

revista

poli saúde
educação
trabalho

Ano X — Nº. 56 — mar./abr. 2018



Mala Direta
Básica

9912340195/2013-DR/RJ

Fiocruz



QUE VIGILÂNCIA PARA QUE SAÚDE?



30 ANOS DO SUS
A Saúde (e o Brasil)
antes do SUS

ENTREVISTA

Marcia Valéria Morosini analisa o programa que vai formar ACS e ACE em técnico de enfermagem

EDUCAÇÃO

Movimentos sociais organizam Conferência Popular



Conheça o

Poli

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

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

www.epsjv.fiocruz.br

Ano X - Nº 56 - mar./abr. 2018

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

Editora

Cátia Guimarães

Repórteres

Ana Paula Evangelista / André Antunes / Cátia Guimarães / Maíra Mathias

Repórter (Portal EPSJV)

Katia Machado

Projeto Gráfico

José Luiz Fonseca

Diagramação

José Luiz Fonseca / Marcelo Paixão / Maycon Gomes

Capa

José Luiz Fonseca

Mala Direta e Distribuição

Valéria Melo / Tairone Cardoso

Coordenador de Comunicação, Divulgação e Eventos

Cátia Guimarães

Comunicação Interna

Julia Neves / Talita Rodrigues

Editora Assistente de Publicações

Gloria Carvalho

Assistente de Gestão Educacional

Solange Maria

Tiragem

12.000 exemplares

Periodicidade

Bimestral

Gráfica

Edigráfica

Conselho Editorial

Alexandre Moreno / Ana Lúcia Soutto Mayor / Anakeila Stauffer / Andrea de Oliveira / Bianca Borges / Carlos Maurício Barreto / Daniel Groisman / Etelcia Moraes Molinaro / Filipe da Silva Santos / Gilberto Estrela Santiago / Ieda Barbosa / José Orbílio de Souza Abreu / Júlia Barcelos Bittencourt / Leandro Nardaccio / Luciana Maria da Silva Figueirêdo / Marcio Rolo / Marise Nogueira Ramos / Sérgio Ricardo de Oliveira

PANORAMA

2

RADAR DOS TÉCNICOS

3

CAPA

Por uma vigilância em saúde integral 4

30 ANOS SUS

Antes do SUS 14

ENTREVISTA

Marcia Valéria Morosini - 'O Profags é um retrocesso' 20

CONAPE

Políticas de educação em disputa 24

DESIGUALDADE DE GÊNERO

Menos pra elas 29

DICIONÁRIO

Gênero 31



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

Endereço

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

Assine Nosso Boletim pelo site www.epsjv.fiocruz.br



Ipea analisa proposta de Plano de Saúde Acessível

Nota técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), divulgada em fevereiro de 2018, analisa as possíveis implicações da proposta de Plano de Saúde Acessível do Ministério da Saúde (MS). O documento do especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto, Edvaldo Batista de Sá, examinou o arcabouço regulatório da proposta e a promoção de cobertura privada como estratégia para controlar gastos e melhorar acesso no sistema público de saúde. Segundo a nota, “a proposta de plano de saúde acessível, além de segmentar ainda mais o sistema de saúde e exacerbar os problemas de equidade existentes, tem pouca probabilidade de atingir os objetivos declarados de ajudar a controlar gastos em saúde e melhorar o acesso no SUS”.

No que tange ao arcabouço regulatório, Edvaldo elencou as regras propostas, as intenções e prováveis consequências indesejadas, concluindo que a regulamentação tem como objetivo a racionalização da assistência, com maior controle de seu uso e redução de custos para as operadoras, mas alerta que essa redução pode acontecer “à custa de barreiras ao acesso a cuidados necessários por parte dos segurados e à transferência de riscos e custos tanto para os segurados, o que cria a possibilidade de gastos catastróficos, especialmente considerando as condições econômicas da população-alvo da proposta, como para o SUS”. Segundo o documento, a proposta parece ter sido motivada pela perda de mercado das seguradoras. “Adicionalmente, a proposta de mudança no arcabouço regulatório, ao tornar os planos acessíveis extremamente vantajosos para as operadoras, cria o risco de que as mesmas deixem de comercializar as modalidades existentes, como acontece com os planos individuais que são mais favoráveis ao segurado e não são mais comercializados pelas grandes operadoras, ou aumentem o valor de venda desses produtos para preços impraticáveis”, escreve o pesquisador.



Acordo internacional sobre controle de armas é aprovado pelo Senado

Aprovado no dia 8 de fevereiro pelo Plenário do Senado, o Tratado sobre Comércio de Armas da Organização das Nações Unidas, assinado em 2013 pelo Brasil em Nova York, obriga as partes a adotar medidas jurídicas e administrativas para o controle de transferências internacionais de armamentos, bem como de suas munições. Isso inclui o estabelecimento de listas nacionais para ao menos oito categorias de armas: tanques e veículos de combate blindados; sistemas de artilharia de grande calibre; aeronaves; helicópteros de ataque; navios de guerra; mísseis e seus lançadores; armas pequenas; e armamento leve. Trata-se de padrões mínimos que devem ser observados pelas partes no controle de exportações, de modo a prevenir ou minimizar impactos negativos de transferências internacionais de armas. O tratado sobre comércio de armas foi aprovado pelo Projeto de Decreto Legislativo (PDS) 243/2017. Em 22 de fevereiro, o coordenador da Frente Parlamentar em Defesa da Segurança Pública, deputado Alberto Fraga (DEM-DF), anunciou o desejo de colocar em pauta no Plenário o Projeto de Lei (PL) 3722/12, do deputado Rogério Peninha Mendonça (PMDB/SC), que revoga o Estatuto do Desarmamento (Lei 10.826/03). A proposta foi aprovada em comissão especial em 2015.



Desmatadores recebem anistia do STF

O Supremo Tribunal Federal (STF) encerrou em 28 de fevereiro, com o voto do ministro Celso de Mello, o julgamento sobre 22 temas do Código Florestal (Lei 12.651/2012), incluindo a anistia a crimes ambientais cometidos antes de 2008, que foram questionados em cinco ações que chegaram ao Supremo após a última reformulação da lei, em 2012. A maior parte do novo Código Florestal, bem como o perdão aos desmatadores, foi considerada constitucional pela maioria dos ministros, sob a justificativa de que o benefício não é uma anistia, já que os proprietários continuam sujeitos à punição caso descumpram os termos acordados na regularização da área desmatada. O ministro Celso de Mello, por exemplo, entendeu que o dispositivo em questão não traduz conteúdo arbitrário e nem compromete o regime de tutela constitucional em tema de meio ambiente. A Advocacia-Geral da União (AGU) também defendeu a constitucionalidade das regras do novo Código Florestal e sustentou que “não há anistia, mas, sim, a conversão da multa pecuniária em prestação de serviços ambientais e apenas no caso de a reparação pactuada ter sido integralmente cumprida”.

Em entrevista à Agência Câmara Notícias (1/3), o deputado Chico Alencar (PSOL-RJ) observou que a decisão do STF premia aqueles que historicamente desmataram. “O Código, quando aprovado, já tinha esse viés de conciliar um pouco com os desmatadores na linha ‘daqui para frente, tudo vai ser diferente’. Eu reconheço que há mais cobrança a áreas de proteção permanente, à reserva legal. Mas os índices de desmatamento sempre são instáveis. Às vezes, recuam; às vezes, avançam. Essa instabilidade mostra que ainda não temos um arcabouço jurídico e uma cobrança judicial adequados para fazer a preservação ambiental”, disse.



ARQUIVO

PROFAGS, A QUEM INTERESSA?

O edital do Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (Profags), do Ministério da Saúde, instituído pela Portaria nº 83/2018, foi publicado a despeito das muitas críticas ao programa – que pretende oferecer uma formação em enfermagem para dois profissionais distintos (agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias) cujas áreas têm, cada uma, seu próprio curso técnico – no dia 19 de fevereiro. O documento traz as orientações para o credenciamento de “empresas” interessadas em executar o curso de formação técnica em enfermagem para agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias, em um prazo de dois anos (1.800 horas-aula), na modalidade presencial ou semipresencial. A proposta, segundo o Ministério da Saúde, é qualificar cerca de 250 mil agentes em todo o Brasil, buscando ampliar a atribuição desses profissionais como parte da nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Para tanto, a pasta destinará R\$ 1,25 bilhão, estabelecendo um valor de R\$ 5 mil por aluno, fixo e irrecorrível.

Com o lançamento do edital, além das críticas que vinham sendo feitas por várias entidades, entre elas a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs) e a Federação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e de Combate a Endemias (Fenasce), surgem novos questionamentos como, por exemplo, o fato de o texto não privilegiar em nenhum momento as instituições públicas, em especial aquelas que compõem a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), que têm larga experiência na formação de trabalhadores já inseridos no sistema de saúde. O documento diz que podem participar instituições públicas e privadas, devidamente autorizadas pelo Conselho Estadual de Educação, sem nenhuma distinção ou preferência, fazendo referência na totalidade do documento ao termo “empresa”. Outro ponto de indagação diz respeito à formação na modalidade semipresencial, que o edital apresenta como alternativa. “A formação técnica em enfermagem semipresencial já havia sido considerada pela RET-SUS inadequada, bem como pelos conselhos Federal e regionais de Enfermagem (Cofen e Corens)”,

lembrou a diretora da ETSUS Vitória e representante da Região Sudeste na RET-SUS, Sheila Cruz. Ela revelou ao Portal EPSJV que a escola e os espaços colegiados do município de Vitória já estão discutindo meios para impugnar o edital e revogar a portaria do Profags.

A diretora da Escola Técnica do SUS de Blumenau e representante da Região Sul na RET-SUS Claudia Lange lembrou também que garantir o estágio em instituições públicas – que é o campo de trabalho dos ACS e ACE que farão o curso – requer exigências, como a de ter um enfermeiro supervisor. Além disso, segundo ela, o valor disponibilizado no edital não cobriria todos os custos de um curso técnico em enfermagem, incluindo os gastos com campos de estágio, seguro obrigatório, materiais didáticos e custos com coordenação. Para Claudia, a qualidade do ensino oferecido está em xeque, já que o estágio obrigatório pode ser realizado por escolas “não idôneas”, de forma não presencial, o que contribuiria para uma formação de técnicos em enfermagem sem habilidades e competências para sua atuação mesmo nessa área.

Para Luiz Cláudio de Souza, presidente da Fenasce, a proposta atende aos interesses privados, em detrimento das escolas de saúde pública. “Eles querem fazer o curso em tempo recorde, e sabemos que as escolas de saúde pública do país não teriam essa capacidade de formar várias turmas”, observou, salientando ainda que se trata de um projeto “arquitetado desde a formação da [nova] PNAB”.

REFERÊNCIA NA FORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) iniciou em março o processo formativo de duas turmas do Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU). Com carga horária de 1.440 horas, a formação está organizada em atividades teórico-práticas – que, além de aulas, incluem visitas técnicas e estudos de caso –, trabalho de campo e estágio. Os 65 alunos são agentes de combate a endemias (ACE) da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro e atuam, em sua maioria, na Estratégia Saúde da Família. O professor-pesquisador da EPSJV, Felipe Bagatoli, que divide a coordenação do curso com as professoras-pesquisadoras da Escola Politécnica Edilene Pereira e Priscila Almeida, revela que o CTVISAU está estruturado em quatro unidades

de aprendizagem, constituídas por 11 módulos temáticos que comportam as grandes questões do campo da saúde coletiva. Os temas são articulados por um trabalho de investigação no campo, que busca por meio do processo de territorialização caracterizar as condições de vida e saúde, a história do lugar, a cultura, os problemas e as potencialidades do território.



POR UMA VIGILÂNCIA EM SAÚDE INTEGRAL

Primeira Conferência sobre o tema busca estabelecer uma Política Nacional de Vigilância em Saúde para o Brasil

Ana Paula Evangelista

Comprar uma carne no açougue pode parecer uma ação muito comum e talvez você nem pense, de imediato, em todos os processos pelos quais essa carne passou até chegar à sua mesa. Como por exemplo, os cuidados sanitários para garantir a qualidade do produto, o monitoramento ambiental das fazendas, a fiscalização das condições de trabalho nos frigoríficos. Tudo isso compõe o campo da Vigilância em Saúde, que está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e a mecanismos adotados para prevenção de doenças. E foi para construir uma política nacional para essa área que duas mil pessoas se reuniram em Brasília entre os dias 27 de fevereiro a 2 de março na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.

Englobando procedimentos que envolvem o conhecimento da população e do território de atuação (para análise da situação de saúde), a identificação e priorização dos problemas encontrados nesse território, o desenho de estratégias de solução e controle desses problemas e ainda o acompanhamento e avaliação dessas ações, o campo da vigilância em saúde se tornou um braço importante do Sistema Único de Saúde (SUS) principalmente no que tange à informação para redução de riscos de doenças e promoção da qualidade de vida. E todo esse trabalho se estrutura a partir de quatro ‘subcampos’ de atuação: vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador.

“Mas na verdade tudo está junto”, explica Maurício Monken, professor-pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), ressaltando que essa concepção de vigilância em saúde é um das mais conhecidas teoricamente, embora na prática nem sempre funcione assim. Eis aí o grande desafio.

Histórico

Historicamente essa área está relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e aos mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das doenças, como explica Monken. “No final da Idade Média, a vigilância surge num contexto de isolamento, da quarentena dos doentes e havia uma influência religiosa. Adoecer de lepra, por exemplo, era um pecado. Suas primeiras práticas estavam relacionadas à medicina de reclusão, que prevalece até o século 17”, explica o pesquisador. Outro esquema que ele chama de “médico-político” foi estabelecido contra a peste bubônica. Nele, a quarentena, baseada na análise minuciosa da cidade, no registro permanente da saúde e da doença sobre o espaço demarcado, dividido, inspecionado, constitui não mais um modelo religioso, mas militar.

O desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e o advento da bacteriologia, em meados do século 19, resultaram no aparecimento de novas e

mais eficazes medidas de vigilância, entre elas a vacinação, iniciando uma nova prática de controle das doenças, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em saúde coletiva. Surge, então, na saúde pública, o conceito de vigilância, definido pela específica - mas limitada - função de observar contatos de pacientes atingidos pelas denominadas doenças pestilenciais. A partir da década de 1950, o conceito deixa de ser aplicado no sentido da observação de contatos de doentes para ter significado mais amplo: o de acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle. A metodologia aplicada pela vigilância, nesse novo conceito, incluiu a coleta, análise contínua e divulgação de dados relevantes: quantas pessoas adoecem no Brasil, de que elas morrem, por que adoecem e onde vivem, por exemplo.

No Brasil, a trajetória da vigilância herdou as influências europeias. As primeiras ações datam do período colonial: em 1561, quando a varíola chegou ao país, e em 1685, com os casos de febre amarela em Recife. “Nesse período, os serviços de saúde, organizados precariamente, preocupavam-se com as doenças pestilenciais. A prática médica era baseada em conhecimentos tradicionais e não científicos. A estratégia de controle utilizada na época baseava-se no afastamento ou no confinamento dos doentes nas Santas Casas de Misericórdia, cuja função era mais assistencial do que curativa”, conta Monken. Com a chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, incorporou-se por aqui a prática denominada de Polícia Médica, originária da Alemanha do século 18, que propunha a intervenção nas condições de vida e saúde da população, com o propósito de vigiar e controlar o aparecimento de epidemias. Era uma espécie de vigilância da cidade, que controlava as instalações de minas e cemitérios, o comércio do pão, vinho e carne. No ano seguinte, no decreto de criação do Cargo de Provedor Mor da Saúde da Corte, de 28 de julho de 1809, já aparece a palavra vigilância, baseada na noção de contágio e prevendo medidas de isolamento para as embarcações vindas de áreas suspeitas de peste ou doenças contagiosas, bem como controle sanitário sobre as mercadorias a bordo.

Aos poucos, a medicina higienista começava a ganhar força e a pautar o planejamento urbano da maioria das cidades. Os problemas de saúde que aparecem como preocupação maior do poder público são as endemias e as questões gerais de saneamento nos núcleos urbanos e nos portos. “Esse caráter higienista tinha como objetivo limpar o meio para atacar os males, os chamados miasmas. Antes de haver a descoberta dos microrganismos, dos vírus, das bactérias, achava-se que em áreas com muita poluição havia maus ares. Sob essa ótica, muitos erros foram cometidos”, explica Maurício Monken. Ele cita como exemplo clássico o aterramento de áreas pantanosas, principal-

mente na cidade do Rio de Janeiro. “A medicina higienista influenciou diretamente a legislação sanitária brasileira, incluindo as campanhas de Saúde Pública contra a febre amarela e a peste bubônica, no final do século 19 e início do século 20, encabeçadas pelo médico sanitário Oswaldo Cruz (1872-1917). “As medidas gerais destinadas à higiene urbana caracterizavam-se pela utilização de medidas jurídicas impositivas de notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária em geral”, explica o professor-pesquisador da EPSJV.

Após a Segunda Guerra Mundial, a Campanha de Erradicação da Varíola (1966-1973) aparece como marco da institucionalização das ações de vigilância, com a criação do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças. Além disso, a 21ª Assembleia Mundial da Saúde, de 1968, discutiu a aplicação da vigilância no campo da saúde pública, o que resultou em uma visão mais abrangente desse campo, com recomendação para que ele envolvesse não só o controle de doenças transmissíveis, mas também outros eventos adversos à saúde. Monken lembra também da instituição, em 1975, do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (Lei 6.259/75 e Decreto 78.231/76), por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde. Em 1976, foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, que definiu a organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. A vigilância ambiental começou a ser pensada e discutida a partir da década de 1990, especialmente com o advento do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VigiSUS). Nesse momento, o Brasil adota oficialmente a definição de Vigilância em Saúde nas práticas de monitoramento e ações realizadas pelo país. “Esse conceito de vigilância em saúde amplia a ideia de não vigiar apenas a doença, e sim monitorar o problema de saúde. Mas essa ideia da vigilância em saúde é algo que está em construção”, explica Maurício Monken.

Construindo a política

E esse processo de construção é realmente longo. Apenas agora em 2018 foi realizada a primeira Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, espaço em que segmentos de trabalhadores, usuários e gestores poderiam discutir e formular uma política para essa área. “Foram dois anos para sistematização dos trabalhos, com 28 anos de atraso. Ou seja, com certeza, a força social e política na defesa do que foi contratado lá na Constituição sobre o sistema de saúde vai ser outra depois dessa conferência”, disse Ronald dos Santos, presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ele destacou ainda que a marca dessa conferência foi a “identidade nacional”, por conseguir incluir na mesma discussão o problema do morador de rua, do morador do Amazonas, da fronteira, da cidade, do campo, da população negra... “Conseguimos que as diversas dores

e os diversos sonhos da mais diversa característica da população brasileira tivessem expressão”, resumiu.

Com o tema central ‘Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS) Público de Qualidade’, a conferência objetivou construir uma política de fortalecimento das ações de promoção e proteção à saúde dos brasileiros. O processo de preparação para a etapa final da 1ª CNVS teve início em julho de 2017, quando começaram a acontecer as etapas municipais, territoriais, estaduais e livres em todo o país. Os delegados, participantes livres e convidados construíram coletivamente o Relatório Nacional Consolidado com as diretrizes para Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). “Elencamos três palavras-chave para mobilizar a sociedade brasileira, que são a proteção social, a democracia e a construção de uma política nacional de vigilância em saúde. Mesmo passados 30 anos da consolidação do SUS, nós ainda não havíamos conseguido debater com a sociedade brasileira essa questão central” afirmou Ronald.

Um dos desafios dessa Política de Vigilância em Saúde será a superação de um sistema fragmentado. Atualmente, a Vigilância em Saúde no Brasil é organizada por dois sistemas que coordenam toda a área: Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. “E isso é um problema”, afirma Lia Giraldo, pesquisadora aposentada do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco, que explica o processo de organização da vigilância epidemiológica. “Na década de 80 foi iniciado um programa de treinamento básico em vigilância epidemiológica em São Paulo e depois se estendeu a todo Brasil, em uma série histórica muito importante. A preocupação na época era criar um sistema nacional e fazê-lo integrado. Muitos de nós acreditávamos que se partíssemos dos códigos sanitários renova-



dos municipais, estaduais e nacional era possível dar sustentação legal para as ações de vigilância”.

Mas isso não aconteceu. Segundo a pesquisadora, a prioridade do Movimento da Reforma Sanitária, que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde e no trabalho político de participação na Assembleia Nacional Constituinte, foi especialmente a organização de um sistema de saúde integrado com foco na garantia do acesso e da atenção à saúde nos diversos níveis. Com isso, diz, as questões da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária ficaram em segundo plano. “Houve pouca normatização para mudança no modo operacional dessas vigilâncias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Permaneceram praticamente no mesmo modelo vertical e burocrático. Com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a vigilância sanitária ficou ainda mais externa ao sistema. A Vigilância Epidemiológica continuou ainda por muitos anos sob comando do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), que era competência da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão bastante conservador frente às

ideias do SUS e que sofria e ainda sofre muita interferência política, além de sua herança institucional das velhas estruturas de saúde pública relacionadas ao controle de endemias, que vem da ideia de sermos um país das doenças tropicais. Mesmo diante de um quadro epidemiológico complexo em que não houve a transição epidemiológica, em que o país acumula as doenças tanto da pobreza como aquelas decorrentes da industrialização e da urbanização, vemos manterem de forma predominante o modelo herdado das doenças infecciosas e parasitárias do começo do século, exceto no caso da AIDS, que incorporou elementos novos, especialmente o conceito de vulnerabilidade no processo de fazer a vigilância em saúde”, explica.

Foco no financiamento

O último ato da Conferência foi a votação do Relatório Nacional Consolidado, que resultou em 170 propostas que contemplam ações das vigilâncias ambiental, em saúde do trabalhador, epidemiológica e sanitária. Espera-se que essas diretrizes orientem as ações do Ministério da Saúde nos próximos anos. No entanto, apesar da relevância da efetivação de uma Política Nacional de Vigilância em Saúde, o espaço da Conferência foi atropelado pela preocupação com o desmonte do Sistema Único de Saúde como um todo. Temas como os das arboviroses - que têm se destacado como problemas de saúde pública e da vigilância no Brasil, com as sucessivas epidemias ou surtos de dengue, zika, chikungunya e agora febre amarela silvestre -, e a violência no trânsito - que é a primeira causa de morte entre 15 e 29 anos, com 37.306 óbitos e 204 mil pessoas feridas só em 2015 - ganharam destaque no documento de propostas, mas não foram protagonistas do evento. Até mesmo a histórica - e criticada - fragmentação da área foi relacionada principalmente aos cortes na saúde. “Nunca houve um debate sobre a vigilância no país e essa conferência aparece como uma grande oportunidade em um momento, inclusive, curioso, pela própria ameaça de desmonte da saúde pública. A vigilância está no meio dessa história toda. Nos lugares em que eu fui falar sobre esse tema, parece até meio estranho ficar falando da construção de uma área, já que é algo que está arriscado a não existir mais: o próprio SUS”, conta Monken.

Ao todo, 29 moções foram votadas pelos participantes. Dentre elas, teve destaque a moção de apoio à Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) contra a Emenda Constitucional 95, que congela por 20 anos os investimentos federais. O objetivo é que a emenda seja revogada para que o Estado garanta o financiamento adequado e suficiente das ações e serviços de saúde. “A emenda não só afeta, mas inviabiliza as políticas públicas no geral. Impacta diretamente o financiamento do SUS que, como um sistema de saúde

do Estado, precisa de investimentos permanentes para a implantação e implementação de serviços de saúde, em respeito aos artigos 196 e 200 da Constituição de 1988”, afirmou a conselheira nacional de saúde Maria da Conceição Silva, durante a conferência.

Élida Graziane, procuradora do Ministério Público de Contas de São Paulo, foi categórica no primeiro painel da conferência sob o tema ‘Vigilância em Saúde: direito, conquista e defesa de um SUS Público de Qualidade’: “Não é possível falar em defesa do SUS e da vigilância em saúde sem discutir o financiamento progressivo do Estado. Não há direito social sem dinheiro que ampare o seu custeio. Ou o direito à saúde é amparado por uma garantia de financiamento ou ele é precarizado e entregue à substituição do Sistema Suplementar”. A mudança na forma de repasse de recursos do SUS para estados e municípios, que acaba com o dinheiro ‘carimbado’ por bloco de financiamento, e a Emenda Constitucional 95/2016, foram duramente criticados pela procuradora. “A EC 95 é inconstitucional. Precisamos garantir o financiamento do SUS para que ele seja um direito universal. E é com orçamento público que se garante direitos”.

Outro olhar

O fato de a primeira conferência da área se referir à “vigilância em saúde” pode sugerir um consenso em torno desse conceito, mas isso, definitivamente, não é verdade. Pesquisadora do Centro Colaborador em Vigilância Sanitária (Cecovisa) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), Maris Mary de Seta acredita que a vigilância em saúde implementada no Brasil não funciona de forma integral, sendo apenas a reunião de áreas diferentes numa mesma estrutura organizacional. Segundo ela, cada uma delas tem um processo de trabalho distinto, usa instrumentos diferentes e conta com profissionais que se orientam com base em disciplinas diferentes. Mas ela é enfática em dizer que essa análise não significa defender qualquer tipo de fragmentação. “A questão está no que se pensa ser integração. Integração não é justaposição, mas articulação, cooperação, trabalho conjunto. E essa ideia de integração passa longe dos organogramas das secretarias estaduais e municipais de saúde”, afirma.

Assim, segundo ela, a vigilância em saúde deveria incluir apenas as áreas ambiental e epidemiológica. Já a vigilância sanitária e de saúde do trabalhador não entrariam nesse espectro. “A vigilância sanitária é por natureza intersetorial, é a que vai se dedicar à questão da qualidade e segurança dos bens, dos produtos, dos insumos. E então, ela vai se ocupar dos medicamentos, dos alimentos, é uma vigilância que não existe para estar integrada à Estratégia Saúde da Família, por exemplo”, defende. A pesquisadora acredita ainda que



Vigilância Sanitária fiscaliza o comércio na Feira de Peixinhos, para garantir a procedência dos alimentos, o bom acondicionamento e a qualidade do produto.

a vigilância da saúde do trabalhador reúne um conteúdo de atenção, de cuidado com o trabalhador, e por isso também se afasta desse conceito amplo. “Além do debate sobre o que é integração, há outra diferença, que é o processo de vigilância como atividade do Estado, que é diferente na essência do processo de cuidado. Essas pequenas diferenças é que fazem com que nós, no Cecovisa, pensemos a vigilância em saúde com uma configuração diferente”, explica.

O ponto divergente está em não considerar a vigilância em saúde um Modelo de Atenção. “Trabalhamos com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com a questão da organização, da estruturação. Eu vejo a necessidade de esse sistema continuar existindo. Hoje, nessa conjuntura adversa que o movimento sanitário vive, eu não vou, por exemplo, para uma Conferência, defender nada integrado nem fragmentado. Vou defender que não haja retrocesso para nenhuma das vigilâncias”, explica. Para a pesquisadora, se a vigilância sanitária tem que trabalhar em prol da qualidade da segurança de modo geral nos produtos e serviços, ela não tem mesmo que se aproximar da Estratégia da Saúde da Família. “Não trabalho com um modelo, mas com o concreto. Como é que a saúde vai botar o dedo na ferida das contradições entre capital e saúde nas várias vertentes, trabalho, consumo, se abrir mão de ser uma atividade de Estado?”, resume.

Maurício Monken concorda que, apesar de necessário, o modelo de vigilância em saúde não funciona como no papel. “Mas isso não pode ser um argumento que invalide esse conceito”, diz. Para ele, o conceito de vigilância em saúde é historicamente relacionado à determinação social da doen-

ça, baseada no olhar sob o território, com ações intersetoriais. “Para saber qual o problema e necessidades daquele grupo populacional, é preciso entender como eles vivem, como é produzida a saúde ou a doença ali naquele território. E isso só será possível se todas as áreas trabalharem de forma conjunta. Infelizmente a maioria das vigilâncias municipais ainda não se estrutura assim. Só monitoram o problema, não fazem intervenção”, classifica Monken.

Para exemplificar essa ação integrada, basta pensar em um local onde a Unidade Básica de Saúde está recebendo um grande número de pessoas com sintomas parecidos. A causa não foi identificada, mas a vigilância epidemiológica computou todos os números. No mesmo período, a vigilância da saúde do trabalhador atuou para garantir que os trabalhadores dessa unidade tivessem condições físicas para atender essa demanda não esperada. Por outro lado, bem perto do bairro onde esses usuários moram, tem uma fábrica que despeja produtos químicos diretamente no rio que abastece a cidade e que já foi notificada pela vigilância ambiental. Sem falar na água engarrafada vendida do mercadinho que já foi, por três vezes, fechado pela vigilância sanitária. “Se essas vigilâncias tivessem informações e ações integradas, seria muito mais fácil descobrir que os sintomas dos moradores podem estar ligados à água contaminada e a intervenção proposta seria muito mais eficaz. O território envolve todos os processos e não temos como separar isso. Está em processo, é uma luta. Não é algo concreto, mas não podemos negar a importância de considerar a integralidade”, defende Monken.

Na prática: como funcionam?

Vigilância Sanitária

Sabe aquele restaurante que foi notificado ou até mesmo fechado por não oferecer condições de higiene ideais? Ou aquele anticoncepcional que não passava de pílula de farinha? Ou até mesmo a regulamentação de um medicamento que ainda não teve sua liberação e já circula no mercado? Evitar que casos como estes ocorram compõe o conjunto de ações relativas à Vigilância Sanitária, que é responsável por garantir a qualidade de todos os bens, produtos e serviços consumidos pelos brasileiros. No caso dos bens e produtos, o controle e a fiscalização vão desde a produção até o consumo. Já os serviços fiscalizados pela vigilância sanitária incluem locais como hospitais, escolas, clubes, academias e centros comerciais e ainda inspecionam-se os processos produtivos que podem pôr em riscos e causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente. “Atualmente, as ações de vigilância sanitária incidem sobre o controle de bens de consumo relacionados à saúde em todas suas etapas e seus processos, da produção até o consumo, e do controle da prestação de serviços neste âmbito. Assim, um enorme conjunto de bens e serviços é regulado pela vigilância: medicamentos, alimentos, cosméticos, agrotóxicos, saneantes, artigos de saúde, kits diagnósticos, serviços de diálise, para citar alguns exemplos”, explica Sérgio Luiz Silva, pesquisador do Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde (INCQS).

Embora as atividades de vigilância sanitária no Brasil sejam centenárias apenas em 1999 um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária foi formalmente estabelecido, mediante a publicação da Lei 9782/99, que criou também a Anvisa. As ações de proteção e de promoção da saúde da vigilância sanitária, tal como estabelecidas na Constituição de 1988, são atribuições do Sistema Único de Saúde. Permanecem no Ministério da Saúde a formulação, o acompanhamento e a avaliação da política nacional de vigilância sanitária e das diretrizes gerais do SNVS.

Segundo Sérgio, a criação das Agências Reguladoras no Brasil, como a Anvisa, se deu no âmbito da reforma regulatória da década de 1990, e foi possível graças ao movimento de lideranças políticas e à pressão de organismos internacionais, em especial o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). O discurso político fundamentava-se na busca do ‘novo’, de instrumentos que favorecessem o “desenvolvimento econômico” e a ‘modernização do país’. “A pressão das agências internacionais foi exercida basicamente mediante incentivos ou restrições na concessão de empréstimos. Ao Brasil era cobrado que fosse um

‘Estado regulatório moderno’, como pré-requisito para desenvolver-se. Hoje o país conta com diversas agências, que regulam de água a petróleo, de saúde suplementar à vigilância sanitária”, contextualiza.

Sérgio afirma ainda que, para dar conta de tamanha atribuição, a vigilância sanitária conta com um grande, porém insuficiente, contingente de trabalhadores, que atuam nos níveis federal, estadual e, principalmente, municipal. “Ampliar a infraestrutura e a força de trabalho nos municípios, bem como aperfeiçoar a integração entre os diversos entes é uma antiga reivindicação do Sistema, conforme documentado na 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, ocorrida em 2001 e mais recentemente no Ciclo de Debates de Vigilância Sanitária, ocorrido em 2015”, explica.

Maurício Monken destaca outro aspecto: “A vigilância sanitária é até hoje fiscalizatória, punitiva, tem poder de polícia. É a única que tem esse poder, de fechar estabelecimento, por exemplo. Muitas vezes o núcleo da vigilância sanitária não fica nem dentro da área da saúde, mas no gabinete do prefeito, na secretaria da fazenda. Por quê? Porque ela arrecada, e por isso é uma área que tem muito interesse, permite também corrupção”.

Sérgio Luiz afirma que os problemas não são só no nível local. Como ocorre com outras agências reguladoras, a Anvisa tem promovido a desregulamentação de algumas de suas áreas de atuação. Como exemplo, ele cita a área de cosméticos, produtos de higiene e perfumes, em que uma grande quantidade de categorias de produtos passou a ser isenta de registro sanitário que, assim, se torna passível apenas de uma notificação on-line. “Para que se possa desregulamentar com segurança o registro sanitário é fundamental que a fiscalização e o controle da qualidade de pós-mercado sejam fortalecidos, incluída a ampliação do monitoramento laboratorial por parte dos Laboratórios Oficiais, o que não vem ocorrendo”, denuncia Sérgio. Para o pesquisador, os laboratórios oficiais brasileiros carecem de políticas e recursos para garantir seu papel fundamental de controle da qualidade de produtos comercializados no Brasil.

Já na área de medicamentos, a Anvisa tem sido cobrada a ampliar os programas de monitoramento laboratorial oficial, principalmente no que se refere aos medicamentos genéricos, “uma vez que o programa de monitoramento atual é singelo”, como define Sérgio. Sem contar que se tornou frequente a queda de braço entre a Agência e o Congresso Nacional do que tange à regulamentação de medicamentos e substâncias. A lei que liberou a fosfoetanolamina no Brasil, chamada de pílula do câncer, é um exemplo recente. “Isso significou, nitidamente, uma invasão do Congresso Nacional a uma atribuição que, constitucionalmente, é exclusiva do Execu-

tivo e que, no Executivo, é delegada à Anvisa. Ela é ruim para a população brasileira duplamente. Primeiro porque corre o risco de colocar para serem comercializados produtos sobre os quais não se tenha avaliação de segurança e eficácia, ou seja, há um risco sanitário flagrante. E segundo, porque põe em xeque a credibilidade do que é feito no país. Quem vai importar um medicamento do Brasil, se tem a dúvida sobre se aquele medicamento foi registrado pela Anvisa ou autorizado diretamente pelo Congresso? Isso desmoralizaria qualquer medicamento brasileiro”, afirma Jarbas Barbosa, diretor-presidente da Anvisa. Segundo ele, além de projetos autorizando medicamentos ou sustando proibições determinadas pela Anvisa, as tentativas de ingerência vêm também de iniciativas isoladas de parlamentares, que pedem preferência a determinadas empresas na fila de processos a serem analisados. De tão frequente, a agência já tem uma resposta padrão para enviar a deputados e senadores.

Outra área de disputa por dentro da Anvisa é a regulação de agrotóxicos. “Pouquíssimos laboratórios oficiais têm os recursos necessários para realizar a detecção de resíduos de agrotóxicos em alimentos e os que têm lutam com dificuldade para manter-se realizando ensaios. Além disso, reavaliações toxicológicas de ingredientes ativos, realizadas pela Fiocruz, têm demorado anos para serem publicadas, ou mesmo deixam de sê-lo”, alega Sérgio. Para ele, os programas de monitoramento de alimentos, que deveriam ser tomados como base pela agência para a ampliação em outras áreas de atuação, uma vez que monitoram parâmetros relevantes para a saúde pública, como os contaminantes orgânicos e inorgânicos, passam constantemente por turbulências e questionamentos dentro do próprio SNVS.

Jarbas discorda e reforça que a Anvisa tem se posicionado fortemente contra qualquer tentativa de enfraquecimento do papel da Agência. “Há projetos de lei, deslançados pela bancada ruralista, [sobre os quais] já nos manifestamos muito claramente. Somos contra, por exemplo, qualquer proposta de eliminar a Anvisa ou o Ibmama da avaliação de agrotóxicos, porque em qualquer país civilizado do mundo o uso de agrotóxicos tem que ser visto do ponto de vista do interesse da agricultura”, enfatiza. E ainda acrescenta: “Sem isso, nós vamos retroagir algumas décadas e eu creio que não é bom nem para a agricultura e muito menos pra população brasileira”. Sobre o enfrentamento com a tentativa de desregulação por parte da bancada ruralista, o pesquisador André Burigo, da EPSJV, concorda inteiramente com Jarbas, mas pondera que, ainda que a agricultura também se beneficie desse esforço, o interesse principal que deve orientar as decisões, nesse caso, é a defesa da saúde da população e do meio ambiente em relação aos impactos dos agrotóxicos.

Vigilância Epidemiológica

Na mesma esteira dos desafios da vigilância sanitária, que estão atravessados por interesses políticos e econômicos, a vigilância epidemiológica também esbarra em obstáculos. Em tese, sua função é reconhecer as principais doenças de notificação compulsória e investigar epidemias que ocorrem em territórios específicos. Além de coleta, análise e divulgação de informações de fatores que influenciam a saúde, como tétano e sarampo, ou de interesse epidemiológico, como diabetes ou hipertensão. Essas ações devem auxiliar na elaboração de estratégias para a prevenção e o controle desses agravos, como a vacinação e a oferta de remédios gratuitos nos postos de saúde. Também faz parte das ações a investigação de epidemias, como, recentemente, a dengue, a zika e a chikungunya. “Mas a vigilância epidemiológica deveria ser mais que uma ação de monitoramento”, enfatiza a pesquisadora da Fiocruz Pernambuco, Lia Giraldo.

Para Lia, essas ações deveriam compor um sistema complexo que envolvesse o permanente acompanhamento da saúde da população no sentido de verificar como se comporta a morbimortalidade – relação entre o número de indivíduos portadores de determinada doença em relação ao total da população analisada e a estatística de pessoas mortas num grupo específico –, nos grupos populacionais, segundo suas diversas características individuais e coletivas, e também nos territórios onde vivem e trabalham as pessoas. “A vigilância epidemiológica tem a possibilidade de evidenciar, por exemplo, a ocorrência de epidemias, se existem iniquidades sociais envolvidas na causalidade das doenças, avaliar se as medidas de proteção estão sendo adequadas, entre outras ações que são fundamentais para o planejamento e gestão em saúde”, explica. No entanto, Lia afirma que esse sistema não funciona automaticamente, ele precisa de pessoal qualificado e também requer prontidão na permanente investigação e análise da incidência e prevalência das doenças. Mas, segundo ela, isso nem sempre ocorre.

Para a pesquisadora, na perspectiva da vigilância em saúde, a vigilância epidemiológica deveria avaliar os contextos de vida e de trabalho das pessoas para identificar os condicionantes que podem ser nocivos à saúde, que tornam os ambientes e as populações mais vulneráveis. Isso significaria dizer que a vigilância epidemiológica requer um modelo que não se restrinja a identificar causas ou fatores de risco de doenças, mas que necessariamente inclua o contexto social e ambiental nos territórios de vida. “É necessário muito trabalho de campo, de investigação, de análise e de proposição de ações que devem ser integradas e não ficar restritas apenas ao cuidado com o doente, ou aos aspectos da transmissão da doença ou às



Em Planaltina (DF), equipe formada por agentes da Vigilância Ambiental identifica e elimina possíveis criadouros do mosquito *Aedes aegypti*

medidas focais de contenção das epidemias”, explica. E alerta: “Esta atitude proativa requer um lócus de trabalho protegido das contingências políticas que com frequência interferem na possibilidade da ação mais ampla e integrada”.

Na prática, Lia afirma que a vigilância epidemiológica é herdeira de um modelo de causa e efeito sobre a saúde, cuja prática de investigação e atuação limita-se a uma notificação individual de casos absolutamente descontextualizados. “No caso da zika, por exemplo, começou a ter um vírus novo circulando no país no semestre de 2015. Como esse vírus também é transmitido pelo *aedes aegypti*, foi interpretado como uma dengue ‘branda’, e a própria vigilância epidemiológica fez o quê? Induziu as secretarias estaduais e municipais a tratar aquilo como tal. Portanto, o que houve foi um aumento de notificação de casos de dengue e não de zika”, explica. Segundo ela, a falta de vigilância sobre esse novo contexto fez com que o país fosse surpreendido com os casos de microcefalia associados à zika. “Isso mostra como nós temos uma vigilância epidemiológica que está centrada num modelo causalista e não contextual, que leva a uma série de erros, conceituais, de intervenção, que custa muito caro para o nosso Sistema de Saúde”.

Outro exemplo é a dengue. “Se analisarmos o comportamento epidemiológico desse agravo, veremos que ela está nos lugares onde tem maior pobreza, insuficiência de saneamento, difícil acesso aos serviços de saúde e, consequentemente maior letalidade pelos seus agravos”, afirma. No entanto, a pesquisadora lamenta que, apesar de conhecer essas informações, a vigilância epidemiológica não as leva em consideração ao propor as intervenções. “O que a vigilância epidemiológica não integrada, de modo muito setorializada, induz? Induz a focar em cima do mosquito, então o mosquito vira a causa”, critica.

Segundo a pesquisadora, essa falta de intersectorialidade é vista principalmente no afastamento entre as vigilâncias epidemiológica e ambiental.

“Considerando que toda intervenção humana que tem sido desastrosa, com desmatamentos, contaminações, alargamentos, soterramentos, criam-se esses novos contextos nocivos. Por isso se faz necessária uma vigilância de base territorial e ambiental não apenas em termos de notificação de casos – macaco morto, caso de febre amarela silvestre ou urbana diagnosticada”, enfatiza Lia. O problema, segundo a pesquisadora, é que o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde trata o que chama de risco biológico–organismo, ou substância oriunda de um organismo que traz alguma ameaça à saúde humana –, completamente separado da vigilância ambiental. “Para mim não há questão mais ambiental do que as doenças transmitidas por vetores”, diz.

A pesquisadora explica que essa integração não acontece porque não há interesse político em questionar o modelo de vigilância vigente. “O seu isolamento favorece o mercado da ‘big pharma’ [expressão que define as grandes indústrias farmacêuticas].

O controle das doenças de forma ‘causalista’ mobiliza muito dinheiro e muitos interesses econômicos não só no país como no nível internacional”, denuncia e acrescenta, referindo-se ao famoso ‘fumacê’: “Sabemos o que rola de interesse no caso do controle de dengue, que mobiliza anualmente R\$ 1,2 bilhões na compra de agrotóxico que é aplicado inutilmente há cerca de 30 anos sem resolver o problema”. Ela ainda menciona que a diminuição da densidade vetorial mediante o uso de biocidas – produtos para combater pragas ou bactérias que contêm substâncias tóxicas – vem sendo questionada pela indústria de biotecnologia interessada em introduzir o mosquito transgênico. Nesse caso, diz, se os argumentos forem suficientes para convencer a Organização Mundial da Saúde (OMS), o método certamente será introduzido no Brasil. “Este é um dado da realidade que explica por que a vigilância epidemiológica tem de permanecer em um gueto. E se formos para os agravos não-transmissíveis, aí vemos menos integração ainda”, resume.

Lia Giraldo destaca que, para sair de uma vigilância epidemiológica subordinada para uma Vigilância em Saúde integrada, é preciso se orientar por unidades de análise territorial e de grupos populacionais vulneráveis, considerando a ecologia humana e sua interdependência com outras ecologias, no caso das doenças transmissíveis, e os processos produtivos e de consumo. “Os diferenciais de vulnerabilidade, de exposição, de susceptibilidade e de efeito são importantes de serem conhecidos para as tomadas de decisão nas políticas públicas e isto deveria ser uma atribuição da Vigilância em Saúde, para a qual a vigilância epidemiológica tem uma centralidade na produção de dados e indicadores”, finaliza.

Vigilância Ambiental

Para Alexandre Pessoa, professor-pesquisador da EPSJV, o termo mais adequado para definir esse campo seria vigilância ‘em saúde’ ambiental. Isso porque, numa primeira definição, trata-se da área que gera conhecimento sobre os fatores de risco biológicos e não biológicos relacionados com o ambiente que podem trazer efeitos na saúde, produzir doenças e agravos. “No entanto, a definição mais abrangente e mais adequada é que a vigilância em saúde ambiental é um conjunto de ações que resulta num conhecimento sobre as alterações, as mudanças que ocorrem nos determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana”, define o pesquisador.

Na prática, a vigilância em saúde ambiental costuma ser fatiada em diversos programas tanto em nível nacional como estadual e municipal. Ela se materializa, por exemplo, na vigilância de populações expostas a conta-

minantes químicos, de populações expostas à poluição atmosférica e até mesmo na vigilância de saúde ambiental de fatores de risco associados aos desastres. “O escopo da saúde ambiental é muito amplo e exige uma continuidade de recursos expressivos, pois quando a vigilância em saúde ambiental está funcionando adequadamente, ela é pouco perceptível para a população de uma forma geral. Sua importância aparece exatamente quando o sistema não está devidamente estruturado”, diz.

O controle da qualidade da água é um bom exemplo, segundo ele, pois requer o fornecimento contínuo em quantidade e qualidade. Quando os padrões de potabilidade não são atendidos, imediatamente a população fica exposta à contaminação e pode com isso haver surtos epidêmicos, como aconteceu recentemente com a Hepatite A no Rio de Janeiro. “No caso da água, que tem um elemento de centralidade na vida de pessoas, o aspecto quantitativo é fundamental: se passamos por uma crise hídrica, diante de situações de emergência, com prolongamento da escassez, estresse hídrico no semiárido, obviamente a demanda da vigilância aumenta, porque a luta pelo acesso à água requererá novas fontes e essas fontes são mais vulneráveis à contaminação”, explica Alexandre Pessoa.

Também na vigilância ambiental a falta de intersetorialidade persiste e soma-se às vulnerabilidades institucionais. Para Alexandre Pessoa, a questão é que a vigilância não pode se restringir a trabalhar com a produção de dados, mas deve agir para reverter esses cenários [produtores de doenças]. E isso, em muitos casos, atinge os interesses de grandes corporações. “O território é, por excelência, um espaço de poder, de disputa de interesses e de usos. Então, o poder do Estado precisa ser materializado por meio de suas políticas públicas, caso contrário, a vulnerabilidade socioambiental se expressa de várias formas”, explica. Um exemplo importante, segundo ele, está na vigilância relacionada aos fatores das populações expostas à contaminação de químicos. E aqui voltam a cena os mesmos agrotóxicos que apareceram como nó crítico na atuação da Anvisa, lá no debate sobre a vigilância sanitária. O Brasil ocupa o 1º lugar no *ranking* mundial de consumos de agrotóxicos. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (Inca), é como se cada brasileiro tomasse um galão de cinco litros de veneno por ano. A vigilância ambiental, nesse caso, deveria atuar no monitoramento e controle de fatores de risco do meio ambiente que interferem na saúde humana. Mas não é bem assim que funciona. Pessoa explica que o controle sistemático e contínuo deveria ser baseado no Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA), que desde 2001 realiza anualmente o monitora-

mento. Mas em 2012 houve uma interrupção desse monitoramento e o relatório só voltou a ser apresentado em 2015. “O monitoramento, o controle e a fiscalização precisam ser constantes, caso contrário, amplia a vulnerabilidade. Está relacionado também com o corte de recursos orçamentários”, afirma Alexandre. Como a produção de agrotóxicos é um negócio muito lucrativo, esse é também um bom exemplo dos tais interesses privados que interferem no trabalho da vigilância ambiental.

Ele destaca ainda o trabalho feito pelo agente de vigilância em saúde – que na maioria das vezes, é chamado de agente de controle de endemias – no território como um elemento importante nesse monitoramento. “Esses trabalhadores da saúde, que são o contato direto com o território e com a população, precisam ter uma continuidade no seu processo formativo. Inclusive para que ele possa ter no seu itinerário formativo uma qualificação de técnico de vigilância em saúde. Esse também constitui um desafio para a vigilância ambiental em saúde”, diz.

Saúde do Trabalhador

A cada três horas, um trabalhador morre por acidente de trabalho no Brasil, de acordo com o Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho. O dado por si só reforça a importância do setor de vigilância em saúde do trabalhador, que agrega um conjunto de ações que auxiliam na proteção e na recuperação da saúde da população trabalhadora, que tem como objetivo a promoção da saúde e a diminuição dos riscos de acidentes de trabalho, morte e adoecimento. No SUS, a saúde do trabalhador está definida como conjunto de atividades que, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, se destina à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

No entanto, essas ações transversalizam as políticas e os programas de, pelo menos, quatro Ministérios: da Saúde, do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e do Meio Ambiente. Celia Regina, da Comissão Nacional de Fortalecimento das Reservas Costeiras e Marinhas do Brasil (Confrem) e convidada da Conferência de Vigilância em Saúde, considera que a atuação desses organismos tem se mantido restrita ao campo específico, sem articulação de diretrizes, o que interfere nas formulações e no fortalecimento dessa vigilância da saúde do trabalhador. Celia apresentou exemplos concretos de como essa falta de integração política prejudica a vida de muitos trabalhadores dos manguezais da reserva de Mocapajuba, em São Caetano de Odivelas, Estado do Pará. “É por conta dessas marisqueiras,

que temos um mangue preservado e cheio de caranguejos, mas qual a segurança que elas têm em se tratando de saúde do trabalhador? Elas não têm Equipamento de Proteção Individual (EPI). Sem mencionar que o trabalhador do manguezal, o caranguejeiro, usa durante um ano de trabalho cerca de 40 litros de óleo diesel no corpo”, contou. Para a militante, os povos de comunidades tradicionais são historicamente discriminados e abandonados. “Não é possível discutir a equidade do SUS excluindo, por exemplo, as condições de trabalho dos agentes comunitários de saúde que trabalham na Amazônia. Que muitas vezes não tem nem combustível para o barco para atender as comunidades isoladas. Passam horas sem comer nessas longas viagens de barco e ficam expostos a vários perigos”, lamentou.

Leticia Oliveira Gomes de Faria, do Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB), também participante da Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, lembrou que durante o desastre que atingiu a cidade de Mariana (MG), após rompimento de um barreira, 15 trabalhadores morreram. E os casos de adoecimento continuam. “O grupo que trabalha com a reparação os atingidos é o que mais sofre. E o setor onde os trabalhadores mais adoecem, mais sofrem mutilações e mais morrem”, contou. E olha a presença dos interesses privados aqui de novo: soma-se a isso a estreita relação da Samarco, empresa responsável pelo crime ambiental de Mariana, com a prefeitura e com o sistema de saúde. “Na cidade existem vários casos de assistentes sociais que, ao repassarem as informações para os setores responsáveis, sofrem assédio ou são demitidos. Essa pressão faz com que muitos relatórios deixem de ser apresentados e muita coisa fica escondida. Para nós é um absurdo que o criminoso tenha a função de cuidar da vítima”, denunciou.

Delegado representante dos trabalhadores na Conferência, Raphael Domunt Schlegel, releva que discutir as diretrizes para vigilância da saúde do trabalhador num contexto de controle social é um passo importante. “Todas as propostas relativas ao tema pressupõe qualidade no processo de trabalho, uma organização melhor no sistema de saúde”, disse. Raphael também reforça a importância de debater especificamente o trabalhador da saúde. “As propostas contemplam aqueles anseios que a gente tem com relação àquilo que a gente não consegue oferecer para o usuário, e olha também um pouco para o nosso processo de trabalho, para nossa própria saúde, como que ela vem andando, o que pode ser feito para melhorar, tanto de volta para o usuário como pra gente também, diante do trabalho que a gente vem desenvolvendo”, resumiu. O

ANTES DO SUS

Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura

Maíra Mathias

OSUS completa 30 anos em 2018. Datas comemorativas são um convite irrecusável para balanços. E, no caso do Sistema Único de Saúde, há muito o que analisar. Mas será que dá para avaliar uma política pública sem refazer o caminho e comparar com o que existia antes da sua criação? Nessa reportagem, a **Poli** convida você a embarcar numa máquina do tempo. Essa viagem vai nos levar a quatro, cinco décadas atrás. Vamos olhar para números e casos, pesquisas e relatórios, um conjunto de histórias que ajudam a relembrar (para aqueles que viveram) e despertar (para aqueles que nem eram nascidos) como era a saúde no Brasil sem SUS.

Que país era esse?

Uma vez os ponteiros ajustados, nosso desembarque acontece em um período muito específico da história nacional: a ditadura empresarial-militar. “Em 1964 houve um golpe. Os militares foram usados pelas classes dominantes brasileiras para interromper o debate que se espalhava em toda a sociedade pelas reformas de base – reforma agrária, reforma tributária, reforma urbana mas também reforma sanitária. Foram 21 anos de ditadura. E, sob a ditadura, o país viu acirrar seus contrastes e desigualdades”, contextualiza o médico sanitário Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão, professor aposentado da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Mas durante algum tempo, os problemas sociais não ficaram tão evidentes para uma parte da sociedade. As coisas começaram a mudar nos anos 1970, que marcam o ápice e o fim do chamado ‘milagre econômico’. Isso porque, a partir de 1968, o PIB deu um salto – chegando a um crescimento de 14% em 1973. “Havia uma oferta expressiva de dinheiro lá fora, e o Brasil pegou muitos empréstimos. Mas com o primeiro choque do petróleo começa a crise”, situa o historiador Carlos Fidelis Ponte, da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz).



E, com a crise, chegaram os sinais de que o ‘milagre’ não tinha sido assim tão milagroso. Com o fim do ciclo de crescimento, os problemas da ditadura foram ficando mais visíveis para a sociedade à medida que o próprio governo ia se enfraquecendo. Para início de conversa, os indicadores de saúde estavam piorando. “E piorando muito”, reforça Carlos.

“No município de São Paulo, em 1973, 90 crianças morreram a cada grupo de mil nascidas vivas. Em 1961, ocorreram 60 óbitos por mil nascidos vivos, o índice mais baixo do século”, escreveu Luiz Eduardo Soares, pesquisador do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento (Ibrades), num ensaio que ocupou os dois primeiros números da ‘Saúde em Debate’, a revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), criado em 1976. No país, então com pouco mais de 90 milhões de habitantes, ele destacou: “Nos últimos cinco anos [1972-76] em todo o Brasil, 1.417.500 crianças morreram por causas evitáveis, associadas à desnutrição e à falta de saneamento, como



difteria, coqueluche, sarampo, tétano, poliomielite e doenças diarreicas. O total de óbitos é igual à população de Belo Horizonte, a terceira cidade do país”. Como efeito de comparação, em 2015 a taxa de mortalidade infantil foi de 13,8 a cada mil nascidos vivos.

O texto traz mais números assustadores: 72% dos que morriam no país tinham menos de 50 anos e, destes, 46,5% eram crianças menores de quatro. Em comparação, na Suécia, na Inglaterra e nos Estados Unidos, apenas 20% dos óbitos ocorriam nas faixas etárias inferiores a 50 anos. Doença de Chagas, peste bubônica, tuberculose, hanseníase, febre amarela, malária, filariose, leishmaniose... A lista prosseguia – e cada enfermidade exibia indicadores piores que as anteriores. Mas, para além da relação simples de causa e efeito, que liga pobreza à doença, os sanitaristas da época estavam tentando mostrar que o quadro epidemiológico brasileiro não tinha nada de automático ou natural.

“A ideia do círculo vicioso entre pobreza e doença é velha”, escreveu David Capistrano em 1977. “Mas sobreveio o movimento de março de 1964, e depois de alguns anos, o ‘milagre’. Aquilo que representava o oposto da ‘pobreza’ (...) O PIB crescia, o Brasil ficava mais rico. A ser verdadeira a teoria do ‘círculo vicioso’, ele mesmo teria sido rompido em algum ponto e a nova dinâmica do enriquecimento deveria trazer o recuo da doença, expresso nos indicadores”, argumentou o médico. E concluiu: “Não basta o crescimento das forças produtivas, o aumento da produtividade do trabalho, da riqueza nacional disponível. É preciso verificar como se deu esse crescimento e a quem ele beneficia. Só os ingênuos ou os velhacos acreditam que beneficia ‘a todos’”.

A “política do abandono”, que segundo Carlos Pontes sempre foi a forma como as elites dirigentes do país lidaram com o povo, se atualizou nos marcos do capitalismo do século 20. E tocada por um governo autoritário. “Nos anos 1970 isso gritava porque a repressão era forte. Os sindicatos estavam amordaçados. Havia repressão política aos movimentos estudantis, aos movimentos políticos, aos partidos. Então a exploração se intensificou muito”, explica o historiador.

Foi nessa época que o Brasil protagonizou um dos maiores movimentos populacionais da história moderna: o êxodo rural. Isso porque o governo queria um crescimento econômico rápido. E escolheu o setor agrário para atingir o objetivo. Fez projetos de “ocupação” do Cerrado, expulsando camponeses e populações tradicionais que lá viviam. “Fez um grande investimento em subsídios para o campo, na compra de máquinas e insumos, por exemplo. E isso gerou a expulsão dos trabalhadores, acelerando a migração principalmente para os grandes centros do Sudeste do país”, completa Carlos. Entre as décadas de 1960 e 80, 27 milhões de pessoas que viviam na zona rural foram para as cidades. E se alojaram nas periferias e favelas, locais sem saneamento, sem água encanada, muitas vezes sem luz, que ofereciam condições perfeitas para a proliferação de doenças. Iam vender sua força de trabalho barato – isso se conseguissem emprego. “Os migrantes chegavam às cidades completamente desamparados. E da forma como a saúde estava organizada, a cidadania estava atrelada à carteira de trabalho”, afirma o pesquisador.

A (des)organização da saúde

“Os serviços de saúde no Brasil atendem basicamente às necessidades dos grupos sociais de maior poder aquisitivo. São serviços voltados para a recuperação e não para a prevenção, concentram-se na solução de problemas degenerativos que afligem as camadas mais bem situadas na



escala social, quando as doenças infecciosas ainda são responsáveis por grande parte da mortalidade e morbidade da população brasileira. Estes serviços têm ainda uma tendência marcante à sofisticação e à complexidade. Respondem aos interesses dos produtores de insumos, de equipamentos e aos produtores de serviços. A população, neste contexto, deixa de ser sujeito para ser mercadoria manipulada pelas forças de mercado”. Essa descrição abre uma reportagem do jornal Folha de S. Paulo, em 1977. A crítica pode soar estranha vindo de quem vem mas, na época, a irracionalidade do sistema de saúde brasileiro tinha se tornado patente até para a mídia comercial.

baratos. As pessoas pagavam parto, cirurgia”. Além disso, a maior parte dos previdenciários eram pobres. Segundo os cálculos de Luiz Eduardo Soares no texto do Cebes, 56% dos brasileiros recebiam um salário mínimo ou menos e 19% entre um e dois salários mínimos. Essa situação geral também se refletia no mercado formal de trabalho. “A grande maioria daqueles que tinham carteira ganhavam um salário mínimo. Esses previdenciários pobres tinham muita dificuldade de serem atendidos na Previdência”, conta Nelsão. As filas do Inamps (como a da foto na página 14) eram figurinhas carimbadas nos jornais (assim como as do SUS são hoje).

Um segundo engano comum é pensar que a população sem carteira só tinha atendimento se recorresse à filantropia. “O que a gente tinha? Algumas unidades públicas que atendiam a todos. Os hospitais universitários, que atendiam a todos, alguns como indigentes, outros como medicina previdenciária. E as filantrópicas, que também atendiam a todos, embora na condição de indigentes”, explica Ligia, que cita ainda duas iniciativas – o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e a Fundação SESP – que, de alguma forma, levaram ações de assistência aos grotões do país.

Tanto a pesquisadora quanto Nelsão ressaltam que a palavra “universal” na saúde não foi invenção dos sanitaristas, mas dos militares. “O ministro da previdência falava em universalização da saúde. Em 1974, eles universalizaram o atendimento de emergência nos PAMs, os postos de atendimento médico que levam

Você provavelmente já ouviu falar que, a partir dos anos 1920, o país foi desenhando um modelo em que, primeiro, algumas categorias (ferroviários, marítimos etc.) foram conseguindo esquemas de assistência à saúde e benefícios como aposentadoria. Com o passar do tempo, todos os trabalhadores inseridos no mercado formal tinham direito a fazer consultas, exames, cirurgias. Tudo isso estava sob o guarda-chuva do Ministério da Previdência e Assistência Social que, no período militar, teve duas instituições que se ocuparam da saúde: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966 e substituído em 1974 pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Você também já deve saber que as pessoas que não tinham carteira assinada não tinham acesso a consultas, exames, cirurgias. Mas, na verdade, as coisas eram um pouco mais complexas do que isso.

Um mito importante a ser quebrado é que todos que tinham carteira assinada usavam, necessariamente, a previdência – e que eram iguais. Isso porque embora a classe média tivesse carteira assinada e pudesse usar a medicina previdenciária, ela pagava. “Era totalmente natural”, diz a pesquisadora Ligia Bahia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). “A classe média nunca foi atendida pelo setor público. Ela pagava consulta particular, pagava os procedimentos, que eram muito mais

a sigla até hoje. O que não era universal era o atendimento nos serviços privados contratados”, explica ela, que pondera que esses serviços, no entanto, eram a maioria. E neles só quem tinha carteirinha podia ser atendido.

Isso não significa que o país não fosse marcado por uma dualidade. Havia, sim, gente considerada de ‘segunda classe’. E uma epidemia, em especial, demonstra o beco sem saída da saúde em tempos de autoritarismo no país do “ame-o ou deixe-o”. “Os governos procuravam não mostrar nossos problemas”, conta o epidemiologista Moisés Goldbaum, da Universidade de São Paulo (USP). E, assim, entre 1970 e 1974, a ditadura ocultou uma epidemia de meningite no município de São Paulo. “Os ditadores levaram praticamente quatro anos para tomar atitudes efetivas para controlar a epidemia. Enquanto a doença estava atingindo apenas a periferia, eles ocultaram. Mas na medida em que foi chegando no centro da cidade, ou seja, começou a criar problemas onde se concentra a classe média, aí sim, gerou um pânico social muito grande que obrigou as autoridades a tomarem alguma medida”, relembra.

Como ainda não existia vacina, a medida mais importante era ter transparência, chamar atenção para o problema e garantir uma estrutura hospitalar para onde os doentes pudessem ser encaminhados, explica Moisés, que detalha: “Não foi tomada nenhuma providência, tudo foi abafado. Os jornais foram censurados. As pessoas com meningite ficavam circulando pela cidade, facilitando a disseminação da doença. E isso foi num crescente até que uma epidemia, que poderia ter sido evitada, chegou a níveis importantes e significativos”.

Além disso, como a reportagem da *Folha* resumiu, o setor privado encontrou na medicina previdenciária o ambiente ideal para prosperar sem riscos. Muitos escândalos de corrupção explodiram na época, mostrando como empresas buscavam fraudar a Previdência mentindo sobre o número de atendimentos que faziam. O quadro geral era de insatisfação.

A ‘mão para a boca’ que engoliu a saúde

A Constituição de 1969 definiu que a iniciativa estatal na área econômica era de caráter complementar à iniciativa privada. “O governo militar foi superimportante para a privatização em todas as áreas. Na saúde, as empresas eram da mão para a boca, como se diz. Eram médicos do trabalho que faziam suas empresinhas. Com o regime militar, eles se tornam capitalistas no sentido literal do termo: saem do esquema de autofinanciamento e passam a tomar empréstimos e créditos do governo”, afirma Ligia Bahia. De acordo com ela, isso aconteceu “com clareza, com determinação” porque na cabeça dos militares quanto mais empresas o Brasil tivesse, melhor. “Esse era o discurso:

mais empresas, mais mercado, equivaliam à modernização. E esses médicos souberam navegar muito bem nessa conjuntura”, diz.

A demanda era garantida pelo Estado. O INPS e, depois, o Inamps operavam basicamente através de convênios com a rede privada ao invés de investir na ampliação e qualidade da rede própria de serviços. De acordo com o estudo pioneiro de Hésio Cordeiro sobre o setor privado, as internações nos hospitais próprios da Previdência, que já representavam uma parcela ínfima do total – 4,2% em 1970 –, minguaram ainda mais. Em 1976, eram de 2,6%. Os 41 hospitais do Inamps fizeram 253 mil internações frente aos 6,28 milhões do setor conveniado em 1978. Nesse ano, o privado respondeu por 53% das consultas médicas pagas pelo Inamps.

“A equação é simples: os militares criaram na Caixa Econômica Federal uma coisa que se chamava Fundo de Apoio à Assistência Social, o FAS. E esse dinheiro foi financiar a construção de hospitais. E tinha o Inamps, que era para pagar a assistência médica. Então o dinheiro público, pelo FAS, financiava a construção de hospital e o dinheiro público, pelo Inamps, contratava os hospitais que iam ser construídos para prestar serviço para a Previdência. Isso foi, realmente, uma coisa monumental”, resume Nelsão. Detalhe: “O FAS na educação beneficiou as escolas públicas. E na saúde, não”, emenda Ligia.

Com recursos da loteria esportiva, o Fundo financiou também ampliação e compra de equipamentos. A linha de crédito destinou, até 1979, sete bilhões de cruzeiros para a saúde, o equivalente, hoje, a cerca de R\$ 1,545 bilhão (valores corrigidos pelo IPCA). De acordo com um cálculo feito por Hésio Cordeiro em 1983, 70% desses recursos ficaram concentrados em hospitais particulares de apenas dois estados: Rio de Janeiro e São Paulo. “Virou um grande negócio mexer com saúde”, define Carlos Ponte, que destaca que as instituições lucrativas se multiplicaram: entre 1964 e 1974, esses estabelecimentos passaram de 944 para 2.121. Um crescimento de mais de 200%.

“A maior parte dos recursos do governo federal estavam na Previdência e fluíam para o setor privado. A ponto de o presidente da Federação Brasileira dos Hospitais declarar em 1975 que o Estado não tinha que se meter com assistência. Tinha que se ocupar de epidemias e problemas que não eram de interesse do mercado, como lepra, tuberculose, etc.”, lembra Carlos. De acordo com o historiador, o Ministério da Saúde não tinha orçamento praticamente. No período que vai de 1970 até 1984, a participação da pasta nas despesas gerais da União jamais ultrapassou 1,82%. A atenção médico-hospitalar abocanhava, em 1978, 86,48% dos programas do governo federal voltados para a saúde, enquanto a atenção básica levou só 0,87% dos recursos.



Enquanto isso, na saúde mental...

Os serviços ambulatoriais se reduziam a atendimento de psiquiatria no Inamps. E isso recebia de 1% a 2% de todos os recursos da saúde mental, que iam para os hospitais. “Os hospitais psiquiátricos privados tinham plena liberdade de internar quem quisessem e nas condições que bem entendessem”, lembra o pesquisador Eduardo Mourão Vasconcelos, da UFRJ. “Nós costumávamos dizer que o hospital privado recebia um cheque em branco do Inamps: bastava internar para receber. E isso gerou, inclusive, problemas para a Previdência porque a população começou a perceber a facilidade de internação. Então, se utilizava o hospital psiquiátrico como forma de justificar aposentadoria por invalidez, por exemplo”, diz, contando que a doença mental virou um dos primeiros itens de pedido de aposentadoria no país.

Além dessas estratégias para contornar o Estado, abundavam casos em que pessoas eram internadas mesmo sem ter qualquer transtorno mental. “Podia ser um marido querendo se desfazer de uma esposa porque tinha outra... Ou crianças deficientes. Em suma, todos os indesejáveis”, resume. O filme ‘Bicho de sete cabeças’ conta a história real de Austregésilo Bueno que, com 17 anos, foi internado em um hospício depois que seu pai achou um cigarro de maconha no seu casaco em 1974. “O filme reflete a realidade de um hospital privado lucrativo que, em determinado momento, tem leitos ociosos e vai recolhendo mendigo na rua para fazer internação”, conta.

No setor público, a situação não era melhor. Os maiores hospitais psiquiátricos pertenciam aos governos estaduais. Juqueri, em Franco da Rocha (SP) e Barbacena (MG) são casos paradigmáticos. “As pessoas ficavam sem fazer nada, eram submetidas a torturas, não se tinha controle nenhum das condições sanitárias dentro desses asilos que eram verdadeiros campos de concentração”, conta Eduardo. Durante o período em que funcionou, morreram 60 mil pessoas em Barbacena. A história do hospício foi contada pela jornalista Daniela Arbex no livro ‘Holocausto brasileiro’. “Morriam pessoas de doenças infectocontagiosas e Barbacena vendia os cadáveres para as escolas de medicina, 17 no total”, diz ele. Esse estado de coisas, destaca Eduardo, era plenamente aceito pela sociedade.

“É isso que começamos a denunciar a partir de 1978, quando formamos o movimento de reforma psiquiátrica”, explica ele, que conta que a coisa não ficou só no discurso e os jovens psiquiatras e psicólogos partiram para a ação. Nos estados e municípios onde o partido de oposição à ditadura ganhava, lá estava alguém do movimento apresentando ideias. No final da década de 1980, em Santos, foi inaugurado o primeiro “CAPs” que funcionava sete dias da semana, 24 horas. Foi chamado de Núcleo de Atenção

Psicossocial. “Esse serviço mostrou a viabilidade de substituir completamente o hospital psiquiátrico e a importância dessa atenção intensiva para a população com transtorno mental mais severo, que passava lá várias horas, fazendo atividades como pintura etc. E de intervenção junto à família, porque o serviço colocava em outro patamar a recuperação dessas pessoas, inclusive, em termos de cidadania”, conta Eduardo. E pondera: “Do ponto de vista assistencial, tiveram pouco impacto. Mas foram iniciativas que nos apontaram um rumo a seguir”.

O SUS antes do SUS

A mesma tática de ocupação ‘por dentro’ estava sendo usada pelos sanitaristas que lutavam pela conformação de um outro sistema de saúde no país. Tudo começou nas periferias que, com a migração, viraram uma panela de pressão. “Foram criadas e realizadas políticas públicas para atenuar a tensão social, que era explosiva. Os municípios começaram a arregaçar as mangas. E a saúde foi uma das políticas públicas que entrou nesse esforço – junto com a criação de linhas de ônibus, arruamentos. Os sanitaristas começaram a se dirigir aos prefeitos e a oferecer projetos para trabalhar nas periferias”, conta Nelsão. “Nós soubemos ser sensíveis àquele momento. Não tecnocráticos, sensíveis ao que estava se passando”, acrescenta Ligia.

Os primeiros postinhos de saúde, o embrião do que hoje conhecemos como atenção básica no Brasil, foram criados nessa época. “Eram pequeninos, muito pobres, vagabundos. As prefeituras alugavam nas periferias casinhas quase abandonadas”, descreve Nelsão. No começo, médicos, enfermeiros e demais profissionais atendiam só duas vezes por semana. Mas fazia diferença um serviço perto de casa. Além disso, os postinhos não faziam distinção entre quem tinha carteira assinada e quem não tinha. “A Previdência tinha os PAMs. Eram prédios grandes nos centros das cidades. Quando as próprias prefeituras, com orçamento escasso, começaram a fazer os postinhos, os sanitaristas começaram, ano a ano, a crescer suas equipes de médicos jovens, [profissionais de] enfermagem, auxiliares de saúde e dentistas. Aos poucos, os previdenciários que estavam na periferia das cidades foram indo cada vez mais para os postinhos. A maior parte deixou de ir aos PAMs”, relembra o sanitarista, que destaca: “Os postinhos já nasceram com o princípio da universalidade e toda a população tinha direito ao atendimento”.

Nessa linha, esses serviços foram criando um prestígio cada vez maior até que, em 1983, a Previdência Social começou a fazer convênios com as prefeituras. O nome desse convênio era AIS: Ações Integradas em Saúde, uma sigla muito famosa na época. “A Previdência percebeu que era mais vantagem assim. E quando pôs uma parte do dinhei-

ro nas prefeituras todo mundo ganhou. O governo federal, que economiza dinheiro porque os PAMs eram estruturas gigantes e caras, e os municípios, que tinham um orçamento muito pequeno. Com as AIS, as prefeituras quase que dobraram seu orçamento. Foi um salto. E aí começou a se perceber que o país poderia organizar o atendimento à saúde de modo que a Previdência entraria num sistema único”, diz Nelsão.

Além da União, o governo estadual punha recursos e a prefeitura também. Somando os três ‘dinheiros’ dava para fazer um sistema de saúde. E, de acordo com Nelsão, esse novo sistema começou a pintar na cabeça de todo mundo no começo dos anos 1980. “E aí se olhava para os sistemas europeus que estavam dando certo e era exatamente isso. Uma boa atenção básica à saúde perto dos locais onde a

população mora ou trabalha vai resolver de 80% a 90% das suas necessidades. Uma boa atenção básica manda para os hospitais ou para o atendimento especializado de 10% a 20% dos casos. Esse é o modelo europeu, que nós, brasileiros, assumimos. E quando o SUS assumiu essa possibilidade, assumiu pra valer e acontecer. Até porque desde os anos 1970, as prefeituras provaram que era possível”, resume ele.

E assim o SUS foi sendo criado informalmente antes da Constituição de 1988. “Quando essa discussão aconteceu não foi muito difícil porque não eram só ideias que se discutia na Assembleia Nacional Constituinte. Estávamos discutindo fatos”, frisa Nelsão. “O SUS não surge do zero. Mas carrega consigo uma herança – positiva e negativa – que existe e vai sobrevivendo”, conclui Carlos Ponte. O

SANGUE NÃO É MERCADORIA!



A CONSTITUINTE ESTÁ CERTA.

O sangue como mercadoria

O SUS, contudo, não foi só uma luta dos profissionais que, de uma forma ou outra, estavam engajados na criação de um outro sistema de saúde. Partiu da sociedade civil uma grande campanha que chamou atenção da sociedade para os debates relacionados ao Sistema Único na Constituinte. Isso porque, sem SUS, o sangue era uma mercadoria como qualquer outra. Podia ser vendido e comprado. E como não havia uma política abrangente de saúde, sua qualidade não era devidamente controlada pelo Estado, tampouco pelo mercado.

“Existia uma verdadeira máfia do sangue. Realmente, o comércio do sangue era algo dominado por quadrilhas de bandidos que dominavam tanto os bancos privados, quanto os bancos de sangue públicos. Quem denunciasse isso estava arriscado a morrer”, conta Moisés Goldbaum.

Com isso, muitas pessoas que recebiam transfusões eram contaminadas com doenças transmitidas pelo sangue, como hepatites. Na década de 1980, com a epidemia de HIV/Aids, o quadro ficou mais grave. O caso mais célebre é o do sociólogo Herbert de Souza, o Betinho. Hemofílico, ele precisava se submeter a transfusões

periódicas. E uma delas, foi fatal. Na época, ainda não existiam medicamentos tão eficientes como hoje.

Mas Betinho liderou a campanha da sociedade civil. E conseguiu despertar a atenção da opinião pública mostrando que tinha alguma coisa de muito errada com aquele sistema de saúde. “Teve um filme sobre o sangue, a intelectualidade se encontrou com os problemas de saúde, que ultrapassaram uma certa barreira técnica”, considera Ligia Bahia. Mas não foi fácil.

Na Constituinte, o único ponto da área da saúde que precisou ir a votação foi justamente o do sangue. Havia emendas suprimindo a proibição da comercialização de hemoderivados. Depois de duas votações, ficou garantido na Constituição que “sangue não é mercadoria”, como dizia o *slogan* da campanha da sociedade civil. “Esta é uma questão nacional da qual o sangue é apenas uma ponta do iceberg, mas é uma ponta importante, é uma ponta fundamental”, disse Betinho, no dia 24 de agosto de 1988 no auditório Nereu Ramos, da Câmara dos Deputados. E completou: “A tragédia da Aids é a tragédia da morte que passa por este sistema de saúde que está marcado pela comercialização, pelo lucro e pela impunidade”.

'O PROFAGS É UM RETROCESSO'

Cátia Guimarães

MAYCON GOMES



Você tem criticado e se posicionado contra o Profags. Porquê?

Para compreender o Profags e as críticas que fazemos a esse Programa, é preciso olhá-lo a partir de uma perspectiva mais ampla que nos permita perceber as relações entre a Portaria 83 do Ministério da Saúde e outras medidas que vêm sendo implementadas pelo governo que assumiu o país após o golpe político-jurídico de 2016. Para tratarmos especificamente dos ACS e da Atenção Básica, precisamos lançar luz também sobre a nova Política Nacional de Atenção Básica, publicada em setembro de 2017 e a Lei 13.595 de 05 de janeiro de 2018.

Voltando um pouco mais no tempo, lembramos como um marco importante a publicação da Portaria 958 que retirava o ACS da composição mínima em equipe de Saúde da Família e permitia que se escolhesse entre ele e técnico de enfermagem. Ainda que tenha sido revogada, essa Portaria tornou públicas ideias que têm sido utilizadas para justificar as mudanças propostas para este trabalhador, suas atribuições e, mais recentemente, a sua formação. Primeiro, de que o ACS não é um trabalhador necessário em todos os contextos. Ele não teria o que fazer, por exemplo, junto à classe média, que prescindiria do trabalho de educação em saúde e do acompanhamento que ele realiza. Segundo, que o ACS é pouco resolutivo, especialmente considerando a transição demográfica e as mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira. O agente não daria conta de atender, por exemplo, às necessidades de pessoas com doenças crônico-degenerativas, como curativos em feridas de diabéticos e aferição de pressão arterial, entre outras, realizadas pelo técnico em enfermagem. Conclusão: os ACS não deveriam estar na composição mínima das equipes de saúde da família e devem-se aumentar a participação do técnico em enfermagem.

Outra questão que vem sendo colocada é a necessidade de integração entre o ACS e o agente de combate a endemias, que resultou na ideia de “fusão”

MARCIA VALÉRIA MOROSINI

Em maio de 2016, duas portarias publicadas pelo Ministério da Saúde colocavam em risco a obrigatoriedade dos agentes comunitários de saúde na equipe da Saúde da Família. Caíram, em função da grande mobilização da categoria. Cinco meses depois, outro susto: o documento síntese do 'VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica', também promovido pelo Ministério, apresentou sugestões de mudanças no processo de trabalho da ESF, incluindo a proposta de que ACS e agentes de combate a endemias (ACE) fossem unificados em uma única profissão. A reação da categoria veio por um Projeto de Lei que, ampliando suas atribuições, garantisse também sua obrigatoriedade na equipe. Foi aprovado, mas com veto presidencial nos artigos principais. Enquanto isso, em agosto de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite, formada por gestores da saúde das três esferas de governo, aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica, que promoveu, de uma só vez, boa parte das mudanças que haviam sido tentadas antes. Na avaliação de Marcia Valéria Morosini, professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fundação Oswaldo Cruz, esse é o pano de fundo do Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (Profags), que ela analisa nesta entrevista. Lançado em janeiro deste ano pelo Ministério da Saúde, ele vai destinar mais de R\$ 1 bilhão para que instituições públicas e privadas ofereçam curso técnico para os ACS e ACE. O detalhe é que a formação será na área de enfermagem.

desses dois profissionais expressa, por exemplo, no 7º Fórum Nacional de Gestão de Atenção Básica, realizado também em 2016. Já se ouviu do próprio ministro da Saúde a ideia de otimizar a presença dos agentes no território e que eles pudessem resolver as mesmas coisas.

Essas ideias direcionaram a construção do texto da nova PNAB que, entre outras alterações, não especifica o número de ACS nas equipes de saúde da família e não prevê a sua presença nas outras modalidades de equipes da chamada Atenção Básica, que passam a ser financiadas com recursos do PAB [Piso da Atenção Básica] variável, antes exclusivo da ESF. Além disso, a PNAB 2017 modifica as atribuições desse trabalhador: as atividades historicamente associadas aos ACS passam para a lista de atividades comuns entre ACS e ACE e na lista das atribuições específicas dos ACS, predominam atividades de produção e registro de uma série de dados e informações. Além disso, são designadas para os ACS algumas atividades, até então, exclusivas da enfermagem: aferição de pressão arterial, medição da glicemia capilar, aferição da temperatura axilar e realização de técnicas limpas de curativo. Assim, o ACS, esvaziado de suas atividades mais distintivas de educação e promoção da saúde, assume práticas do campo clínico, baseadas em procedimentos simplificados. Supostamente estariam atendidas, desse modo, as intenções de “integrar” o trabalho dos ACS e ACE e de aumentar a sua resolutividade.

Nós temos procurado desconstruir esses argumentos. Que noção de resolutividade está orientando essas ideias? Parece uma resolutividade associada à concepção estreita do cuidado em saúde, na qual a efetividade depende da assistência no seu sentido mais restrito, materializada em procedimentos simplificados e instrumentalizados. O que se perde com isso? A perspectiva do cuidado integral e da compreensão do processo saúde-doença como expressão de múltiplas dimensões, entre as quais, as determinações sociais. Pers-

pectiva que está na base do trabalho do ACS no território e da sua inserção nas equipes de saúde da família.

Mas o próprio movimento organizado dos ACS defendeu um Projeto de Lei, nº 6.437/2016, que modificava suas atribuições, incluindo atividades típicas da enfermagem...

Sim, o movimento organizado dos ACS também agiu, buscando proteger a categoria, a partir da elaboração de um projeto de Lei no qual redefiniam-se suas atribuições, atendendo a algumas das questões colocadas, como a aproximação com o trabalho dos ACE e a inclusão de atividades de enfermagem. Entretanto, no texto do PL, diferente da PNAB 2017, estavam preservadas as suas atribuições históricas e as atividades de enfermagem assumidas seriam realizadas exclusivamente no território. O projeto tramitou longamente e, depois de aprovado, teve alguns artigos vetados pelo presidente Michel Temer no que se tornou a Lei 13595. E os vetos recaíram justamente sobre aqueles itens do PL nos quais os ACS tentavam “blindar” a categoria das intervenções externas. É o caso do veto feito ao primeiro parágrafo do artigo 2º, que diz que “é essencial e obrigatória a presença de agente comunitário de saúde na estrutura de atenção básica de saúde, de agente de combate a endemias na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental”. A justificativa do veto afirma que essa obrigatoriedade não é adequada “para a racionalização dos serviços prestados pelo ente público”. Percebemos, assim, que a mesma lógica que orienta a nova PNAB orienta os vetos à lei e orienta também a publicação do Profags que, na nossa compreensão, traz a proposta de formação técnica em enfermagem para dar conta das mudanças indicadas pela PNAB 2017.

Você tem apontado que esse processo resulta também numa “simplificação” do trabalho do ACS. Por quê?

O ACS é concebido como um trabalhador que conhece o território, a dinâmica da vida e as relações que ali se desenvolvem. Ele traz para os serviços de saúde a possibilidade de aproximação e de interação com esse território, a partir da identificação das necessidades de saúde das pessoas que, muitas vezes, passariam despercebidas sem o olhar desse trabalhador, um olhar ampliado, na perspectiva da educação em saúde, atento às condições de vida nas chamadas comunidades, porque sabe que assim se compreende melhor o processo saúde/doença. O que está sendo diminuído ou simplificado é o potencial desse trabalhador de realizar esse trabalho, nessa perspectiva...

Já existem técnicos e auxiliares em enfermagem nas equipes de saúde da família, mas ao se agregar as práticas da enfermagem ao trabalho do ACS, o que ocorre é a ampliação da presença dessas práticas no território, em detrimento das atividades hoje realizadas pelos ACS. Elas vão competir pelo seu tempo de trabalho, num contexto em que o agente já está premido pelas exigências do chamado “gerencialismo” aplicado aos serviços públicos de saúde. Hoje o ACS já sofre as consequências de uma rotina fortemente dirigida pelas metas pré-definidas e preestabelecidas dos programas de saúde que modificam o modo de fazer, por exemplo, as visitas domiciliares. Restringe-se o tempo para a interação com as pessoas, para a escuta, para a percepção de sutilezas. O próprio ministro, quando se refere ao Profags, diz que estão levando o atendimento primário aos pacientes. “Atendimento” e “paciente” são termos que remetem a outra lógica que não combina com a perspectiva da atenção à saúde que se pretende viabilizar – ou se pretendia até pouco tempo – com a Estratégia Saúde da Família e o trabalho do ACS.

Há interesses privados por trás disso?

Conhecemos os compromissos do governo federal com a implementação dos planos populares de saúde. Qual o público visado por estes planos? Entendemos

que os planos populares visam parte da classe trabalhadora hoje assistida pelo SUS, pela Estratégia Saúde da Família, e que tem algum poder aquisitivo para pagar por esses planos. Mas como produzir a adesão a esses planos se essas pessoas são atendidas pelo SUS gratuitamente? Inviabilizando o acesso ou desqualificando a atenção oferecida pelo SUS. Uma maneira de fazer isso é flexibilizar a cobertura da Atenção Básica, que há mais de duas décadas tem sido a principal responsável pela ampliação do acesso à saúde. E isso acabou de ser feito pela PNAB 2017, que prevê cobertura de 100% só para áreas de risco e vulnerabilidade social. Essa focalização produz a exclusão que o mercado precisa.

Você falou do gestor federal. Mas e os gestores municipais e estaduais? Logo que os referenciais curriculares do curso técnico de ACS foram lançados, foi a Comissão Intergestores Tripartite que impediu que o Ministério da Saúde financiasse a formação nacionalmente. Por que agora eles concordaram com o curto técnico em enfermagem?

Na época, os gestores municipais contrários à formação técnica dos ACS remetiam-se geralmente à lei de responsabilidade fiscal, prevendo que essa formação demandaria elevação salarial. Entendiam também que o ACS, uma vez formado técnico, perderia os requisitos subjetivos e culturais que os identificavam com a comunidade. Nós criticamos ambos argumentos que ainda existem, mas perderam força. Hoje é mais potente o questionamento, que já mencionei, sobre a pertinência e a resolutividade do ACS, e o desejo de maior autonomia na gestão dos recursos federais. Numa conjuntura de restrição orçamentária, liberdade para usar os recursos disponíveis parece muito bem-vinda, não? E essa liberdade é viabilizada aos municípios pela PNAB 2017, que libera o financiamento federal para outras modalidades de equipe, além da Saúde da Família.

O Profags anuncia algo em torno de R\$ 1,25 bilhão para a formação de ACS e ACE em técnicos de enfermagem, com um custo de R\$ 5 mil por aluno. Como você analisa esse investimento comparado com outros programas de educação profissional em saúde financiados pelo Ministério da Saúde ao longo da história?

Se fizermos uma comparação com o Profae, que foi um projeto que visou também à formação em enfermagem, podemos ter alguns parâmetros interessantes. O total de recursos aportados para o Profae foi da ordem de US\$ 370 milhões. Fazendo a conversão, isso daria cerca de R\$ 1,25 bilhão. Portanto, pode-se dizer que o Profags tem um orçamento semelhante ao do Profae. E o Profae, assim como previsto para o Profags, também financiou instituições privadas. Mas havia um distintivo importante: o Profae tinha um componente específico para investir na infraestrutura das Escolas Técnicas do SUS, na provisão de equipamentos para essas escolas e na forma-

ção docente. Temos críticas ao Profae? Sim, e uma delas é o fato de ter se restringido a uma única categoria. Mas foi um projeto concebido a partir da compreensão de uma questão relevante: havia uma categoria importante para o processo de cuidado em saúde com pessoas que estavam trabalhando sem a devida formação. A profissionalização do pessoal de enfermagem era uma questão importante e estava pautada pela própria categoria. No caso do Profags, a formação em enfermagem não era uma demanda dos ACS e ACE, os recursos se destinam basicamente para “pagar” curso e o programa não prevê recursos para fortalecer uma estratégia pública de formação dos trabalhadores técnicos. Trata a educação como uma mercadoria, favorecendo o setor privado.

Foi no contexto do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), com proposta e financiamento do Ministério da Saúde, que se construíram os referenciais curriculares do curso de técnico em vigilância em saúde, inclusive com a participação da EPSJV/Fiocruz. Agora, com o Profags, o mesmo Ministério ignora esse curso e paga para formar os agentes de combate a endemias em técnicos de enfermagem. Como você avalia isso?

A área de atuação do ACE é a vigilância, diferente do ACS e do auxiliar em enfermagem que atuam na atenção à saúde. A vigilância é um campo específico de saberes e práticas. Se for formado em técnico em enfermagem, o ACE afasta-se desse campo. Por mais que se concorde com a necessidade de articulação entre atenção e vigilância, não se pode admitir a subsunção de uma pela outra. Além disso, está-se interrompendo uma trajetória e um esforço muito recente do próprio Ministério em instituir uma formação técnica específica para esse trabalhador, na perspectiva da vigilância em saúde, integrando as várias dimensões da vigilância.

Parece estar em curso um processo perverso que sobrepuja três trabalhadores diferentes, com trajetórias e escopos de práticas distintos. Se já tínhamos a sobrecarga e a perda de postos de trabalho com a anunciada “fusão” entre ACS e ACE, o que dizer de um trabalhador “três em um” (ACS-ACE-Técnico em enfermagem)? Como a formação técnica em enfermagem dará conta do que cada um desses trabalhadores faz? Como ficará o desempenho de suas funções atuais?

As principais entidades representativas da categoria de ACS se posicionaram contra o Profags, mas, acompanhando o debate nas redes sociais, os trabalhadores parecem estar divididos. Para muitos que não têm sequer vínculo direto com o município, o curso técnico em enfermagem poderia abrir espaço de trabalho. Eles veem aí a oportunidade de uma formação que pode lhes permitir futuramente arrumar emprego num hospital, por exemplo...

Já falamos sobre o risco de sobrecarga e de redução de postos de trabalho pela criação de um trabalhador que supostamente poderia dar conta do trabalho de três – ACS, ACE e técnico de enfermagem. Mas percebemos ainda uma falsa promessa de “empregabilidade” no Profags. O mercado de trabalho em saúde foi avaliado para se concluir pela necessidade da formação de técnicos em enfermagem em grande escala? Como está a oferta do curso de enfermagem no Brasil? Enquanto escola pública vinculada ao projeto do SUS, compromissada com a qualificação profissional dos trabalhadores técnicos da saúde, a EPSJV e as demais ETSUS precisam estar atentas para as contradições das inflexões que essa proposta traz para a formação e o trabalho dos técnicos da Atenção Básica. O edital recém-lançado do Profags prevê o direcionamento de recursos públicos, da União, para o financiamento de escolas públicas e privadas, sem sequer indicar a preferência pelas escolas públicas. Isso não é muito complicado?

Já que você mencionou o edital, queria que comentasse um tópico específico. O edital sugere que o curso seja preferencialmente noturno e diz que a instituição ofertante tem que garantir campo de estágio. Os alunos nesse caso trabalham o dia inteiro, já inseridos no SUS, mas em outro processo de trabalho que não é o de técnico em enfermagem. O próprio trabalho deles como ACS ou ACE poderá ser campo de estágio?

Primeiro, é importante dizer que os ACS em geral defendem que seu processo formativo se dê durante a jornada de trabalho. Olha a perversidade: quando ele é contratado, não é exigido nenhum pré-requisito formativo, ele se insere no trabalho e, para ser formado, vai ter que penalizar o seu horário de lazer e descanso? Sobre o estágio, é preciso observar as regulamentações do próprio campo da enfermagem, mas uma questão já pode ser colocada: se a preferência é que o curso seja noturno e as unidades de Saúde da Família abrem durante o dia, como é que essas unidades poderão ser campo de estágio? À noite que serviços de saúde estão funcionando? UPAS e hospitais de emergência seriam o campo de estágio possível? Que formação em enfermagem é essa? Para que campo de atuação? Certamente, não para a Atenção Primária.

Mas existem experiências concretas, como era a do Médico de Família em Niterói (RJ), por exemplo, de programas em que é o técnico em enfermagem que faz o trabalho que na ESF hoje cabe ao ACS. Como você avalia isso?

É preciso pensar a realidade em cada contexto. No início da implantação do PACS e do PSF, houve quem defendesse que não houvesse ACS, mas que os próprios auxiliares em enfermagem, com formação em saúde pública, desempenhassem as suas funções. Segundo os defensores dessa proposta, isso evitaria o ingresso no SUS de trabalhadores desqualifi-

cados. Isso não prevaleceu. Os ACS estão inseridos no SUS há 17 anos, tornaram-se uma categoria numerosa e forte que tem obtido conquistas importantes, como a desprecarização dos vínculos e o piso salarial. Nossa análise precisa se voltar para essa realidade e as contradições e disputas que a configuram. O que poderia ter sido não existe. Se na correlação de forças o projeto de Niterói tivesse prevalecido, nós estaríamos refletindo sobre outras condições, talvez tivéssemos outros problemas, outros desdobramentos contraditórios – porque, afinal de contas, vivemos numa sociedade capitalista, que busca converter à lógica do mercado todos os âmbitos da vida em sociedade.

Por que você defende, como política, o incentivo e o financiamento do curso técnico em agente comunitário de saúde para os trabalhadores que já desempenham essa função?

Em primeiro lugar, vale recuperar o que foi o processo de formulação do Referencial Curricular do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde que defendemos como base para uma política de formação para os ACS. Ele foi discutido com a participação de representantes das ETSUS e dos ACS. Foi uma política pensada a partir do trabalho deles. Refletimos sobre o que esse trabalhador fazia e o que se projetava para o seu trabalho, pensando as diretrizes da Estratégia Saúde da Família. Foi uma formulação que abrangeu não só a SGTES [Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde] mas também o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Foi também um esforço muito interessante de articulação com o MEC. Os referenciais têm problemas? Sim, a começar pelo fato de se basearem no modelo das competências, do qual divergimos. Mas eles abrangem de forma consistente as bases teóricas e práticas para o trabalho do agente comunitário de saúde, para uma formação que compreenda não só o que o ACS tem que fazer, mas também por que ele tem que fazer, como tem que fazer, em nome do que tem que fazer. Os Referenciais precisam de revisão porque têm mais de dez anos, mas é preciso preservar algo que entendemos como uma vitória: a centralidade da dimensão educativa no processo de trabalho do ACS. Retomar a discussão por aí, reafirmando o que se construiu naquele momento, não é um retrocesso, é um avanço. O Profags, sim, é um retrocesso em relação àquilo que construímos em 2004. Olhemos o currículo que a Escola Politécnica construiu a partir daqueles referenciais e vejamos quanto foi possível realizar integrando teoria e prática, ciência e política, trabalho e educação, em dez anos de curso. E por que formação técnica? Defendemos o direito da população brasileira ao acesso universal tanto à saúde quanto à educação. E entendemos também que o mínimo que se tem que garantir ao trabalhador para ingressar e atuar no processo de trabalho em saúde é a formação técnica. O

POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM DISPUTA

Conferência Nacional Popular de Educação deve mobilizar movimentos sociais, sindicatos e entidades da sociedade civil na resistência ao desmonte da educação pública. Em ano eleitoral, expectativa é de que propostas da Conferência sirvam para pautar o debate político

André Antunes

Está marcado para acontecer no final de maio um evento que deve colocar em foco as disputas sobre os rumos da educação pública no cenário político brasileiro. Trata-se da 1ª Conferência Nacional Popular de Educação, a Conape, que ocorre entre os dias 24 e 26 de maio na cidade de Belo Horizonte. A expectativa dos organizadores é de reunir cerca de 6 mil pessoas, vindas de 25 estados e do Distrito Federal. Seu objetivo é mobilizar movimentos sociais, sindicatos e entidades da sociedade civil da área educacional em torno das metas e diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Educação (PNE), aprovado em 2014, bem como denunciar as medidas que têm inviabilizado o seu cumprimento. Além disso, a Conape, que ocorre pouco mais de cinco meses antes do primeiro turno das eleições de 2018, deve, segundo seus organizadores, servir para pressionar partidos e candidatos que disputarão o pleito a assumirem as propostas oriundas dos debates da conferência.

A conferência foi convocada em junho do ano passado pelo Fórum Nacional Popular de Educação (FNPE), formado por 34 entidades e movimentos sociais, e criado em resposta a duas medidas administrativas do governo federal: a alteração do calendário de realização da 3ª Conferência Nacional de Educação (Conae), que estava prevista para acontecer no primeiro semestre de 2018, e a mudança na composição do Fórum Nacional de Educação (FNE), órgão colegiado responsável pela organização da conferência oficial (saiba mais no box da página 28). Às entidades que perderam assento no FNE, como a Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped), juntaram-se outras organizações, como a Campanha Nacional pelo Direito à Educação e a Associação Nacional pela Formação em Educação (Anfope), que saíram do FNE em solidariedade para construir um fórum e uma conferência de educação alternativos.

Tema e funcionamento da conferência

A Conape toma de empréstimo o tema, eixos, estrutura e objetivos que haviam sido estabelecidos inicialmente para a 3ª Conae, num decreto de 9 de maio de 2016, ainda no governo Dilma Rousseff, que acabou sendo revogado por um decreto executivo já sob a gestão de Michel Temer. 'A Consolidação do Siste-

ma Nacional de Educação – SNE e o Plano Nacional de Educação – PNE: monitoramento, avaliação e proposição de políticas para a garantia do direito à educação de qualidade social, pública, gratuita e laica', será o tema da Conferência, dividido em oito eixos: o PNE na articulação do SNE: instituição, democratização, cooperação federativa, regime de colaboração, avaliação e regulação da educação; qualidade, avaliação e regulação das políticas educacionais; gestão democrática; democratização da educação; diversidade: democratização, direitos humanos, justiça social e inclusão; políticas intersetoriais de desenvolvimento e educação: cultura, ciência, trabalho, meio ambiente, saúde, tecnologia e inovação; valorização dos profissionais da educação; e, por fim, financiamento da educação.

Em agosto do ano passado, o FNPE disponibilizou um documento de referência, construído a partir das deliberações das reuniões do Fórum Nacional de Educação antes das medidas administrativas do Executivo que alteraram sua composição e motivaram a saída das entidades que hoje

compõem o FNPE. Esse documento vem servindo de base para as deliberações das conferências livres, municipais, intermunicipais e regionais realizadas ao longo de 2017 e também das conferências estaduais e distrital, marcadas para acontecer até março de 2018, a partir do trabalho de organização dos fóruns que aderiram ao processo de construção da Conape nos estados e municípios. As discussões realizadas nas conferências preparatórias serão sistematizadas em relatórios dos fóruns permanentes de educação de cada estado, que serão então analisados por uma Comissão de Sistematização do FNPE e incorporadas ao documento-base que será votado na Conape em maio. Para constar no documento-base, as emendas devem ser aprovadas em, no mínimo, três estados. Os participantes da etapa nacional da Conape, por sua vez, dividem-se em quatro categorias: delegados eleitos por segmento (educação básica, superior e profissional) e movimentos sociais nas conferências estaduais; delegados natos, ou seja, membros titulares e suplentes do FNPE; convidados do FNPE, com direito à voz, mas sem direito a voto; e observadores, que podem participar da conferência inscrevendo-se pelo site do FNPE.

Durante a etapa nacional da conferência, cada um dos oito eixos será objeto de uma plenária específica, onde serão votadas as emendas feitas nas etapas estaduais. Na plenária final, as propostas que apresentarem posição contrária nas plenárias de eixo serão votadas, e as que obtiverem maioria simples, ou seja, mais de 50% de votos dos presentes, passam a fazer parte do documento final da Conape. “Esse documento vai nos dar condições de estabelecer uma pauta política mais robusta de defesa da educação pública, com intenção de reivindicar e comprometer os candidatos ao Congresso e ao Executivo com a educação pública e com o Plano Nacional de Educação”, aposta Andreia Gouveia, presidente da Anped. “Acho que o compromisso da Conape é de dizer: nós temos posições, temos formas de construir posições coletivas a gente quer continuar podendo debater a política pública no espaço público”, completa.

Financiamento no centro dos debates

Entre os eixos da conferência, a expectativa dos entrevistados pela Poli é de que o financiamento seja um ponto central. O documento de referência da Conape destaca que o financiamento da educação “é elemento estruturante para a organização e o funcionamento das políticas públicas educacionais e, desse modo, é essencial para que se cumpram as metas previstas na lei que aprovou o Plano Nacional de Educação”. Os representantes das entidades que compõem o FNPE ouvidos pela reportagem são unânimes em apontar que a falta de recursos é de fato o maior obstáculo para a implementação das metas do PNE, que tem vigência até 2024. Para eles, o cumprimento da meta

20 do plano, que estabelece um aumento progressivo dos investimentos públicos em educação, passando de 7% do PIB em 2019 para 10% em 2024, é condição essencial para viabilizar o cumprimento das demais metas. Só que atualmente o país caminha na direção contrária, como diz José Marcelino Rezende Pinto, professor da Universidade de São Paulo (USP) e ex-presidente da Associação Nacional de Pesquisa em Financiamento da Educação (Fineduca). “Pela primeira vez na história o montante global dos recursos do Fundeb [Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação] começou a cair em termos reais. Isso é decorrente principalmente da recessão econômica, porque o Fundeb depende essencialmente da vinculação de impostos para a educação, como o ICMS, e a receita com impostos está despencando nos estados e municípios”, afirma o professor.

Segundo José Marcelino, tudo indica que o patamar de 7% do PIB para educação não será atingido em 2019, mesmo com a recessão econômica que reduziu em 7,2% o Produto Interno Bruto brasileiro na soma dos anos de 2015 e 2016, segundo dados do IBGE. De acordo com os dados mais recentes, de 2014, giram em torno de 5,5% do PIB para a educação. Marcelino explica que as estimativas de ampliação de recursos do Plano Nacional de Educação para chegar aos 10% do PIB estavam embasadas no aumento da participação da União. “A União fica com mais da metade da receita líquida de tributos, mas é o que menos contribui para o financiamento da educação. Só que, com a aprovação da Emenda Constitucional 95, não há possibilidade de aumento dos recursos federais”, lamenta o professor da USP. Ele ressalta que, com a emenda, os gastos com educação da União serão congelados tendo como base o ano de 2017, pior patamar da última década. “A tendência nos próximos anos é de queda dos investimentos em educação mesmo em relação ao PIB. É o pior dos mundos”, projeta.

Novo Fundeb: caminho para do CAQi

Catarina de Almeida, professora da Universidade de Brasília (UnB) e coordenadora do Comitê DF da Campanha Nacional pelo Direito à Educação tem claro que um dos posicionamentos que devem sair da Conape é a defesa da revogação da EC 95. Ela também espera que a Conferência seja uma oportunidade de articular atores políticos na defesa de propostas que possam minorar o estrago causado pelo congelamento dos gastos da União, como a disputa por uma maior complementação da União no Fundeb, que ficou de fora do cálculo da EC 95. A Lei de Diretrizes Orçamentárias aprovada pelo Congresso Nacional para 2018 inclusive previa uma maior participação da União no Fundeb como forma de garantir o cumprimento do PNE, mas o trecho foi vetado pelo presidente Michel Temer. A Emenda



Protesto contra PEC do teto de gastos em Brasília: impactos da medida para a educação pública deve ser um dos focos da conferência

Constitucional 53/2006, que criou o Fundo, estabelece que a complementação da União deve ser de, no mínimo, 10% do montante arrecadado para o fundo por estados e municípios. “Como a arrecadação desses entes está caindo por causa da recessão, o complemento da União tende a cair. A lei fala de no mínimo 10%. Mas no Brasil mínimo para saúde e educação vira máximo”, ressalta José Marcelino.

O Fundo tem vigência até 2020, o que para Catarina coloca uma oportunidade de disputar mais recursos para a complementação da União na educação básica a partir dessa data. Atualmente tramita na Câmara dos Deputados a Proposta de Emenda à Constituição 15/2015, de autoria da deputada Raquel Muniz (PSD-MG) que torna o Fundeb permanente. “Hoje, para cada R\$1 investido no fundo o governo federal entra com 10 centavos. Se a gente conseguisse fazer com que esse valor passasse para 50 centavos para cada R\$1, a gente teria pelo menos como implementar o CAQi a partir de 2020, nos últimos quatro anos do PNE”, destaca Catarina, fazendo referência ao mecanismo criado pela Campanha Nacional pelo Direito à Educação para definir os valores mínimos a serem gastos por aluno para atingir uma educação de qualidade a partir da ampliação do valor repassado pela União para o Fundeb, e que de acordo com o PNE deveria ter sido implementado em 2016.

Em 2010 o Conselho Nacional de Educação aprovou resolução definindo parâmetros para implantação do CAQi, mas o documento nunca foi homologado pelo MEC. Em outubro do ano passado, a Justiça Federal derrubou uma decisão de primeira instância, julgada a partir de ação movida pela Federação dos Municípios do Estado do Maranhão, que obrigava o MEC a homologar a resolução do CNE. “O CAQi deveria ter sido implementado em 2016, mas não houve nenhum esforço. O governo Dilma enrolou o quanto pôde, e o governo Temer agora finge que não tem nada com isso. E aí o complemento da União no Fundeb, que é o fundo que vai para mais de 40 milhões de alunos da educação básica, permanece no patamar de 0,2% do PIB. É uma contribuição ínfima”, reclama José Marcelino.

E os professores?

Outro ponto de destaque do documento de referência, segundo o coordenador do FNPE Heleno Araújo, é a questão da formação dos professores e valorização da carreira docente, que são objeto de quatro das 20 metas do PNE. Dados divulgados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) no relatório *‘Education at a Glance’*, apontaram que o Brasil está entre os países que pior remunera seus docentes. Um professor em início de carreira que dá aula no ensino fundamental em escolas públicas no Brasil recebe, em média, US\$10.375 por ano. Entre os 34 países membros e dez parceiros da OCDE, como o Brasil, a média salarial do professor é quase três vezes maior: US\$29.411 anuais. “A dívida histórica de nosso país para com a valorização profissional dos profissionais da educação permanece e se aprofunda cada vez mais, sobretudo a partir de iniciativas de caráter conservador que limitam e desqualificam o trabalho desses profissionais”, critica o documento de referência da Conape.

Andrea Gouveia, presidente da Anped, destaca a EC 95 como uma das iniciativas que tem impactado negativamente o trabalho docente. Ela afirma que um de seus efeitos tem sido uma indução do governo federal pela adoção de medidas de congelamento de gastos no âmbito estadual e municipal, com impacto sobre as possibilidades de valorização dos profissionais. São Paulo, por exemplo, aprovou, em dezembro do ano passado, uma lei que impede o aumento das despesas do estado pelos próximos dois anos. O congelamento ameaça o reajuste dos servidores públicos estaduais, há anos sem receber sequer a correção dos salários pela inflação. Outros 19 estados já haviam aprovado leis nesse sentido como parte de um compromisso firmado no final de 2016 com o governo federal em troca da renegociação das dívidas dos estados com a União. “Isso vai gerar uma ruptura na lenta valorização dos docentes que a gente vinha acompanhando, com o comprometimento da meta 17 do PNE, por uma melhoria da remuneração dos docentes”, opina Andreia. Segundo ela, o congelamento dos gastos pode ainda contribuir para a precarização da oferta. “Muitos municípios, para poder atender a demanda pela ampliação de vagas na educação infantil num contexto de falta de recursos, têm diminuído a jornada ou mudado o perfil do profissional que atende a criança pequena. É preciso olhar para as metas e pensar como elas vão sendo ressignificadas em cada estado e município, e para isso as etapas municipais, intermunicipais e estaduais da Conape serão importantes”, destaca Andreia.

Lucília Lino, presidente da Anfope, no ‘Caderno de Debates para Avaliação das Metas do Plano Nacional de Educação’ produzido pelo Fórum Nacional Popular de Educação em preparação para a Conape, escreve que o quadro atual aponta para a precarização da carreira docente, e não sua valorização, como prega o PNE. “Após três anos de aprovação do PNE vemos o descompromisso com cada uma das 13 estratégias relativas à formação dos profissionais de educação, e ações que promovem sua desconstrução, das quais citamos, entre outras: a redução do financiamento estudantil, ao invés de sua consolidação; a descontinuidade de programas de iniciação à docência, e não sua ampliação; [...] o desmonte dos programas de formação voltados para as escolas do campo, comunidades indígenas e quilombolas e educação especial; o corte de bolsas de programas como Ciências sem Fronteiras e as Licenciaturas Internacionais”, lista Lucília.

Ela destaca ainda como ameaças para o processo formativo dos docentes da educação básica no contexto atual a “imposição” da Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e da reforma do ensino médio sob o governo

de Michel Temer. A primeira, escreve Lucília, impacta negativamente a formação de professores “ao impor uma lógica centralizadora nos processos educativos e de avaliações de larga escala de alunos, professores e escolas, assim como a adequação da formação aos itens da BNCC, como propõe o MEC”. A reforma do ensino médio, por sua vez, coloca em xeque a garantia da universalização da formação específica em nível superior a todos os professores da educação básica, como diz a meta 15 do PNE, ao alterar a Lei de Diretrizes e Bases e institucionalizar “o leigo (renomeado com o ‘notório saber’) como profissional da educação, caracterizando o descompromisso com a elevação da formação”, afirma a presidente da Anfope. A BNCC e a reforma do ensino médio, para Andreia Gouveia, também serão fundamentais para outra agenda que ela considera que deve ser central na Conape: o diagnóstico sobre o processo de privatização da educação no Brasil. “Por que o governo Temer teve tanta pressa em aprovar a reforma do ensino médio e a BNCC? Nós, e o conjunto de entidades que forma o FNPE, já dissemos publicamente que há aí um conjunto de interesses de venda de material didático, de assessorias privadas, em um processo de privatização crescente da oferta educacional. Acho que essa vai ser uma agenda importante da Conape”, ressalta.

Além do PNE?

É nesse sentido, entre outros, que algumas das entidades que deverão participar da Conape esperam que a conferência vá além do que estabelece o PNE. Fabiano Faria, coordenador-geral do Sindicato Nacional dos Servidores Federais da Educação Básica, Profissional e Tecnológica (Sinasefe), por exemplo, considera essencial que a Conferência resgate uma bandeira defendida por entidades como o próprio Sinasefe e o Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Andes), durante a 2ª Conae, em 2014, mas que acabou ficando de fora da lei do PNE: a defesa de que os recursos públicos sejam destinados somente para a educação pública. O PNE vigente permite que os recursos destinados para a iniciativa privada por meio de programas como o Programa Universidade para Todos (ProUni), o Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) e o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) sejam computados no cálculo dos 10% do PIB para a educação, o que Fabiano considera uma derrota. “Em 2014 esse foi o principal embate nosso com entidades que hoje estão no FNPE, mas que na época eram base de apoio do governo [Dilma]. E o PNE acabou aprovado do jeito que foi, em linha com a política de conciliação que o governo na época defendia. Hoje,

Um racha no FNE

A Conape acontecerá cerca de um ano após a publicação de duas medidas administrativas do governo federal que serviram de estopim para que diversas entidades, como a Campanha Nacional pelo Direito à Educação, a Anfope e a Associação Nacional de Política e Administração da Educação (Anpae), entre outras, decidissem se retirar coletivamente do Fórum Nacional de Educação (FNE) para formar o FNPE. A decisão se deu após a publicação de um decreto executivo e de uma portaria, de número 577, nos dias 26 e 27 de abril de 2017, respectivamente. O primeiro adiou a 3ª Conferência Nacional de Educação para o segundo semestre de 2018, revogando um decreto anterior que convocava a conferência para o primeiro semestre, emitido ainda no governo Dilma Rousseff. Já a portaria 577 alterou a composição do FNE, reduzindo de 42 para 24 as entidades da sociedade civil com assento. Ela também transferiu atribuições que eram do FNE, como a de definir a própria composição do fórum, para a Secretaria-executiva do MEC. Segundo Andrea Gouveia, presidente da Anped, a publicação das medidas foi uma reação do governo a um impasse entre o MEC e os demais representantes do FNE em relação à data de realização da 3ª Conae e também ao seu conteúdo do documento de referência da conferência. “Tivemos muitas dificuldades na interlocução com o MEC no governo Temer. Isso fez com que as entidades convocassem duas reuniões sem o Ministério. Fizemos a reunião na UnB, e deliberamos, por maioria, que continuaríamos construindo a Conae. Isso nos levou a construir o documento-referência, que foi levado para votação em fevereiro de 2017 em uma reunião a qual o MEC compareceu e votou contra”, explica Andrea. Segundo ela, foi construído um novo texto a partir do trabalho de uma comissão de negociação. Em reunião realizada em março, ele foi aprovado pela maioria do FNE, mesmo com os votos contrários dos representantes do MEC. “Nos surpreendeu quando o Ministério da Educação, à revelia do conjunto das entidades do Fórum e à revelia do regimento, dissolveu aquela composição do Fórum e o recompôs a partir de critérios que nós não sabemos quais foram”, reclama Andrea, complementando: “A forma que a gente encontrou de resistir foi organizar o FNPE e manter essa trajetória de conferências a partir da convocação da Conape”.

Procurado pela reportagem da Poli, o MEC, através da sua assessoria de imprensa, afirmou que “corrigiu distorções claras em medidas adotadas pela gestão Dilma, tanto na realização do Conae 2018 quanto na composição do Fórum Nacional de Educação, que estava sendo usado como propósito político-partidário”. Segundo o MEC, a portaria convocando a 3ª Conae para o primeiro semestre de 2018, tinha uma “clara intenção de criar uma mobilização com vistas às eleições”. Além disso, afirmou o MEC, o calendário também criava dificuldades para estados e municípios realizarem suas conferências locais antes da nacional. “O MEC, então, decidiu ampliar o prazo para até o fim de 2018. Com isso, será possível que municípios e estados cumpram suas conferências a tempo e, também, que a Conae 2018 seja realizada com maior planejamento e sem interferência político-partidária”, diz a nota enviada pelo MEC. Com relação à recomposição do FNE, o MEC afirmou que a pasta “determinou a volta da composição original do FNE e agregou representações relevantes que estavam fora, como, por exemplo, o FNDE, de modo a reforçar o papel do Fórum Nacional de Educação como espaço de interlocução entre a sociedade civil e o Estado brasileiro”.

a gente vê qual foi o resultado dessa política”, argumenta Fabiano. E defende: “Não podemos só retomar o que tinha antes do governo Temer. A gente tem que ir além”.

Helena Araújo, coordenador do FNPE, garante que essa questão é consenso hoje entre as entidades que participam do processo de construção da Conape. “No FNE não tinha como porque o setor privado estava dentro, e não concordava com isso. Mas as entidades do FNPE e o próprio documento da Conape já têm consenso de que o recurso público tem que ir para a escola pública”, afirma. Segundo ele, há acordo entre as entidades que compõem o FNPE também com relação à necessidade de a Conape apresentar uma reflexão crítica sobre metas do PNE que ficaram aquém do esperado. Ele dá o exemplo da meta 7, que estabelece a necessidade de se fomentar a qualidade da educação básica em todas as etapas e modalidades. “Só que ele mede a qualidade a partir do Ideb e do Pisa, que só avalia português e matemática, e a taxa de aprovação. Não considera outros indicadores importantes para o processo de avaliação da educação básica e superior, como os indicadores socioeconômicos dos estudantes e dos professores, a infraestrutura das escolas, etc. Então é uma meta totalmente desvirtuada, que atende ao mercado”, critica Helena. Outra meta que ele considera inadequada é a 19, que trata da gestão democrática da educação. “Nós entendemos que o diretor de escola tem que ser eleito diretamente pela comunidade escolar, e não passar por prova, teste ou concurso público, como acontece em São Paulo, por exemplo, que foi o que acabou sendo aprovado no Congresso. Para nós ela não alcança aquilo que nós defendemos para fortalecer a gestão democrática no sistema e dentro das escolas”, diz o coordenador do FNPE. ○

MENOS PARA ELAS

Mulheres seguem recebendo e tendo menos oportunidades que homens no mercado de trabalho. Mas está cada vez mais difícil fingir que essa diferença não existe

Maíra Mathias

Aconteceu em janeiro. Numa competição de skate em Santa Catarina, um homem e uma mulher sobem ao pódio. São fotografados. Muita gente só foi perceber que estava errado com a cena depois, quando a imagem caiu nas redes sociais. Enquanto a atleta Yndira Asp segura um prêmio de R\$ 5 mil pelo primeiro lugar na competição feminina, seu colega de esporte, Pedro Barros, leva para casa um prêmio bem maior, de R\$ 17 mil, pela masculina. Enquanto isso, muito longe dali, na Islândia, o começo de 2018 trouxe uma vitória histórica para o movimento feminista. O país se tornou o primeiro no mundo a proibir que empresas paguem salários diferentes para homens e mulheres que exercem a mesma função. E embora a realidade dos demais países esteja mais parecida com a primeira situação do que com a segunda, a desigualdade de gênero no mercado de trabalho está cada vez mais sob os holofotes. Literalmente.

O assunto do momento é a indústria do entretenimento nos Estados Unidos. Por lá, diversas atrizes e personalidades de Hollywood criaram o #MeToo. Embora o movimento tenha sido colado somente às denúncias de assédio sexual nos ambientes de trabalho, desde o início toca em uma questão importante: a forma como ho-

mens poderosos prejudicam carreiras de mulheres que não se submetem às suas chantagens. Em artigo publicado no jornal *New York Times*, a atriz Salma Hayek expôs a sua experiência com o produtor de cinema Harvey Weinstein, alvo de dezenas de denúncias. Ela conta como Weinstein ameaçou tirá-la tanto do papel principal quanto da produção de 'Frida', filme que narra a vida da pintora mexicana Frida Khalo, uma iniciativa de Hayek que, durante anos, trabalhou no projeto. Outras atrizes, como Rosanna Arquette e Marisa Tomei, foram colocadas na "geladeira" por Weinstein no ápice de suas carreiras na década de 1990. Com sua influência, ele fez com que não conseguissem mais bons papéis em nenhum estúdio durante anos.

Na toada das denúncias, é claro, pipocaram muitas - mas muitas - matérias levando a público as diferenças salariais entre os atores e as atrizes. Uma delas poderia ilustrar o verbete contrassenso no dicionário. Depois das denúncias de assédio no ambiente de trabalho contra o ator Kevin Spacey, decidiu-se regravar um filme já pronto

OI PARK JAM



em que ele estava. Assim, as cenas tiveram que ser refeitas. Eis que o ator Mark Wahlberg ganhou 1,5 mil vezes mais do que Michelle Williams para voltar a filmar. Ele ganhou US\$ 1,5 milhão; ela mil dólares. E a ironia: o nome do filme é ‘Todo o dinheiro do mundo’.

“Sabe como eu chamo isso? Fogo de monturo. Estava pegando fogo por baixo, ninguém via. Aí alguém passou, lascou um fósforo - e esse fósforo aceso foi a grita das americanas”, descreve Hildete Pereira de Melo, professora aposentada da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pioneira dos estudos brasileiros sobre desigualdade de gênero no mundo do trabalho. “E aí as pessoas passam a enxergar de verdade esses absurdos. Não engolem mais o prêmio diferente no skate. O fogo de monturo explodiu”, compara.

Mas será que um movimento como o #MeToo pode repercutir na vida das mulheres em geral? As que não estão no foco das atenções? Aquelas que, historicamente, são as mais vulneráveis: as pobres, as negras, as mulheres da periferia? “Eu acho que essas denúncias ajudam bastante. Tudo é poderoso na medida em que a realidade é questionada e mais gente esperneia”, afirma a pesquisadora, que, no entanto, pondera que essa onda de atenção que o tema tem gerado pode quebrar de uma hora para outra. E, por isso, é preciso ir muito além das denúncias e constituir uma base de mulheres politizadas.

“É preciso que a base sinta e tome para si a discussão a fundo. Que se engaje. A Islândia, por exemplo, tem um movimento de mulheres fortíssimo que conseguiu fazer uma greve feminina total em 24 de outubro passado. Aqui até tentamos fazer uma paralisação nacional em 2017. E nem era por igualdade de salário, como lá, mas contra a violência, por causa dos feminicídios que têm repercutido. E nem era o dia todo, apenas duas horas. Não conseguimos adesão em massa”, lamenta.

No Brasil

As mulheres representam 51,3% dos 208 milhões de brasileiros. São maioria. Mas no mercado de trabalho, na política, em cargos de chefia e em muitos outros espaços isso não se expressa. Nas eleições de 2016, representaram 31,6% do total de candidatos, calculou a *Folha* (16/02). No Congresso, são apenas 19,9% dos parlamentares. Há 27 anos, são majoritárias no ensino superior e representam 49% das bolsistas do CNPq. Mas esse número cai pela metade quando falamos das bolsas mais prestigiosas da agência, a categoria 1A (*Globo*, 23/01).

Relatório publicado anualmente pelo Fórum Econômico Mundial comparou 144 países em 2017. O Brasil está na 90ª posição no *ranking* de equidade de gênero – e muito disso se deve à baixa representatividade que as mulheres têm na política e da discrepância nos salários. Por aqui, a

renda feminina média corresponde a 58% da masculina. A média salarial no ano foi estimada em R\$ 36.330 para mulheres e R\$ 62.860 para homens. Ao invés de melhorar, o país vem piorando. Em 2016, estava na 79ª posição e, em 2006, na 67ª.

“Deixamos de ser apenas 20% do mercado de trabalho na década de 1970 para chegar aos 45% nos anos 2000. Mas isso está estacionado desde então”, acrescenta Hildete. E o panorama que está se armando diante do “desmantelo” da legislação do trabalho não é bom, alerta. Em fevereiro, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou que o desemprego havia saltado de 11,5% para 12,7%, maior índice já registrado desde que se começou a fazer pesquisas do tipo no país. E são justamente as mulheres as mais prejudicadas. A conclusão, que já é consenso entre cientistas, foi de novo confirmada por uma pesquisa divulgada no dia 20 de fevereiro pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC) e pela Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas. Elas representam 59% daqueles que procuram emprego; demoram mais tempo para se reinserir no mercado (15 meses contra os 12 meses levados pelos homens); e ocupam menos vagas formais (34,9% *versus* 46,4%).

E é justamente a informalidade que está puxando a ‘recuperação’ do mercado de trabalho. Segundo a última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) contínua do IBGE, o país tem 11,1 milhões de trabalhadores sem carteira, enquanto 23,1 milhões entram na categoria ‘por conta própria’. A soma de ambos supera em 900 mil o número de pessoas com carteira assinada. “E o emprego formal será com trabalho intermitente”, a modalidade mais imprevisível e que paga menos, lembra Hildete. “Ao longo de todo o século 20 as mulheres sempre tiveram uma taxa de desemprego maior que a dos homens. Embora não diferencie entre homem e mulher, é claro que num mundo do trabalho já desigual, a reforma trabalhista liberal penalizará mais as mulheres”, garante a pesquisadora.

Ao mesmo tempo, ganha musculatura no país um discurso conservador que diminui a relevância das iniquidades de gênero (quando simplesmente não nega sua existência). Embora o principal investimento das forças sociais de direita seja na chamada ‘pauta moral’, há riscos de esse discurso contaminar também o mundo do trabalho? A resposta é sim, segundo Hildete. Mas não imediatamente, já que na avaliação da pesquisadora, esse ‘trabalho’ a direita liberal vem fazendo. “Contudo, o obscurantismo trazido por essa narrativa de ideologia de gênero, que tenta convencer os pais de que abordar essas questões na escola é doutrinação e quer proibir as crianças de discutir o que é ser homem, o que é ser mulher na nossa sociedade é um retrocesso muito grande. No Brasil, ainda temos muito o que conquistar então qualquer passo atrás é grave”, diz.

GÊNERO

“Se deixarmos a menina escolher os brinquedos, ela escolherá certamente miniaturas de utensílios de cozinha e de casa. É um instinto natural, o pressentimento de um dever

que a mulher terá de cumprir. A mulher deve alimentar o homem”. O trecho acima, pinçado pela professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Jane Felipe no artigo ‘Infância, Gênero e Sexualidade’, foi retirado de um livro publicado em 1859 intitulado ‘A mulher’. Nele, o filósofo francês Jules Michelet defende uma educação diferenciada em função dos sexos com base na concepção de que homens e mulheres possuíam “naturezas” ou “essências” distintas.

Ao longo dos mais de 150 anos que separam o livro de Michelet dos dias de hoje, transformações de várias ordens – muitas delas fruto da organização e mobilização das mulheres na luta por direitos – contribuíram para questionar inúmeros pressupostos daqueles que procuravam atribuir papéis sociais distintos a homens e mulheres com base na “natureza”, legitimando a desigualdade entre os sexos. O direito ao voto pelas mulheres, sua entrada massiva no mercado de trabalho e a conquista de iniciativas e leis que garantissem o direito a creche para os filhos foram apenas algumas das transformações que ajudaram a desnaturalizar a ideia de que servir ao homem era “destino” da mulher.

Gênero como construção social

É por volta dos anos 1960, principalmente a partir do trabalho de teóricas ligadas à chamada segunda onda feminista nos Estados Unidos e Europa, que entra em cena um conceito que vai alçar essa discussão a um novo patamar. “O conceito de gênero problematiza a ideia de natureza que era muitas vezes utilizada para justificar as desigualdades entre homens e mulheres. Quando falamos de gênero estamos dizendo sobre as construções sociais, históricas, culturais em torno dos comportamentos de masculinidade e feminilidade, mostrando que esses comportamentos podem variar de acordo com o tempo histórico, de acordo com a cultura na qual o sujeito está inserido”, explica Jane Felipe, em entrevista à Poli.

Para Berenice Bento, professora da Universidade de Brasília (UnB), essa questão se complexifica no momento em que a chamada teoria *queer*, a partir da década de 1980, se volta mais detidamente para o estudo do que efetivamente significa ser homem ou mulher e também para as identidades sexuais até então consideradas “desviantes”, em um contexto de ascensão das lutas dos movimentos LGBT. “Essa é uma discussão que passa a acontecer mais recentemente a partir de uma obra fundante, que é o livro ‘Problema de gênero’, da Judith Butler”, diz Berenice, fazendo menção à socióloga feminista norte-americana que recentemente visitou o Brasil para um ciclo de palestras e foi alvo de protestos de grupos conservadores contrários às suas ideias. “Os estudos *queer* se perguntam o que é homem e o que é mulher. Esse questionamento é provocado principalmente por uma experiência identitária que coloca em xeque a ideia de natureza feminina e natureza masculina, que são as experiências trans”, destaca a professora da UnB.

É nas experiências das identidades trans, complementa Berenice, que se radicaliza o caráter do gênero como uma construção social. Segundo a professora da UnB, elas colocam de maneira clara a cisão entre os chamados *papéis sociais de gênero* – ou seja, o conjunto de comportamentos associados com o feminino e com o masculino, construídos cultural e historicamente – e a *identidade de gênero*, que se refere ao gênero com o qual cada pessoa se identifica, que pode ou não estar em sintonia com o gênero que é associado ao sexo biológico. “Na década de 1980, a Roberta Close foi considerada a mulher mais bonita do Brasil. Ela consegue performatizar socialmente, se apropriar dos signos corporais e culturais definidos como femininos e passa então a ser reconhecida como mulher. O que eu estou dizendo é que os atributos masculinos e femininos não estão inscritos nos

cromossomos, na diferença sexual”, exemplifica Berenice.

Ação e reação

Conflitos recentes que vêm se desenrolando no cenário político nacional colocam essa disputa em torno das concepções de gênero de maneira muito clara. Uma delas diz respeito à oposição de setores conservadores que se valem de um discurso religioso para denunciar o que chamam de “ideologia de gênero”. Exemplo recente foi a campanha bem-sucedida pela retirada das menções a gênero do texto da Base Nacional Comum Curricular (BNCC), documento que deve orientar os currículos das escolas de educação infantil e ensino fundamental de todo o Brasil. O cardeal Dom Orani Tempesta, arcebispo metropolitano do Rio de Janeiro, foi um dos que se mobilizou em torno desta pauta e, em um artigo publicado em novembro de 2017 no *Jornal do Brasil*, defendeu a retirada da “ideologia de gênero” do texto da BNCC com argumentos que remetem às ideias defendidas por Jules Michelet 150 anos atrás. “Essa teoria faz parte de um conjunto maior de ideias que se destinam a desconstruir a sociedade atual em vista de uma anarquia geral. [...] segundo a ideologia de gênero, não é a natureza, mas a sociedade quem vai impondo ao homem ou à mulher certos comportamentos típicos. Desse modo, se a menina prefere brincar de casinha ou aconchegar a boneca isso não se deveria ao seu instinto natural à maternidade, mas tão somente a uma convenção social dominadora [...] Vê-se, portanto, de modo muito claro, que a referida Ideologia é contra Deus”, defendeu o arcebispo.

Para Jane Felipe, o crescimento dos grupos contrários ao que chamam pejorativamente de “ideologia de gênero” reflete a reação de parcelas conservadoras que veem na mobilização política por parte dos movimentos feminista e LGBT uma ameaça às estruturas de instituições como a Igreja Católica. “Não existe ‘ideologia de gênero’. O que existe é um pânico moral por parte de grupos conservadores ligados à

Igreja Católica em relação às conquistas das mulheres, dos homossexuais, dos transexuais”, aponta a professora da UFRGS.

Segundo ela, parte das críticas origina-se de uma confusão entre gênero e sexualidade. “São coisas diferentes. Quando a gente fala de gênero, a gente está falando das expectativas sociais, históricas e culturais em torno das masculinidades e das feminilidades. Essa expectativa, por exemplo, tem a ver com essa ideia de que as meninas são naturalmente mais meigas, os meninos são naturalmente mais agressivos. No entanto, as pessoas não percebem o quanto a gente educa meninas e meninos para terem determinado tipo de comportamento. Já as orientações sexuais têm a ver simplesmente com a forma pela qual eu oriento meu desejo afetivo sexual: se eu direciono meu desejo para uma pessoa do outro sexo, se diz que o sujeito é heterossexual, se eu oriento meu desejo afetivo sexual por uma pessoa do mesmo sexo, eu sou homossexual, ou gay ou lésbica; se para ambos, bissexual, etc”, explica. Jane acrescenta ainda que falar de gênero na escola não se trata de “incentivar” a homossexualidade dos estudantes, como frequentemente acusam os grupos contrários a essa discussão. “Ao fim e ao cabo, é disso que se trata esse pânico. Mas a gente não pode deixar a critério apenas do professor de biologia discutir esses temas, porque eles são do campo cultural também”, destaca. E completa: “As estatísticas mostram claramente o quanto é importante discutir essas questões: os altos índices de HIV e de doenças sexualmente transmissíveis no Brasil; as estatísticas em torno do feminicídio, de homicídios de homossexuais e travestis; as mulheres ganham menos do que os homens, exercendo a mesma função; o assédio sexual no trabalho ou nas escolas, nas universidades, que os próprios jovens têm se mobilizado para discutir. São todos temas fundamentais”, defende.

Contraofensiva conservadora no seio da Igreja Católica

No artigo ‘Ideologia de gênero’: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo’, Richard Miskolci e Maximiliano Campana, professores da Universidade Federal de São Carlos (Ufscar) e da Universidade Nacional de Córdoba, respectivamente, explicam que as ideias que sustentam a existência de uma “ideologia de gênero” constituíram parte de uma contraofensiva do Vaticano à Conferência Mundial de Beijing sobre a Mulher, de 1995, que colocou a categoria “gênero” no centro dos debates em torno do papel da mulher, reconhecendo que a desigualdade entre homens e mulheres é um problema estrutural e só pode ser abordado de uma perspectiva integral de gênero.

Mas é somente em 2007 que o termo “ideologia de gênero” aparece em um documento oficial da Igreja Católica, no que ficou conhecido como ‘Documento de Aparecida’. Ali fica clara a preocupação da Igreja com as demandas de cidadania pelos homossexuais e por direitos reprodutivos e sexuais por parte das feministas. “Entre os pressupostos que enfraquecem e menosprezam a vida familiar, encontramos a ideologia de gênero, segundo a qual cada um pode escolher sua orientação sexual, sem levar em consideração as diferenças dadas pela natureza humana. Isso tem provocado modificações legais que ferem gravemente a dignidade do matrimônio, o respeito ao direito à vida e a identidade da família”, diz o texto.

“Ideologia de gênero” no Brasil

É na esteira de uma decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) que o enfrentamento dos setores conservadores àquilo que identificam como “ideologia de gênero” ganha corpo, segundo Miskolci e Campana. Em 2011, o STF reconheceu que a união entre pessoas do mesmo sexo tinha o mesmo *status* do casamento heterossexual. No mesmo mês da decisão, a polêmica em torno do material didático do programa ‘Escola sem homofobia’, apelidado pelos seus críticos de “kit

gay”, ganhou notoriedade nacional. A distribuição do material acabou sendo vetada pela então presidente Dilma Rousseff em meio à oposição principalmente da Frente Parlamentar Evangélica no Congresso. Desde então, a “ideologia de gênero” tem aparecido com destaque nas falas de grupos conservadores que vêm se mobilizando de maneira acentuada na educação, como o Escola sem Partido, por exemplo. E esses grupos vêm obtendo vitórias importantes, como a própria exclusão do gênero do texto da BNCC e também das menções à desigualdade de gênero dos Planos estaduais e municipais de educação. Segundo levantamento da iniciativa ‘De olho nos Planos’, dos 25 estados que haviam sancionado seus planos de educação até julho de 2016, 12 não fizeram referência à igualdade de gênero.

“Gênero - e identidade de gênero mais especificamente - tornou-se uma palavra maldita”, destaca a professora da UnB Berenice Bento. “No contexto atual gênero passou a ser tomado por setores conservadores como o ‘inimigo’ a ser combatido. São setores que se utilizam do pânico, do medo da desarticulação da família, dos valores tradicionais”, completa Berenice. Para ela, os retrocessos são muito preocupantes, mas não anulam os acúmulos obtidos pelos movimentos feministas e LGBT na visibilização das temáticas de gênero e sexualidade ao longo dos últimos anos. “Não foi a partir da entrada de [temas como] identidade de gênero, diversidade sexual e sexualidade nos planos de educação que começamos a discutir isso nas escolas, foi um movimento inverso. Eu vejo um ótimo nível de avanços que acho impossível voltar. Tem transexual que está na universidade, que é professor universitário. Você está vendo essas pessoas. Como se vai proibir a discussão? Está até na novela da Globo”, conclui. ○

A BANCA AGRADECE

2015

"É fundamental, na área trabalhista, permitir que as convenções coletivas prevaleçam sobre as normas legais, salvo quanto aos direitos básicos"

(Documento Ponte para o Futuro, da Fundação Ulysses Guimarães, do PMDB, partido do então vice-presidente Michel Temer)

2016

"Nessa nova etapa da vida nacional, o governo e o Congresso precisarão de coragem e determinação para adotar medidas duras, mas essenciais para a retomada do desenvolvimento. Entre elas, estão as reformas previdenciária, tributária e administrativa, a recomposição das contas públicas, a modernização das leis trabalhistas e a revisão dos marcos regulatórios (...)

Neste momento turbulento (...) temos a certeza de que o Congresso agirá com serenidade, grandeza e patriotismo para tomar a decisão que o país exige.

Desse modo, poderemos suplantar a crise, tornar a crescer e gerar empregos. É hora de mudar (...)"

(Carta da Confederação Nacional da Indústria – CNI aos deputados federais às vésperas da votação do impeachment)

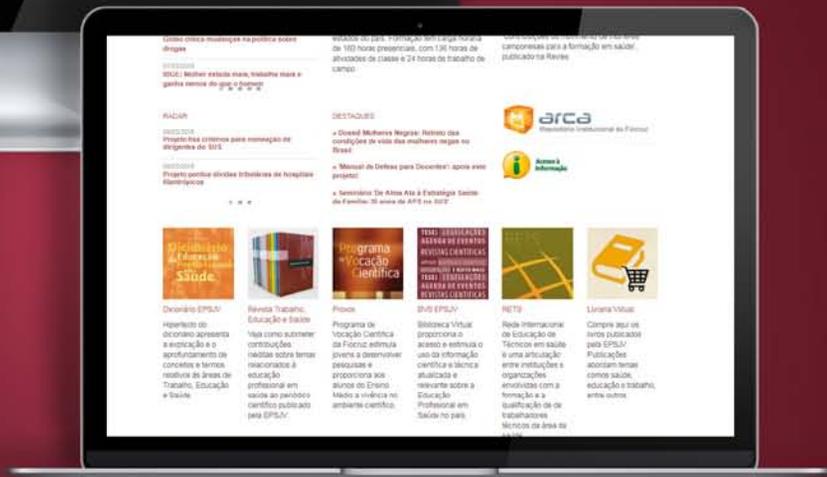
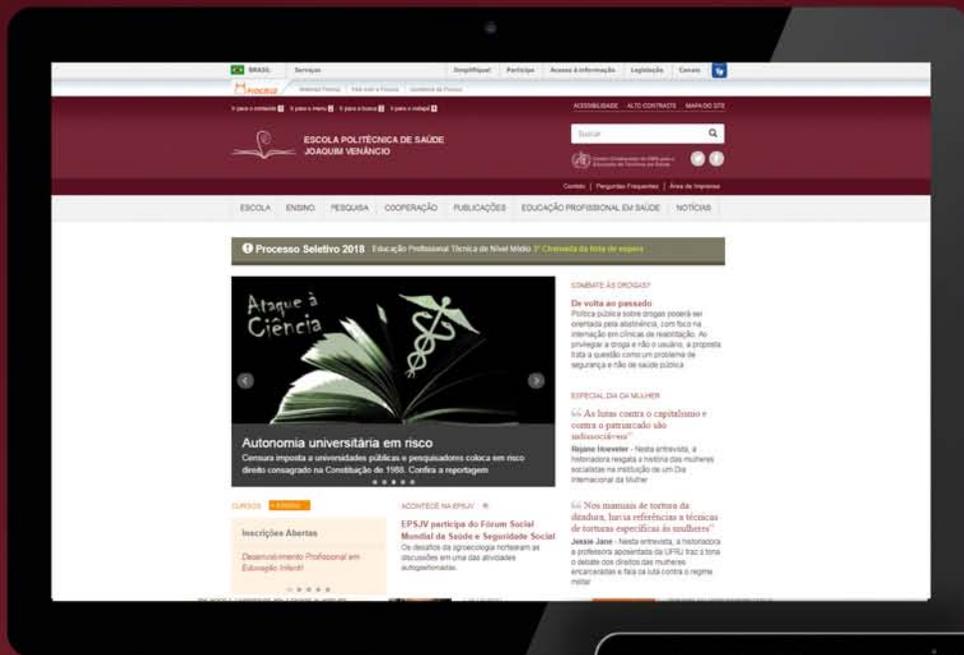


2017

– Aprovada a Reforma Trabalhista, em novembro...

– Pela primeira vez na história do país, o trabalho informal superou o trabalho formal, segundo dados do IBGE. Somados, os "ocupados sem carteira assinada" e aqueles que trabalham "por conta própria" – categoria que envolve autônomos e trabalhadores informais – somam 34,31 milhões de brasileiros. O ano fechou ainda com o menor número de pessoas com carteira assinada desde 2012.

– Ações trabalhistas caíram a menos da metade. Em dezembro, o país teve 84,2 mil ações em tribunais trabalhistas de primeira instância. A média mensal costumava ser superior a 200 mil. Segundo os mesmos dados, levantados pelo Tribunal Superior do Trabalho para o jornal Estadão, foi o menor número nos últimos três anos.



ACESSIBILIDADE
Pessoas com deficiência
poderão usar e contribuir
com o Portal



DESIGN RESPONSIVO
Completamente adaptável
para dispositivos móveis,
segundo o Padrão Digital
do Governo

Novo Portal da Educação Profissional em Saúde
Comunicação pública sobre saúde, educação e trabalho

www.epsjv.fiocruz.br