi lançado o Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Escravo e houve um pacto, encabeçado pelo Instituto Ethos de Responsabilidade Social, com cerca de 90 empresas signatárias, sendo que nove não cumpriram com o plano e foram atuadas. Esse contexto me trouxe a necessidade de estudar a literatura empresarial para entender o que é essa responsabilidade social e ambiental. Entendi que as empresas precisam ter esses selos de legitimação social, mas, na pesquisa feita na época, identifiquei que funciona mais como uma cortina de fumaça para ocultar uma série de irregularidades que existem nas cadeias produtivas dessas corporações.

Na verdade, esse discurso serve para legitimar uma série de elementos, desde colocar os trabalhadores das próprias empresas como voluntários em ações sociais, o que faz com que deixem de lado um pouco o sindicalismo e a militância e vistam a camisa da empresa. Também serve para garantir uma imagem social para a comunidade local, o que pode ajudar a abafar situações negativas.

E O SELO NÃO PODE SER UM FATOR DE COBRANÇA POR PARTE DO GOVERNO E DA SOCIEDADE CIVIL?

Sim, é que são muitos lados negativos e de mistificação. Por outro lado, é fundamental que se tenha essa cobrança para que as empresas cumpram seus deveres de garantir direitos. No entanto, a gente tem visto os selos operarem com mais frequência como cortinas de fumaça. Para garantir que essas empresas cumpram suas responsabilidades, por exemplo, no quesito trabalhista, precisamos aumentar o corpo técnico operacional de auditores fiscais em âmbito nacional, que está totalmente deficitário. Temos um déficit de 45% de auditores fiscais no país.

EM 2023, A ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT) CELEBROU PELA PRIMEIRA VEZ O DIA INTERNACIONAL DA SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO. EM OUTRA INICIATIVA DE MAIS LONGA DATA, A ORGANIZAÇÃO PEDE AOS PAÍSES QUE IMPLEMENTEM POLÍTICAS DE ORIENTAÇÃO DO TRABALHO DECENTE. QUAL É A IMPORTÂNCIA DESSAS INICIATIVAS?

Elas são fundamentais. Uma pesquisa recente da OIT junto à OMS [Organização Mundial da Saúde] identificou que trabalhadores com jornadas de trabalho superiores a 55 horas semanais eram os mais prejudicados em relação a problemas cardíacos e vasculares e mais propensos à morte, devido às jornadas extenuantes. Então, essa preocupação é fundamental para a garantia dos Direitos Humanos e para frear a necessidade capitalista de aumentar a taxa de exploração, mas, temos que ver quais são as alternativas apresentadas. No meu livro, apresento uma crítica à ideia de 'trabalho decente' no lugar de 'trabalho digno'. A documentação internacional de trabalho decente que, inclusive, influenciou a nossa política de geração de emprego e renda desde 2005, incentiva o empreendedorismo. O empreendedorismo pode ser uma solução imediata, mas ele não garante a dignidade para a classe trabalhadora. Não garante a proteção social. A maior parte dessas pessoas, dos microempreendedores individuais, está endividada e, por sua vez, não consegue ter acesso a auxílio-doença, auxílio maternidade. Sem conseguir pagar a

sua proteção social, eles não conseguem ter acesso a esses direitos. Então, o trabalho decente traz essas alternativas ao desemprego, à escravidão, mas tem demonstrado, ao longo desses últimos 20 anos, a mistificação da precarização do trabalho e da proteção social.

“ A CONDIÇÃO ANÁLOGA À ESCRAVIDÃO DEVE SER IDENTIFICADA POR QUATRO SITUAÇÕES DE FORMA INDEPENDENTE:

JORNADA EXAUSTIVA, CONDIÇÕES DEGRADANTES, SERVIDÃO POR DÍVIDA E TRABALHO FORÇADO.

E O QUE É A ESCRAVIDÃO CONTEMPORÂNEA?

A escravidão contemporânea, pela letra de lei, consta no Artigo 149 do Código Penal brasileiro [vigente desde 1940]. Antes, essa lei só abordava a Convenção 29 da OIT [Organização Internacional do Trabalho] que trata de trabalho forçado. A partir de 2003, com a promulgação da Lei 10.803 [que altera o Artigo 149 do Código Penal], ele ganha uma caracterização clara da escravidão contemporânea. A condição análoga à escravidão deve ser identificada por quatro situações de forma

independente: jornada exaustiva, condições degradantes, servidão por dívida e trabalho forçado. O Brasil possui uma das legislações mais avançadas do mundo em relação à escravidão contemporânea. E por que no Brasil a gente caracteriza dessa forma? Porque diversos estudiosos e militantes identificam que nem na escravidão imperial, colonial, os escravizados tinham cerceamento total de sua liberdade. A escravidão tem uma característica muito clara no perfil dessas pessoas. A maioria é migrante, seja nacional ou internacional, por isso, vemos relação entre a escravidão e o tráfico de pessoas ou o contrabando de imigrantes. O avanço da legislação está amparado nas pesquisas e mobilizações das décadas de 1970 e 1980. Os lutadores emblemáticos desse tema são Dom Pedro Casaldáliga e o padre e professor Ricardo Rezende Figueira, que denunciavam os casos de escravidão no sul e sudeste do Pará, na chamada Amazônia legal, no período da ditadura empresarial-militar. Foi nesse período que ganhou visibilidade a permanência da escravidão ilegal. Existiam denúncias anteriores, claro, mas foi nesse período que elas ganharam visibilidade, inclusive internacional. O que a gente analisa é que a ditadura promoveu a expropriação de povos indígenas e ribeirinhos e retirou os meios de vida dessas pessoas sob o lema de ocupar para não ceder ao suposto comunismo que atingia o Brasil. Com isso, concedeu incentivos fiscais às grandes corporações nacionais e internacionais para ocuparem aquelas terras. E é partir dessas denúncias que a servidão por dívida será caracterizada como uma das tipificações da escravidão contemporânea na legislação. Em paralelo a isso, nessa mesma época, também se identificava as condições degradantes

como ausência de banheiro, de cozinha, de alimentação. Apesar de já existir alta tecnologia, ainda que importada, para desenvolvimento do gado e as melhores rações para os animais, a comida servida aos trabalhadores era estragada. Isso é uma das características das condições degradantes. Além disso, eles tinham jornadas exaustivas que excediam as 44 horas regulamentadas pela CLT. E foi a partir desse movimento de denúncias que se constatou que a maioria dessas pessoas vinham do Nordeste. Isso tem correlação com o desenvolvimento regional desigual do nosso país, em que as regiões Norte e Nordeste foram as mais prejudicadas em termos do acesso aos direitos trabalhistas. Então, eu caracterizo a escravidão contemporânea como uma ressignificação de formas híbridas de exploração da força de trabalho, ou seja, que carregam elementos tanto transitórios da passagem da escravidão legal ao assalariamento como também carregam elementos muito característicos da escravidão como a violência, a forma de submissão e dominação que essas pessoas passam. E ela também é influenciada pelas transformações atuais da precarização do trabalho. Desde os anos 1990, observamos uma grande ofensiva nas transformações, na chamada reestruturação produtiva, que desencadeia a precarização por meio da terceirização. Então, com a Reforma Trabalhista de 2017, houve a legalização de práticas ilegais que já existiam, como o negociado com empregador se sobrepor à lei e a terceirização para a atividade fim. A terceirização irrestrita é algo terrível e que tem corroborado com aumento da escravidão contemporânea. E por que a gente acha que tem corroborado? Porque mesmo com a diminuição dos recursos para a fiscalização da escravidão contemporânea, houve um aumento de 300%,

de 2017 a 2022, de pessoas resgatadas, de acordo com dados da auditoria fiscal do Ministério do Trabalho. Além disso, levantamentos também mostram que, de 2010 a 2014, a terceirização correspondia a aproximadamente 90% das pessoas resgatadas nos dez maiores flagrantes. A legalização da terceirização irrestrita, permitida com a Reforma Trabalhista de 2017, favorece as possibilidades da expansão da escravidão contemporânea.

ALGUMAS REPORTAGENS TÊM MOSTRADO QUE OS TRABALHADORES POR APLICATIVO NÃO QUEREM DEIXAR A MODALIDADE E NÃO QUEREM VIRAR CLT. OS TRABALHADORES ESTÃO REIVINDICANDO MENOS DIREITOS OU HÁ NOVAS CONFIGURAÇÕES TRABALHISTAS? O QUE ACONTECE?

O que acontece é que existe muita diferença entre as modalidades de entregadores. Eu tenho feito uma pesquisa com entregadores, inclusive, nas regiões centrais de Niterói [RJ] e da cidade do Rio de Janeiro. Vemos diferenças entre aqueles que possuem moto e conseguem uma melhor remuneração e entre os ciclistas, que têm uma reivindicação maior por direitos e reconhecimento da proteção social. Não todos, certo? Ainda estamos fazendo a pesquisa, mas já observamos essa diferença. E o que que está acontecendo? Em um imaginário mais imediato, parece que não há vantagem de ter CLT. No filme “Estou me guardando para quando o Carnaval chegar” [que trata da vida dos trabalhadores da indústria têxtil no interior de Pernambuco] há uma comparação entre gerações. Nela, os mais velhos falam: “Olha, a gente tem uma aparência de liberdade no trabalho. Mas eu tenho saudades de quando eu tinha carteira assinada, porque se eu adoecesse, tinha meu salário assegurado e eu poderia me aposentar”.

E apesar do discurso dos entregadores de “eu posso fazer meu horário”, muitos têm a clareza do controle que essas plataformas exercem sobre as suas vidas, porque esses aplicativos trabalham com o sistema de ranqueamento, estimulando a competitividade para fomentar essa disponibilidade quase total ao aplicativo, nublando o tempo de descanso e o tempo de espera. No entanto, o tempo de descanso dessas pessoas é preciso ser considerado entre muitas aspas, porque é feito sentado no meio-fio sem condições mínimas, sendo que essas pessoas têm um vínculo empregatício com essas corporações, embora elas afirmem que são apenas intermediadoras.

QUAL A RELAÇÃO ENTRE “PLATAFORMIZAÇÃO” E ESCRAVIDÃO CONTEMPORÂNEA?

Ao estudar os trabalhadores do setor de *delivery*, observamos a existência das condições degradantes, ainda que não sejam comparáveis às condições do trabalhador rural. Os trabalhadores por aplicativo não possuem acesso, em sua maioria, a banheiro, água potável, inclusive eles evitam beber água para não terem que ir ao banheiro ou para darem conta das demandas. Assim, acabam tendo problemas circulatorios, de coluna e infecção urinária. Além disso, eles têm uma jornada prolongada, então, a maioria trabalha acima de 12 horas por dia. Isso prejudica a sua saúde física e psíquica. Muitos deles estão sofrendo com transtorno de ansiedade. Então, existe aí uma correlação muito forte com as características da escravidão contemporânea. E há um perfil similar. Tanto em âmbito nacional quanto no âmbito local da nossa pesquisa, 80% são de pessoas negras. Um perfil bem semelhante das pessoas resgatadas da escravidão contemporânea em âmbito nacional. Eu tenho feito um paralelo com os escravizados de ganho porque, frequentemente, você pode entregar de tudo, da mesma forma que os escravizados de ganho. Aqui é preciso voltar no tempo. Essa modalidade [escravizados de ganho] nasceu a partir de 1850, em um período chamado escravismo tardio, em que ocorreram formas transitórias de exploração da força de trabalho, poucas décadas antes da Abolição ser promulgada, quando os escravizados de ganho assumem tarefas pelos quais são remunerados e, em alguns casos, conseguem pagar sua alforria. Há diversas ocupações, mas eu faço a correlação com os carregadores, que transportavam desde cadáveres

Ascensão de plataformas que intermedeiam a relação entre prestadores de serviço e seus clientes nas mais diferentes áreas. Em geral, as plataformas negam que há vínculo empregatício, embora imponham uma série de regras para seus usuários.

a móveis e pessoas. Essa correlação que eu faço com os escravizados de ganho é justamente porque em alguns aplicativos é possível pedir qualquer coisa para ser entregue, em que é disponibilizado a opção “Peça um favor”. No período da pandemia surgiu uma série de denúncias e outras mais recentes, de como essas pessoas são humilhadas em seu cotidiano laboral e, na nossa pesquisa, relatam racismo, constrangimento verbal e físico. Então, observamos essa correlação histórica da racialização da nossa força de trabalho, em que os trabalhos mais precários, pior remunerados, são ocupados majoritariamente por pessoas negras. No caso dos entregadores, muitos convivem com essa jornada extenuante, essa condição degradante, e alguns vão ter, inclusive, a servidão por dívida. Isso acontece porque muitos já começam trabalhando devendo ao aplicativo ao comprarem a *bag*, a bolsa que eles têm que pagar o serviço de telefone e o pacote mensal de aluguel das bicicletas. A ideia do empreendedorismo permite o repasse dos custos das empresas para os trabalhadores. Isso também acontece em diversos setores, como com as costureiras, que trabalham de suas casas com suas próprias máquinas de costura. Enfim, esse repasse não é algo novo. Em nossos cálculos, os custos com deslocamento, bicicleta ou com moto financiada, combustível e alimentação representam uma média de 40% sobre a remuneração. A pessoa acredita que trabalhando mais, de domingo a domingo, ela consegue ter uma remuneração melhor do que se ela tivesse a carteira assinada. Então, são esses elementos que perpassam essa suposta liberdade.

A “PLATAFORMIZAÇÃO” ESTÁ RESTRITA A POSIÇÕES MENOS ESPECIALIZADAS DE TRABALHO?

Não, de forma alguma. Inclusive é possível fazer uma diferenciação da “uberização” com a “plataformização”. A “uberização” vai estar mais conectada ao próprio aplicativo que dá nome ao termo, dos serviços que são disponibilizados e a forma de controle que a Uber tem, que inaugura essa forma de exploração da força de trabalho, em que o serviço de locomoção se torna uma mercadoria, e o controle que os algoritmos possuem garantem a gestão dessa força de trabalho. A “plataformização” está em um escopo mais amplo e abarca não apenas uma força de trabalho mais braçal, mas também plataformas que produzem o chamado “microtrabalho”, que terceiriza, por exemplo, serviços de mídias sociais para grandes empresas para aperfeiçoar a inteligência artificial. Eles são considerados trabalhadores fantasmas, porque estão controlando e aperfeiçoando o conteúdo das mídias sociais ou de sites de empresas para melhorar as páginas e os aplicativos. O “microtrabalho” é feito por pessoas de maior

ou menor especialização que, das suas próprias casas, estão aperfeiçoando plataformas. Vou dar um exemplo. Quando acessamos um site e precisamos provar que não somos um robô, identificando objetos, há muitas pessoas trabalhando para esse aperfeiçoamento, outras retiram conteúdo nocivo, pornografia, conteúdo de ódio. Tudo isso é feito por trabalhadores. Outros trabalhadores, majoritariamente mulheres, vão operar com engajamento das mídias sociais, as chamadas “fazendas de clique” e devem curtir e compartilhar conteúdo de marcas, gerenciando mais de 300 perfis individualmente. Além disso, a gente vê a “plataformização” de outras profissões, como inclusive os jornalistas, designers, fotógrafos. Sabemos que nessas plataformas de conteúdo, para uma maior monetização, você tem que produzir de forma intensa diariamente. A “plataformização” é diversa e heterogênea, mas a característica central desse processo é o aumento da produtividade, a intensificação do trabalho e, conseqüentemente, a colocação da maior parte da classe trabalhadora em jornada exaustiva. É a impossibilidade de as pessoas terem um descanso intra e interjornada, e de ter, cada vez mais, a sensação da inexistência de uma barreira entre tempo de vida e tempo de trabalho.

DIANTE DO AUMENTO DO TRABALHO INFORMAL, A ECONOMIA SOLIDÁRIA TEM SIDO APONTADA COMO UMA SAÍDA PARA GARANTIA DE MELHORES CONDIÇÕES DE TRABALHO. O QUE VOCÊ ACHA DESSE CAMINHO?

As experiências de economia solidária são muito diversas. Há experiências muito louváveis, que permitiram aos trabalhadores terem o controle em um modelo de autogestão de empresas e de fábricas que iriam decretar falência. Por outro lado, vimos, com o

fomento dessa política em outros governos do PT [Partido dos Trabalhadores], que essa não era a regra. Na verdade, apesar dessa tentativa de garantir a autonomia, o resultado da gestão de todo o processo de produção por parte dos trabalhadores é muito heterogêneo. E pesquisas mostram que, muitas vezes, essas experiências não garantiram salários dignos, pensando no valor da cesta básica, da habitação. A gente sabe que a média da remuneração é de R\$ 2.500, muito aquém dos R\$ 6.500 previstos como salário-mínimo necessário pelo Dieese [Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos]. Claro que temos que pensar em possibilidades, tanto para as pessoas resgatadas da escravidão, quanto de acesso a direitos dos que estão nesse processo de “plataformização”. Precisamos garantir a proteção social para essas pessoas, e não fomentar a existência de uma figura intermediária, como se propõe em diversos projetos de lei, seja o trabalho sob demanda da empresa ou microempreendedor individual (MEI). A economia solidária é crucial, uma alternativa que deve ser considerada, mas ela deve ter como horizonte a garantia dos direitos fundamentais. Nesse sentido, eu tenho clareza que no capitalismo a garantia de direitos só é alcançada por meio de muita luta das classes trabalhadoras. Claro, se temos um governo preocupado em garantir esses direitos, isso é um diferencial. Passamos, nos últimos anos, por uma grande ofensiva das expressões contemporâneas do fascismo brasileiro que trouxeram esses retrocessos sociais. Então, temos a tarefa tanto de reconstruir o nosso país quanto de buscar mais direitos para a classe trabalhadora. Não queremos apenas a sobrevivência, queremos que todas as pessoas tenham acesso aos direitos fundamentais e que possam viver dignamente. ●

Cuidado e proteção: a importância da notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes

Números alarmantes de casos de violência contra crianças e adolescentes registrados nos últimos anos mostram que, apesar das políticas existentes, falta de notificação e desarticulação de redes de proteção ainda tornam o tema um grande desafio à saúde pública

ERIKA FARIAS

AO SINAN (SISTEMA DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO)

¹ Não contabiliza os dados de Acre, Bahia e Pernambuco que não preencheram o campo de idade das vítimas

SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS/MS

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS (NÃO TEM TEOR DE DENÚNCIA)



NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, estabelecida pela Portaria 737/2001 do Ministério da Saúde, institucionalizou o tema da violência como um problema de saúde pública. Essa política brasileira veio antes do Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2002, que, além de ratificar a questão como problema de saúde pública em nível global, fornecia diretrizes para o enfrentamento do problema.

Segundo Edinilsa Ramos, pesquisadora do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Claves/Ensp/Fiocruz), com a Política Nacional, pela primeira vez, um documento no país sistematizou a questão da violência no campo da saúde. “Ele fez uma espécie de diagnóstico para os principais problemas de acidentes e violências, estabeleceu diretrizes e identificou as responsabilidades em cada nível de gestão: federal, estadual e municipal”, relembra.

Na ocasião da publicação da portaria, havia uma questão que pairava no imaginário coletivo e que se sustenta até hoje: o porquê de a violência ser considerada um problema de saúde. Edinilsa explica que as pessoas sempre entenderam a violência pelo viés da criminalidade, sem enxergar outras de suas expressões. “A violência é um fenômeno social, não é uma doença. Ela não tem um vetor que gera aquele problema de saúde. É uma questão relacional sobre a forma como as pessoas estabelecem suas relações de poder, um fenômeno que constitui uma enormidade de expressões pelas quais elas se manifestam. Há violências de todo tipo: sexual, física, psicológica, financeira, negligência. E elas se dão nos distintos níveis da sociedade, como violências mais estruturais e outras mais interpessoais. Então, é um fenômeno extremamente complexo”, afirma a pesquisadora.

Violência contra crianças e adolescentes

De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, produzido pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, em 2022, entre os crimes não letais contra crianças e adolescentes de zero a 17 anos, foram registrados no Brasil, em 2021, 45.076¹ casos de estupro, 7.908 casos de abandono de incapaz, 19.136 de maus-tratos e 18.461 de lesões corporais

ATIVACÃO DA REDE DE PROTEÇÃO DO SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS

(órgãos públicos do sistema judiciário, polícia militar, civil e federal, conselhos tutelares, conselhos dos direitos de crianças e adolescentes, entre outros)

APURAR E SOLUCIONAR AS QUESTÕES RETRATADAS E EVITAR NOVAS VIOLAÇÕES DE DIREITOS

em violência doméstica, entre outras violações de direitos. Já no que se refere a crimes letais, o registro contabiliza 2.555 crianças ou adolescentes vítimas fatais de violência. O levantamento “Maus-tratos entre crianças e adolescentes: perfil inédito das vítimas e circunstâncias desse crime no Brasil”, também produzido pelo Fórum, aponta ainda que 81% dos crimes dos maus-tratos ocorreram nas residências, percentual que pouco varia de acordo com a faixa etária da vítima. E, reforçando a necessidade de notificações mais aprofundadas, apenas 8% dos registros apresentam a informação sobre a relação entre agressor e vítima.

“Esses números nos mostram que ainda é grave a situação de violência com relação a crianças e adolescentes. São indícios de escaladas que podem contribuir para a violência se agravar, chegando até a uma violência letal. Essas situações de maus-tratos são situações que acontecem antes de chegar em uma na lesão corporal, e vai havendo uma crescente, então, se conseguimos agir diretamente já nesses casos menos graves, mais rápido, podemos impedir que essa criança, esse adolescente, vá sofrer uma violência mais grave. Em diversos casos, até de homicídio, a criança teve atendimento médico prévio em situações menos graves e aí a rede não foi acionada adequadamente ou, nem mesmo foi acionada, para proteger e evitar que essa criança ou adolescente sofresse casos mais graves”, explica a promotora de Justiça e integrante auxiliar da Comissão da Infância, Juventude e Educação, do Conselho Nacional do Ministério Público (Cije/CNMP), Mirella de Carvalho Bauzys Monteiro.

A Lei nº 8.069/1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), impõe ao Estado e à sociedade obrigações e deveres com as crianças e adolescentes, assegurando-lhes “todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”. Quando se fala em políticas públicas para crianças e adolescentes, é fundamental reforçar todos os direitos previstos no artigo 227 da Constituição, que na área da infância e juventude, vai envolver todas as ações do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), previstas no ECA. “E para o desenvolvimento dessa criança ou adolescente é imprescindível garantir todos os direitos”, frisa Mirella. O SGDCA foi implantado em 2006, com o objetivo

de fortalecer a implementação do ECA e garantir uma proteção integral à infância e adolescência. De acordo com o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, o Sistema articula e integra vários atores sociais – de instâncias públicas governamentais e da sociedade civil – que atuam para garantir que os direitos humanos se concretizem na vida das crianças e adolescentes em todo o território brasileiro.

A promotora explica que o SGDCA envolve as áreas da saúde e da educação, Ministério Público, Judiciário, Conselho Tutelar, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), Defensoria Pública e organizações sociais. “Nesse contexto, quando falamos de políticas públicas sociais da área da infância e de juventude, de forma resumida, as políticas básicas são saúde, educação e assistência social. Temos ainda políticas de execução das medidas protetivas, por exemplo, quando uma criança ou adolescente está numa situação de risco, com o seu direito violado, o Conselho Tutelar geralmente, é acionado e vai ser aplicada uma medida de proteção, e temos medidas que precisam ser tomadas judicialmente, como o afastamento do convívio familiar, o descumprimento de algum direito dessa criança, que pode ser o direito à saúde quando estiver sendo vítima de violência e outras coisas, que é quando o Ministério Público é acionado para poder entrar com ação judicial. Existem também as políticas socioeducativas, que são aquelas relacionadas aos casos dos adolescentes que praticaram ato

infracional e vão receber uma medida de internação, que pode ser em meio aberto, liberdade assistida. Entram aí também as políticas de enfrentamento à violência, políticas mais complexas dentro da educação, como as políticas de enfrentamento à situação de evasão escolar”, diz.

Sistema de Vigilância

Em 2006, foi criado, a partir do Ministério da Saúde e da Secretaria de Vigilância em Saúde o Sistema Viva - Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências -, com o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes para subsidiar políticas em saúde pública direcionadas a estes agravos, buscando preveni-los. Segundo documento do MS, o sistema é formado por dois componentes: Viva Contínuo/Sinan, formado pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, e o Viva Inquérito, que reúne informações sobre o perfil das vítimas de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência de municípios selecionados. A notificação é compulsória para ambos os componentes em situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos de acordo com as leis nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e Adolescente), nº 10.778/2003 (Notificação de Violência contra a Mulher) e nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso).

A notificação ao Viva Contínuo/Sinan é feita por meio de uma ficha específica para as

notificações, padronizada para todo país: a ficha do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan), que deve ser alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constem da lista nacional de doenças de notificação compulsória, sendo opcional a estados e municípios incluem outros problemas de saúde importantes na região em questão. De acordo com o site do MS, “seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções”, afirma a página.

Por regra, a ficha Sinan vai para a Vigilância municipal e, ao mesmo tempo, deve ser acionada a rede de proteção, que pode contar com o Conselho Tutelar e demais serviços para a criança/adolescente, para ser encaminhada para escuta especializada, e, dependendo da gravidade da situação, encaminhamento para a polícia, afim de que possa ser registrado um boletim de ocorrência e até um inquérito policial para a proteção da criança. “A ficha Sinan deve ser preenchida por qualquer serviço de saúde para os casos suspeitos ou confirmados de violências doméstica, sobretudo, e violência sexual devido ao imediatismo das ações que têm que ser tomadas quando ocorre uma violência desse tipo. Ou seja, todos os procedimentos têm que ser tomados em 24 horas, com urgência, tanto a notificação, quanto o desencadeamento das ações de proteção àquelas vítimas. Isso faz parte de uma vigilância epidemiológica, que é para a saúde, não é para

a justiça, nem para a polícia. Notificar ao Sinan é completamente diferente de fazer uma denúncia para a polícia ou justiça”, explica Edinilsa.

Segundo a pesquisadora, é na questão do preenchimento da ficha que são encontrados alguns grandes desafios, pois é preciso ter a contextualização, a compreensão de cada caso, o que requer do profissional de saúde uma capacitação diferenciada. “Logo no começo da Política, pela necessidade de implantação das ações, foram capacitados vários profissionais para trabalhar com a notificação e com atendimentos. Até hoje, no Claves, oferecemos um curso à distância para profissionais de saúde lidarem com o tema da violência”, explica a pesquisadora. A assistente social do Hospital Federal do Andaraí, Aline Rodrigues, fala também sobre a dificuldade de muitos profissionais ao preencherem a ficha. “Muitas vezes, eles podem se sentir inseguros em preencher as questões que estão inseridas na ficha porque ela é complexa, envolve vários conceitos. E tem também a questão do medo de sofrer represália por realizar a notificação. Cada unidade tem seu meio de proteger o profissional que realiza o preenchimento. Então, é fundamental que ele tenha conhecimento desse fluxo para que se sinta seguro tanto em preencher, quanto em garantir que aquelas informações estão sob sigilo”, reforça.



NOTIFICAR AO SINAN É COMPLETAMENTE DIFERENTE DE FAZER UMA **DENÚNCIA PARA A POLÍCIA OU JUSTIÇA.**

Edinilsa Ramos, pesquisadora da Ensp/Fiocruz

Há ainda a questão dos profissionais que verificam a “possibilidade de violência”, mas não sabem o que acontece com aquele usuário, após a notificação. Sobre isso, a assistente social Aline relata sua experiência: “Enquanto a criança ou adolescente está no hospital, é possível realizar o acompanhamento, mas quando ela tem alta hospitalar, não há mais retorno das informações do caso. Sinto falta disso, porque gostaria de saber o que aconteceu. Mas infelizmente, não existe previsão para esse tipo de retorno, talvez, até por proteção à criança, também”, relata.

Outro ponto que chama a atenção é a questão de muitos médicos não preencherem a ficha, apesar de, muitas vezes, configurarem o primeiro atendimento

por onde chega uma criança ou adolescente vítima de violência. “O médico, tradicionalmente, é aquela figura que faz o atendimento biomédico, e todas essas outras questões sociais, emocionais, tudo isso, ele delega para outros profissionais. É muito comum o médico não preencher a notificação. Muitos acham que não faz parte da atividade deles enquanto médicos, e então delegam para um assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga. Essa visão biomédica, ainda muito tradicional, é um pouco amenizada quando esse médico tem uma formação em medicina comunitária, porque aí ele já olha com outro olhar essas questões, já tem uma escuta, um atendimento diferenciado, para além de só olhar aquele ferimento, aquela fratura”, conta Edinilsa. E complementa: “Discutimos muito a formação que está sendo dada a esses profissionais na graduação, ela precisa mudar, precisa inserir essas questões. São poucos os médicos que tiveram alguma formação sobre essas questões. É muito difícil ter uma formação ainda nesse modelo biomédico tradicional e querer que o profissional atue de uma outra forma. Ele não vai atuar”, enfatiza Edinilsa.

Nesse aspecto, Aline Rodrigues conta que existem algumas especificidades. “Por exemplo, no hospital em que eu trabalho, o serviço social atua 24 horas. Então, ele está ali a disposição para realizar atendimentos a qualquer momento do dia, atendendo todas as famílias durante a internação e abordando todos os pacientes que estão ali recebendo atendimento, mas se numa situação de atendimento de criança, o pediatra identifica uma possível situação de violência, é rotina que a equipe da pediatria, da emergência pediátrica, ou mesmo da emergência, acione o serviço social”, relata.

Ela também explica que a orientação é que qualquer pro-

fissional que atenda a pessoa vítima de violência, faça o preenchimento da ficha Sinan. É importante que o profissional saiba também que todos os casos de violência contra a criança e adolescente, idosos e mulheres, a ficha deve sempre ser preenchida, ou seja, é uma notificação compulsória em casos assim. “Você não precisa ter prova de que aquilo aconteceu, que a pessoa é vítima. O preenchimento da ficha é uma dimensão do cuidado em saúde. Não cabe ao profissional julgar quem foi que fez aquilo ou porque fez. O papel de responsabilização dos autores da violência é exercido pelos órgãos do sistema de justiça”, afirma. Ela conta que, muitas vezes, a suspeita de violência se dá pela experiência do profissional, que vai identificar uma lesão ou através da narrativa da família, que permite identificar que aquilo que ela está apontando é uma situação fruto de violência. “É possível que, em alguns casos, a pessoa chegue até o atendimento de saúde e nem tenha se dado conta que aquilo que ela está narrando tenha sido uma violência e o profissional de saúde, no atendimento, pode orientar sobre os procedimentos que são necessários nessa situação”, diz.

Notificação para órgãos de proteção

No caso de crianças e adolescentes, a notificação da violência é importante para atuação em três frentes. “A primeira atuação é para proteger essa criança; a segunda é para que se possa garantir a responsabilização na investigação criminal do agressor, que é importante, mas é diferente da parte da proteção. E uma terceira frente da atuação é ter todos esses dados para poder viabilizar políticas públicas preventivas, ou até garantir uma estruturação melhor do enfrentamento às situações de violência após a ocorrência delas”, informa a promotora Mirella.

Algumas formas de notificação são o Disque 100, que é uma forma nacional de comunicação. Também é possível fazer a notificação localmente, em cada município. “O Disque 100 recebe e encaminha a denúncia para os órgãos locais atuarem. As políticas, como um todo, são municipalizadas para terem a atuação de uma frente local, mas temos também políticas estaduais que são importantes. As notificações também podem ser feitas via Conselho Tutelar, ou ainda via Ministério Público, além da própria polícia, que pode ser acionada, principalmente, quando for uma situação emergencial, de flagrante”, afirma Mirella. Segundo ela, a legislação traz essa obrigação da notificação, principalmente para os órgãos públicos, que atuam

diretamente e que podem ser a porta de entrada para a revelação e constatação de sinais da violência, como acontece com as áreas de saúde e educação, principalmente.

Articulação das redes

Para além das notificações, é fundamental que as redes de serviço estejam bem articuladas a fim de garantir a proteção às vítimas. Mas este é ainda um imenso gargalo na questão de violência no país. “Temos conhecimento de muitos casos em que as pessoas foram aos serviços de saúde, notificaram a violência, inclusive contra crianças e adolescentes, várias vezes, e que, mesmo assim, as vítimas acabaram morrendo por uma causa violenta. Ou seja, a rede de proteção não atuou devidamente, não protegeu aquela pessoa. Então, isso é uma coisa muito triste, porque pretendemos, enquanto SUS, oferecer um atendimento integral à pessoa”, conta Edinilsa Ramos. A pesquisadora explica que o atendimento integral exige que a rede seja capaz de atender a vítima nos seus distintos aspectos e reforça que os maiores obstáculos na questão da violência estão na fragilidade dessas redes e serviços. “Às vezes, você é atendido por um profissional qualificado ou que está sensibilizado para aquela questão, que quer proteger aquela criança, e encaminha para outros setores. Por exemplo, se há um caso de abuso, temos que acionar a Defensoria Pública, os serviços da Justiça ou da Polícia, mas para isso também temos que ter pessoas capacitadas nesses outros serviços. Porque assim, o que uma mulher quer quando procura um serviço saúde e diz que o companheiro está abusando dela? Ela quer romper com esse ciclo de violência. De que forma que se rompe? Cadê os serviços que teriam que atuar em relação a esses homens agressores de mulheres e crianças? Faltam políticas públicas voltadas para determinadas questões, mas também compromisso de fazer valer as políticas já existentes”, reforça a pesquisadora.

Já a promotora do MP, considera que faltam políticas, mas, efetivamente, o que mais falta é organização. “Temos os serviços previstos, temos o Sistema Único de Assistência Social (Suas) e o SUS que funcionam, mas falta, muitas vezes, essa articulação que é imprescindível. É importante ter a porta de entrada das denúncias, pensar no encaminhamento imediato da área da saúde, principalmente, quando envolve violência sexual, para escuta especializada. E pensar um plano de intervenção intersetorial, que a saúde também tem que participar da elaboração porque envolve diversos aspectos, inclusive de saúde mental, além dos cuidados físicos com aquela criança. É importante lembrar que a nossa atuação tem sempre que evitar a revitimização, ou seja, fazer com que a criança ou adolescente seja ouvida preferencialmente apenas uma vez, por meio de profissionais capacitados, com atendimento humanizado e acolhedor”. Ela complementa: “Fato é que [sem as notificações devidas], muitas vezes, só temos notícia de uma violência quando o fato se tornou algo muito grave. E aí, vemos que essa criança já tinha passado pelo médico, pela escola, em situações que poderiam ter sido constatados previamente. Então, é por isso que as legislações são tão fundamentais, porque elas trazem a importância de toda a sociedade, o estado e a família estarem empenhados em prevenir e identificar todas as situações de violência para que o Sistema de Garantia de Direitos e todas as autoridades competentes possa ser acionadas para tomar providências de maneira mais rápida possível”, conclui Mirella. ●

Greves de trabalhadores da saúde expõem impactos do neoliberalismo em sistemas universais

Passada a pandemia de Covid-19, profissionais de saúde do Reino Unido e Espanha se mobilizam por melhores condições de trabalho e aumento salarial

JULIANA PASSOS

Uma das greves mais extensas da Saúde em Madri, capital da Espanha, durou cerca de três meses e ainda gera ações esporádicas. Já na Inglaterra, houve a maior mobilização vista em 75 anos do sistema de saúde do Reino Unido. O que acontece com os sistemas universais de saúde que inspiraram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e continuam sendo um dos modelos mais bem-sucedidos do mundo? Nesta reportagem, profissionais do setor e especialistas em sistemas de saúde descrevem as mudanças ocorridas recentemente e os impactos das políticas de austeridade no *Sistema Nacional de Salud* (SNS) espanhol e no *National Health Service* (NHS) britânico.

A demanda de trabalhadores por aumento do salário não é nova, mas a pandemia colocou um freio nas mobilizações. A crise sanitária seguida da guerra entre Rússia e Ucrânia, que forçou o aumento do preço do gás na Europa e, consequentemente da energia, levou a uma situação pouco vivida nos países do ocidente europeu: a inflação. O aumento dos preços sem o aumento dos salários motivou a paralisação de diversas categorias, não apenas da saúde. Em março de 2023, a inflação no Reino Unido ultrapassou 10%, um cenário que há décadas não se via. Situação semelhante à vivida pela Espanha, que desde 1990 não tinha uma variação de preços superior a 5%, como se viu nos últimos três anos.

Em paralelo ao aumento do custo de vida, Espanha e Reino Unido, que possuem os sistemas de saúde mais bem avaliados, com acesso universal, têm promovido reformas que aumentam a participação privada na sua gestão e precarizam contratos de trabalho. “Eu não acho que as condições de trabalho aqui sejam ruins, mas quem trabalha aqui há mais tempo diz que as condições já foram melhores”, diz a auxiliar de enfermagem Adriana*, brasileira que se mudou para a Inglaterra durante a pandemia.

O primeiro anúncio de paralisação foi feito em novembro de 2022 pelo Royal College of Nursing (RCN), o principal sindicato da categoria, e agendada para os dias 15 e 20 de dezembro. Adriana explica que a principal categoria com adesão à greve foi a das enfermeiras, por terem maior proteção sindical, embora não tenha se limitado à categoria. As mobilizações cresceram ao longo dos meses diante da falta de abertura do governo à negociação. Os profissionais de enfermagem reivindicam reajuste salarial de 20% para recompor as perdas com a inflação desde 2010. O grande salto foi em 2022, quando o aumento médio de preços



Protesto de trabalhadores da saúde em Madri, Espanha.

foi de 10%. Em 11 de abril de 2023, os médicos decidiram também entrar em greve pedindo reajuste. A greve dos profissionais de saúde no Reino Unido tem sido feita por um período de algumas horas ou mais longas, como 24 ou 48 horas, mobilizações que seguem previstas para o mês de junho. “Com o aumento da inflação, diversas categorias entraram em greve. Os primeiros foram os trabalhadores do transporte e a eles seguiram vários outros. Como as paralisações, muitas vezes, são feitas apenas por algumas horas do dia, os sindicatos e jornais divulgam o calendário por hora das atividades que estariam interrompidas no país”, explica Jonathan Filipon, professor na Queen Mary University of London.

A professora de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Amanda Xavier, comenta que, em comparação com o cenário brasileiro, o SNS espanhol conta com uma “expressiva” presença de profissionais estatutários de carreiras, “apesar dos progressivos ataques desde a década de 1990 e em especial a partir de 2010”. A capital espanhola tem sido a principal região em que o Estado realiza parcerias com o setor privado.

“Quando não se acredita na atenção primária forte como base do sistema sanitário, não se investe nele. Então, a comunidade de Madri tem os piores investimentos na atenção primária. É a comunidade com menos enfermeiros de atenção primária por habitante e a segunda com menos médicos por habitante. Há muitos anos estão tentando privatizar parte desse sistema, então, os profissionais se mobilizaram para evitar isso”, diz a enfermeira Alda Recas, que trabalha na Espanha. Já Amanda lembra que apesar da capital estar no foco, não é a única região de mobilizações, que também ocorrem em Cantábria, Navarra, Aragón, País Basco e Andaluzia. “O que se observa é que essas mobilizações de profissionais de saúde, sindi-

AMYTS/DIVULGAÇÃO



catos e usuários da saúde seguem ainda os passos das 'Mareas Blancas' de 2012", diz a professora em referência às grandes mobilizações ocorridas naquele ano contrárias a um pacote de medidas que buscava reduzir os investimentos públicos em saúde e que conseguiram barrar em parte essas medidas. Entre o final de 2022 e o começo de 2023 a multidão voltou às ruas. Após três meses de greve e manifestações aos finais de semana que levaram às ruas mais de 250 mil pessoas em Madri, os médicos de saúde da família conquistaram algumas me-

lhorias, como o aumento salarial de 450 euros e a promessa de que o número de pacientes por dia será reduzido. As condições de trabalho da capital espanhola têm motivado os trabalhadores a buscarem oportunidades em outras regiões. Cerca de 70% dos 218 médicos residentes na capital pretendem deixar a região após a conclusão do estágio, informou reportagem do jornal El País, publicada em 14 de março de 2023.

No entanto, outras demandas continuam e não apenas para os médicos. Enquanto na maioria do país a jornada é de 35 horas semanais, as equipes de saúde madrilenhas trabalham 37,5 horas e têm salários mais baixos, embora o custo de vida seja mais elevado. "Os médicos deixam o sistema público porque ganham mais no setor privado, o que não é o caso das enfermeiras, então, o caminho acaba sendo se dedicar a outras coisas ou mudar para comunidades vizinhas, em que as condições de trabalho são melhores. As técnicas de enfermagem têm um salário mais baixo, então, quando decidem sair, migram para outros setores", conta Recas.

Adriana comenta que algo similar acontece no Reino Unido. "Sem o reajuste, o salário é considerado baixo. Atender em um bar rende o mesmo que trabalhar como auxiliar no hospital. Então, muitos dos meus colegas trocaram o trabalho por opções menos estressantes e está difícil chamar mais pessoas. Com isso, cumprimos o turno sempre com falta de pessoal e as condições de trabalho ficam mais estressantes", diz.

"Penso que os casos espanhol e inglês nos mostram os efeitos perversos da precarização do trabalho. Há reivindicações, com apoio da sociedade, de melhores condições de trabalho e de produzir o processo de cuidado", diz Adelyne Pereira, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Ainda assim, os pesquisadores ouvidos pela reportagem registram que é difícil fazer paralelos desses sistemas com o brasileiro. As condições de trabalho continuam sendo bastante diferentes, com melhores salários, maior garantia de direitos e jornadas menos extensas na Europa. Do lado dos usuários, a estrutura da atenção pública e gratuita também é bastante diferente, com um maior número de profissionais contratados, proporcionalmente à população, e filas reduzidas. O nível de privatização também é distinto. A professora da Ensp explica que, enquanto no Brasil a terceirização ocorre em todos os níveis, em especial, com a existência de Organizações Sociais, esse modelo ainda é pouco comum no SNS e no NHS. A principal questão, no caso da Espanha e Inglaterra, é a mudança na forma de gestão por parte dos Estados nacionais, piorando as condições de trabalho.

Contratos precários

Os cortes orçamentários promovidos desde a crise de 2008 na Espanha trouxeram consequências para o cuidado durante a pandemia de Covid-19. Adelyne integrou um estudo em que foi avaliada a capacidade de resposta de sistemas de saúde de alguns países durante a pandemia de Covid-19. "Verificamos uma resiliência muito baixa do sistema de saúde espanhol, entre outras coisas, em função da precariedade da disponibilização dos profissionais no território dos trabalhadores", disse. Ela acrescenta que a expectativa era de que as dificuldades enfrentadas e a sobrecarga de trabalho influenciassem em uma expansão do sistema, o retorno dos concursos públicos e contratos de mais longo prazo, mas, segundo ela, o que se viu foi o oposto. "Com o arrefecimento da pandemia, muitos trabalhadores temporários simplesmente tiveram seus contratos interrompidos e muitos leitos que foram abertos naquele momento foram fechados", diz. Ainda assim, pondera Alessandra, "em comparação com o cenário brasileiro, podemos dizer que o sistema público de saúde espanhol ainda conta com uma expressiva presença de profissionais concursados".

No Reino Unido, os trabalhadores de saúde que estão fora da cobertura de direitos são aqueles que trabalham na copa, na limpeza e os maqueiros, que são terceirizados. Enquanto auxiliares de enfermagem e enfermeiros são contratados diretamente pelo NHS, os profissionais terceirizados não têm qualquer cobertura caso não compareçam ao trabalho, uma situação que os colocava em uma posição delicada durante a pandemia. Embora



tivessem testes de Covid disponíveis sem restrições, testar positivo significava ficar de 15 dias em casa sem receber. “Os terceirizados recebem um auxílio irrisório caso precisem se ausentar por doença”, conta Adriana.

Além das condições precárias de vínculo de alguns trabalhadores, no Reino Unido também há falta de profissionais. Anteriormente, o governo custeava bolsas de ensino para a realização do curso de graduação em Enfermagem, mas o programa de incentivo à formação foi encerrado há cerca de uma década. “Isso tem um efeito muito grande, porque já havia uma defasagem na formação de profissionais de Enfermagem e ainda há uma escolha política de não financiar a formação de enfermeiros. E eu diria que um dos principais problemas do NHS hoje é a falta de profissionais, não apenas enfermeiros”, diz Jonathan. Parte da necessidade de mão de obra é suprimida com a chegada de profissionais de saúde vindos, especialmente, da Índia e Filipinas, onde há, inclusive, recrutamento desses profissionais. Trabalhadores de outros países europeus também são atraídos, ainda que esse ritmo tenha desacelerado com o **Brexit** que levou à saída do Reino Unido da União Europeia (UE), o que facilitava a circulação de pessoas entre os países da região. No artigo “O Reino Unido diante da Covid-19: hesitação política e capacidade de resposta de um sistema de saúde universal”, publicado no livro Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições (Fiocruz, 2022), a professora da Unigranrio Suelen de Oliveira e a consultora em saúde pública Lucia Queiroz atribuem à saída da UE a maior necessidade de gastos adicionais do Estado e a dificuldade na chegada de equipamentos para o NHS. “Esse processo político produziu consequências econômicas para o sistema de saúde, exacerbando uma situação resultante de políticas de contenção dos gastos setoriais e de austeridade fiscal que vinham sendo adotadas no país”, escrevem.

Respostas do sistema à pandemia

Apesar de serem sistemas exemplares, Adelyne defende no artigo “As respostas dos países à pandemia em perspectiva comparada: semelhanças, diferenças, condicionantes e lições”, publicado no mesmo livro do artigo anterior, que o sistema de saúde da Alemanha, que também é universal, fez a melhor gestão da pandemia. “A Alemanha se distinguiu pela resposta mais ágil e forte coordenação nacional das ações de enfrentamento, que articularam medidas econômicas, sociais e investimentos substantivos no sistema de saúde. Na Espanha, a coordenação nacional também foi elemento importante, apesar de terem ocorrido falhas no sistema de detecção e resposta inicial à Covid-19. Esse atraso na resposta foi ainda mais contundente no Reino Unido, em razão da postura inicialmente negacionista do primeiro-ministro que, posteriormente, reviu sua posição e passou a sustentar medidas mais firmes de controle”, escreve com os também pesquisadores da Ensp/Fiocruz Cristiani Machado e Carlos Freitas.

Para os pesquisadores, a existência de um instituto federal na Alemanha, o Instituto Robert Koch, que trabalhou em articulação com os sistemas de vigilância em saúde, foram fundamentais para essa boa resposta do sistema. Os pesquisadores não deixam de considerar a força da economia alemã para realizar os investimentos, mas ressaltam que os investimentos em ciência e tecnologia aliados à capacidade de coordenação do governo alemão foram fundamentais. Essa coordenação nacional que ocorreu na Alemanha, não foi a posição inicial do então primeiro-ministro britânico Boris Johnson, que mudou de posição após ser internado por Covid-19. “Apesar da experiência prévia [do Reino Unido] na condução e no controle de situações de emergências sanitárias internas e em outros países, a atitude governamental [do então primeiro-ministro Boris Johnson]

foi a de não decretar medidas de *lockdown* e interromper estratégias adotadas para o processo de testagem dos casos nas primeiras semanas da pandemia, em contraponto ao que fizeram outros países europeus”, registram no artigo.

No caso da Espanha, apesar da coordenação central ter tomado as providências necessárias desde os primeiros sinais de pandemia, a falta de profissionais de saúde e de investimento em ciência e tecnologia para a produção de insumos dificultaram a resposta do sistema, em especial na primeira onda da doença. E, embora a Espanha tenha se destacado na abertura de leitos durante o período inicial da Covid-19, com uma ampliação de 75%, muitos deles já foram fechados, ao contrário da expectativa dos autores.

Mudanças na Espanha

Para falar dos processos de transformação do SNS espanhol ao longo de pouco mais de uma década, Adelyne diz que é preciso pensar em outros níveis de privatização que não necessariamente passem pela venda de um órgão público para a iniciativa privada. Na Espanha, a forma mais comum de privatização do serviço público na média e alta complexidade é a terceirização de hospitais, com repasse de dinheiro às empresas que fazem a gestão da unidade, mas com a coordenação do Estado. O

Brexit

Em junho de 2016, o governo do Reino Unido realizou um plebiscito em que perguntava se os britânicos gostariam de continuar sendo parte da União Europeia ou se gostariam de deixar a comunidade formada por 27 países. Com o acordo, os países membros formam um mercado único, com facilidade para circulação de pessoas e mercadorias. Na votação, 52% pediram a saída da comunidade. O comunicado oficial à União Europeia foi feito pelo Reino Unido em março de 2017 e, pela legislação da UE, a saída aconteceria após dois anos. No entanto, apenas em 2019, o governo britânico aprovou, no parlamento nacional, um acordo de saída da UE. A saída efetiva se deu em 31 janeiro de 2020, mas ainda está em período de transição. Diante das dificuldades de contratação de pessoas e da realização de trocas comerciais, o placar anteriormente favorável à saída, se inverteu. O ex-ministro Boris Johnson, que tinha como lema efetivar a saída do bloco, foi forçado a renunciar. E, em abril de 2023, 56% dos britânicos são contra o Brexit, de acordo com o Centro Nacional de Pesquisa Social, uma agência de pesquisa independente.

mesmo não aconteceu com a atenção primária. No entanto, o próprio sistema autoriza a contratação de profissionais de forma temporária.

“Observa-se, por um lado, a diminuição do quantitativo de profissionais concursados estatutários por razões de aposentadoria e, por outro, a ampliação da terceirização e dos vínculos temporários, embora não na mesma medida do que ocorre no Brasil”, diz Amanda Xavier, que produziu uma tese doutorado em que comparou o trabalho das enfermeiras no Brasil e na Espanha. Ela complementa dizendo que as empresas que terceirizam a força de trabalho ainda não possuem uma expressividade tão grande quanto a que observamos no município do Rio de Janeiro, por exemplo, embora sejam uma realidade não apenas em Madrid, mas em outras cidades espanholas. Por consequência, os planos de saúde privada também crescem na Espanha. Um processo que se iniciou no final da primeira década dos anos 2000 e se acentuou com a eleição de Mariano Rajoy, do Partido Popular, para a presidência do país.

Sobre as mudanças na Atenção Primária espanhola, Amanda comenta que houve fechamento dos centros de saúde, o que acarretou a sobrecarga de atendimentos por unidade de saúde. Diminuição que foi demandada nas manifestações mais recentes, o que levou ao aumento do tempo de espera para marcação de consultas, que vai de dois até 30 dias. Na Espanha, a equipe da APS, formada por um profissional da medicina e outro de enfermagem, fica responsável por 1.600 habitantes. No Brasil, conta Amanda, esse número é de quatro mil. No entanto, diferente da Espanha e mesmo do Reino Unido, há uma diferença na forma de organização da APS no Brasil, com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma maior preocupação com os determinantes sociais da saúde. Essa configuração específica, segundo Adelyne Pereira, é um ponto positivo e inspirador do SUS em relação aos outros sistemas. “Na Europa, a atenção primária recebe outro enfoque, muito menos comunitário e territorial. Essas características não são consideradas prioritárias, nem no sistema espanhol nem no inglês, e é algo que eles consideram como fragilidade do sistema, embora tenham ampla cobertura como porta de entrada para os outros níveis de atenção”, avalia.

Sem o enfoque territorial, algumas mudanças dentro da atenção primária espanhola foram vistas inicialmente como positivas, conta a professora da Ensp. Em especial, a liberdade para escolher o centro de saúde em que se é atendido por conta dos profissionais que lá atuam. O número de centros de saúde construídos nas décadas anteriores foi determinado para respeitar a taxa ideal de profissionais por habitante. Com o pretexto de aumentar a liberdade de escolha de profissionais, algumas comunidades aglutinaram alguns centros da região. “Isso foi visto por algumas pessoas como algo positivo. ‘Ai que legal, agora eu vou ter a liberdade de ir em



Enfermeiras do Reino Unido protestam por melhores salários e condições de trabalho

outro centro de saúde, não gostava desse mesmo, que era perto da minha casa”, ilustra, e acrescenta que, na sequência dessas medidas, houve um aumento do tempo de espera e profissionais sobrecarregados. A mudança de percepção pôde ser vista nas ruas, em parte pela força de articulação dos profissionais da saúde e sindicatos. “Eles estão articulados a ‘plataformas vecinais’ (associações de moradores), considerando importante a proximidade e o diálogo nos centros locais de saúde, e impulsionam fortes mobilizações em defesa do direito à saúde pública universal”, diz a professora da Uerj.

Mesmo com a cobertura ampla, a professora da Ensp lembra que os sistemas de saúde universais têm filas e que elas também servem como organizadores do sistema e suas demandas. Dizer o que seria razoável ou não no caso espanhol pode ser delicado, mas Adelyne sugere um mês a 60 dias para uma consulta com especialista ou para uma cirurgia eletiva. Por outro lado, ela considera a população espanhola bastante sensível às variações na qualidade do atendimento. “Quando a fila aumenta, essa população vai para as ruas e isso mostra a base social que sustenta esse sistema de saúde”, avalia. Dados do Ministério da Saúde espanhol informam que, em 2022, cerca de 790 mil habitantes esperavam por uma operação, 22% aguardavam há seis meses.

Em outra forma de mobilização pelo sistema de saúde pública de Madrid, os profissionais da área decidiram realizar uma consulta à população local no final de abril de 2023. A votação contou com mais de 10 mil voluntários e se espalhou por 58 municípios da província. Com a participação de cerca de 300 mil pessoas, que em quase sua totalidade disseram “sim” para a seguinte pergunta: “Você concorda em exigir do Governo da Comunidade de Madrid, como tarefa prioritária, o financiamento necessário para permitir o aumento de profissionais e meios necessários para o funcionamento dos Centros de Saúde de Atenção Primária, Serviços de Urgências Urbanas, Serviços de Urgência de Atenção Rural, hospitais públicos para recuperar uma saúde pública 100% pública e universal?”. Para a enfermeira Alda Recas, além de uma demonstração de apoio, a ideia de realizar a consulta é um pedido para que o governo reconheça sua fragilidade em fazer a gestão da saúde pública.

A criação do SNS espanhol tem algumas similaridades com o sistema brasileiro. Ele foi instituído em 1986, como consequência da democratização do país, após o fim da ditadura de Francisco Franco (1939-1975). “A Espanha viveu seu período de reforma sanitária entre o final da década de 1970 e o começo de 1980. Apesar do período comum e legislações bastante próximas, precisamos destacar que a estrutura do sistema já estava bem mais avançada do que o caso brasi-

Comparativo entre países

	Gasto governamental/per capita em dólares (OMS/2020)	Enfermeiros por 1000/hab (OCDE/2021)	Médicos por 1000/hab (OCDE/2021)
 Alemanha	4652	12,1	4,5
 Brasil	313	1,6	2,1
 Espanha	2125	6,1	4,6
 Reino Unido	4143	8,7	3,2

Fonte: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e Organização Mundial da Saúde (OMS)

leiro”, compara Adelyne. Ao lado dessas diferenças de estrutura, ela acrescenta que a implementação do SUS no Brasil começou em um cenário bastante restrito em relação à disposição do governo para realizar investimentos no sistema.

Projeções para o NHS

Assim como o sistema espanhol, o sistema de saúde do Reino Unido tem passado por mudanças ao longo das décadas mais recentes. Criado em 1948, o sistema britânico, assim como o sistema espanhol, sofreu importantes mudanças a partir de 2012, com a nova legislação chamada de *Health and Social Care Act*. “Apesar da manutenção do financiamento público fiscal, internamente o sistema passou por extenso processo de reformas que podem afetar o direito universal à saúde. Mediados pela nova legislação parlamentar, processos anteriormente incipientes de fragmentação organizacional da atenção à saúde nas áreas administrativas, institucionais e, fundamentalmente, nas relações financeiras do gasto público, foram radicalizados, multiplicando-se agentes intermediários entre compradores e prestadores de serviços”, escrevem Jonathan Filipon, Ligia Giovanella (Ensp/Fiocruz), Mariana Konder (Uerj), Allyson Pollock (Queen Mary University of London) no artigo ‘A liberalização’ do Serviço Nacional

de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde”, publicado em 2016.

Como usuária desse sistema, Adriana conta que teve uma excelente experiência. Mesmo antes de ter sua documentação de imigrante oficializada, ela precisou do NHS, pôde contar com um tradutor de inglês para português em sua consulta e recebeu os remédios necessários. No entanto, ela se preocupa com o futuro do sistema. “Meu receio é que com o tempo eles passem a cobrar taxas anuais daqueles que tenham mais recursos e que sejam criadas hierarquias para atendimento”, conta.

Apesar do processo de “liberalização” descrito por Jonathan e demais pesquisadores no artigo, o professor não acredita que a projeção de Adriana se torne realidade tão cedo e percebe que essa não é uma preocupação dos britânicos. “Isso é uma coisa interessante. A imensa maioria da população já nasceu com a existência do sistema como ele é, então, eles não conseguem dimensionar a gravidade do que é uma população dependente de um sistema que limita o acesso mediante pagamento. A população não tem noção do que é não ter um sistema de saúde de acesso gratuito”, reflete ele, em entrevista à revista Poli.

As transformações que ganharam força em 2012 não foram exatamente novas. Com a chegada de Margareth Thatcher ao cargo de primeira-ministra britânica, em 1979, o NHS ganhou uma nova cultura de ge-

renciamento, dizem os pesquisadores, no mesmo artigo de 2016. É a partir daí que o modelo organizacional marcado pela liderança dos profissionais de saúde e por evidências epidemiológicas dá lugar a um ambiente corporativo e o processo de terceirização se inicia. “As atividades clínicas dos hospitais foram preservadas, mas grande parte das atividades de apoio para o funcionamento dos serviços foi terceirizada, como limpeza, lavanderia, nutrição e manutenção em geral. Houve ainda uma estratégia de redução da cobertura de serviços, com a implantação de cobranças de taxas para serviços de optometria, que antes eram gratuitos, aumento das taxas cobradas para serviços dentários e fechamento da maioria dos leitos de longa permanência existentes no NHS”, escrevem.

Os hospitais também puderam se transformar em “Trusts”, organizações semi-independentes, sem fins lucrativos, mas com liberdade para estabelecer remuneração, composição de profissionais e serviços oferecidos. Com isso, o governo estimulava a competição entre os prestadores e diminuía seu dever de oferecer saúde como um direito. “Uma forma de resistência às reformas de mercado foi o acordo tácito de algumas organizações de não competirem entre si, resistindo às reformas que se apresentaram principalmente na primeira década dos anos 2000”, diz o artigo.

Após a promulgação da legislação de 2012, passou a ser permitido que os hospitais pudessem ter até 49% de suas receitas provenientes de prestação de serviços a pacientes privados e descontinuar serviços que não fossem do interesse do prestador. “O aprofundamento da descentralização administrativa consubstanciado na nova estrutura do NHS pós-reforma de 2012, aliado à renúncia da prévia lógica territorial de planejamento orçamentário, representaram um risco à equidade do sistema de saúde inglês”, diz o texto do artigo. Em entrevista à Poli, o pesquisador completa: “A privatização é sim uma tendência, mas para os próximos 10, 15 anos. Isso ocorre principalmente nesse cenário pós-Brexit, que retira o Reino Unido das regras da União Europeia e há mais liberdade para privatizar”, projeta. ●

Em 2003, após a 4ª Conferência Nacional de Assistência Social, o formato de assistência no país tomava um novo rumo: deixava a estrutura assistencialista e passava para o modelo socioassistencial. Na prática, deixava de prover uma necessidade apenas momentânea para promover ações que favorecessem a autonomia do cidadão. Até então, as ofertas de assistência eram executadas nos municípios, majoritariamente, pelas mulheres dos prefeitos, por entidades sem fins lucrativos ou pela igreja. A diretora de Proteção Social Básica do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) do Governo Federal, Simone Albuquerque, conta que um dos temas deliberados na 4ª Conferência foi a necessidade de a assistência social contar com uma unidade de referência pública estatal. “Apesar de não ter uma unidade pública estatal na política em âmbito nacional, havia experiências municipais muito exitosas, mas com um nome em cada município. Em 2004, com o MDS, no primeiro governo Lula, implantamos a Política Nacional de Assistência Social (Pnas), que instituiu o Centro de Referência da Assistência Social, o Cras”, relata.

Segundo o Censo 2022 do Sistema Único de Assistência Social (Suas), há 8.557 Centros de Referência no país. Os Cras são a porta de entrada da assistência social e trabalham com o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Eles estão inseridos no Suas, que é organizado a partir de uma rede de proteção social. Além do núcleo de Atenção Básica, o Suas conta também com um serviço especializado, o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (Creas), que atende demandas mais específicas.

O relatório “Cras, um lugar de (re) fazer histórias”, produzido em 2007, pelo MDS, informa que a Política Nacional de Assistência Social considera como serviços de proteção social básica aqueles que potencializam a família como unidade de referência, visando a convivência, a socialização, o acolhimento e o protagonismo dos usuários. “Esses serviços devem ser prestados, preferencialmente, em unidades próprias dos municípios, levando-se em conta a importância da articulação das três esferas governamentais (municipal, estadual e federal). A coordenação e as normas gerais cabem ao governo federal, enquanto a coordenação e a execução dos programas ficam a cargo de estados, Distrito Federal e municípios”, explicita o documento. Dentro do CRAS, a equipe obrigatória é formada por assistente social, psicólogo, e, a depender do porte, pode-se aumentar o número de profissionais.

Programas

A maior parte das pessoas acredita que o trabalho nos Cras é resumido à “inscrição para o Bolsa Família”, mas a verdade é que, para além dos programas de transferência de renda, que acontecem por meio da inscrição no Cadastro Único (CadÚnico), os Centros de Referência podem atuar junto à comunidade em diferentes frentes, além de se articularem com outros programas e políticas. Edna Ferreira, diretora do Cras Mangueira, no município do Rio de Janeiro, reforça o fato do Centro ser a porta de entrada para demandas sociais do território. “Sempre que a pessoa chega neste espaço, ela passa, primeiramente, por uma entrevista com o assistente social. Nesse atendimento são levantadas todas as demandas, sobre transferência de renda, se a pessoa tem vulnerabilidade no trabalho, se tem as do-

documentações completas, demandas de habitação. Tem todo um prontuário, que a gente chama de sumário social, que inclui o endereço e a composição familiar. Mesmo quando a pessoa vem pelo CadÚnico, ela passa antes pelo serviço social”, conta. A diretora também fala sobre a busca ativa no território. “Fazemos buscas e trabalhamos em conjunto com uma rede, porque o Cras não consegue avançar se não fizer um trabalho junto à rede intersetorial”, diz.

Nos Cras, os cidadãos podem contar com o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), além de se inscreverem no CadÚnico para acessar os programas sociais do Governo Federal, como o Bolsa Família. Edna explica que as famílias inscritas no Paif apresentam grande vulnerabilidade, como por exemplo, casos de violência contra mulheres e adolescentes com problemas com álcool e/ou outras drogas. Ou ainda, dificuldade de acessar o sistema de saúde, quando se faz necessário o contato com a Clínica da Família da área. “Também damos informações, conscientizamos sobre direitos, a importância da saúde da mulher, da vacina, desmistificando os boatos, as fake news. Costumamos dizer que há usuários que acompanhamos e outros que nos acompanham”, relata.

A diretora do Cras Mangueira conta também que o CadÚnico é o carro chefe do Cras atualmente, por conta da demanda de transferência de renda, especialmente após a pandemia de Covid-19, mas que outros serviços fundamentais são oferecidos no espaço. “Nos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por

exemplo, oferecemos o serviço de convivência para as crianças, no contraturno da escola. Avaliamos que isso é muito importante para as crianças porque ali são trabalhadas questões como racismo, etnia, direito das mulheres e vários outros assuntos”, conta.

Já o Bolsa Família precisa atender uma série de condicionais além da renda, ou seja, fatores que devem ser cumpridos na área da Saúde, Educação e Assistência Social, que têm como objetivo garantir o acesso da população a políticas públicas de forma transdisciplinar, fornecendo mais condições para a melhoria de condições de vida do cidadão, tais como o acompanhamento do pré-natal, do estado nutricional das crianças menores de sete anos; do calendário nacional de vacinação, para crianças de quatro a cinco anos; frequência escolar mínima de 60% e 75%, para beneficiários de seis a 18 anos incompletos que não tenham concluído a educação básica.

Simone destaca que a assistência social trabalha com uma parte concreta, como a solicitação de benefícios eventuais para sua sobrevivência, mas há ainda a parte intangível, que têm a ver com as relações. “É muito difícil que alguém bata na porta do Cras e diga ‘Simone, eu estou aqui porque eu estupro meu filho’. Primeiro, as pessoas não falam. Segundo, na maioria das situações de violência, as pessoas têm muito receio de explicitar imediatamente. Precisa de todo um trabalho para que os nossos usuários tenham confiança de nos dizer suas necessidades e problemas que estão vivendo. Mas a pessoa conta com o Paif, que é um serviço importante, conta com o serviço de convivência, que é quan-

do se identifica que numa família as relações estão esgarçadas ou violentas. Então, há uma intervenção do nosso serviço de convivência para idosos, crianças, adolescentes”, explica. E complementa: “O Suas também tem os serviços especializados. Tem o serviço que trabalha com as famílias, com crianças e adolescentes que têm medidas de proteção do sistema de justiça, medidas de liberdade assistida, pessoas em situação de rua, pessoas com discriminação. Também, se for preciso afastar da convivência familiar e comunitária, temos serviços que acolhem e recebem as pessoas para dormir, passar um tempo lá, até que a situação de violência no território ou na família seja equacionada. São várias ofertas, mas as pessoas conhecem, de fato, apenas a parte mais tangível”, diz.

Dados

A diretora de Proteção Social Básica do MDS explica que o registro administrativo de todos os usuários que procuram o CadÚnico é feito pelos municípios, mas a informação chega até o Ministério. A partir daí, o próprio município pode utilizar esses dados, mas o MDS devolve isso para o município em forma de dados. “Não só temos o prontuário eletrônico que os municípios utilizam, mas o registro mensal de cada atendimento realizado. O Suas faz um censo todo ano. Temos uma área de vigilância porque esses registros são muito importantes. Se para o SUS o diagnóstico é feito com exames laboratoriais e clínicos, na assistência social o diagnóstico é feito com informação”, explica.

Simone ressalta que esses elementos são fundamentais para se saber quantas crianças estão em situação de trabalho infantil, quantas famílias solas existem, quantos idosos vivem sozinhos, por exemplo, pois essas informações são necessárias para que se possa pensar em proteção proativa. “Os técnicos do Cras não podem ficar lá esperando porque essas situações não vão aparecer com facilidade na porta dos Cras, por isso, buscamos ativamente na área também. Nossos serviços procuram as situações de desproteção e identificamos essa situação por meio dos registros administrativos que os municípios fazem. Trazemos para cá e usamos isso para a busca ativa”, complementa. Segundo ela, há uma forte interlocução entre governo federal e municípios. “É fundamental. Por isso é tão perverso você romper com o pacto federativo. Nós trabalhamos com as necessidades das famílias

e não é possível fazer desenhos de programas e serviços federais para o Brasil inteiro sem que eles tenham aderência com o território, com as necessidades locais. Isso não funciona”, afirma.

Desafios e possibilidades

Um dos desafios atuais dos Cras é a verba aplicada nesses equipamentos. Além das questões de recursos materiais, as entrevistadas falam da necessidade de se aumentar as equipes. A gestão de recursos para os Cras se dá em três esferas: um cofinanciamento do governo federal, além da participação de municípios e estados. “Esse financiamento é usado para pagar os recursos humanos. A legislação autoriza que o município pode gastar o dinheiro com recursos humanos, na oferta do Paif. Então, cada Cras tem, obrigatoriamente, que ofertar o Paif para fortalecer a função protetiva das famílias. Isso está na Loas [Lei Orgânica de Assistência Social, nº 8.742/93]”, conta a diretora de Proteção Social Básica do Governo Federal.

Além disso, a acessibilidade é outro fator problemático em muitos Centros, localizados em ladeiras ou em espaços de difícil acesso. A diretora do Cras Mangueira relata uma experiência que tem sido benéfica: a descentralização no atendimento do CadÚnico. “Temos um pólo na Rocinha (no município do Rio de Janeiro), que vai fazer o cadastro de famílias que moram em outros bairros. Esses polos serão um avanço porque poderemos fazer um atendimento melhor e visitar mais famílias. Descentralizando isso, poderemos fazer um acompanhamento muito mais qualificado”, conclui. ●

20 ANOS DA CRIAÇÃO DO



FOME

ZERO

Há 20 anos, em 2003, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que estava em seu primeiro mandato, lançou o Fome Zero, programa que unia medidas emergenciais e estruturais a fim de acabar com a insegurança alimentar no Brasil. A urgência tinha razão de ser: dados da Fundação Getúlio Vargas (FGV), de 2002, estimavam o exorbitante número de 45 milhões de pessoas vivendo em situação de miséria no país.

O Fome Zero era organizado em quatro eixos: acesso aos alimentos, fortalecimento da agricultura familiar, geração de renda e articulação, e mobilização e controle social. Dentre as diversas estratégias para geração de oportunidades, estavam incluídos o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pro-naf), o Programa Nacional de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA), o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), criação de restaurantes populares, cozinhas comunitárias, construção de

cisternas de captação de água da chuva, entre outros. Além desses, foi criado o Bolsa Família, programa de transferência de renda, que acabou por abarcar o Fome Zero, em 2004.

E, se em 2014, as manchetes dos principais jornais do país noticiavam a saída do Brasil do Mapa da Fome - levantamento que indica que mais de 2,5% de determinada população enfrenta falta crônica de alimentos, em 2022, o país retornou ao Mapa. Diversos fatores levaram a essa situação como a extinção do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) e do Bolsa Família, substituído pelo Auxílio Brasil, assim como os reflexos econômicos da pandemia de Covid-19. Em 2023, o desafio é ainda maior: há 65 milhões de pessoas que se encontram em situação de insegurança alimentar. Embora o Fome Zero agora faça parte deste escopo maior que é o Bolsa Família, 20 anos depois, seu lema ainda é emergencial.

Já pensou em ficar sabendo de tudo que acontece na Poli em tempo real?

Nas nossas **redes sociais**, você pode acompanhar diariamente todas as **novidades** sobre a Escola, informações sobre saúde, trabalho e educação, além de destaques da área Educação Profissional em Saúde!

40K

Somados, nossos perfis no **Instagram** (@epsjv_fiocruz), no **Facebook** (@EPSJVFiocruz) e no **Twitter** (@EPSJVFiocruz), já contam com quase **40 mil seguidores!**

Siga nossas redes para ficar por dentro do dia-a-dia na Poli: cursos e seus calendários de inscrição; notícias; reportagens; publicações científicas; projetos; trabalhos e pesquisas. E você ainda conhece quem são os **trabalhadores e estudantes** que transformam a nossa Escola em um espaço de **produção da ciência** seguindo os princípios da **educação politécnica antirracista** todos os dias.

Venha conhecer mais nosso trabalho!