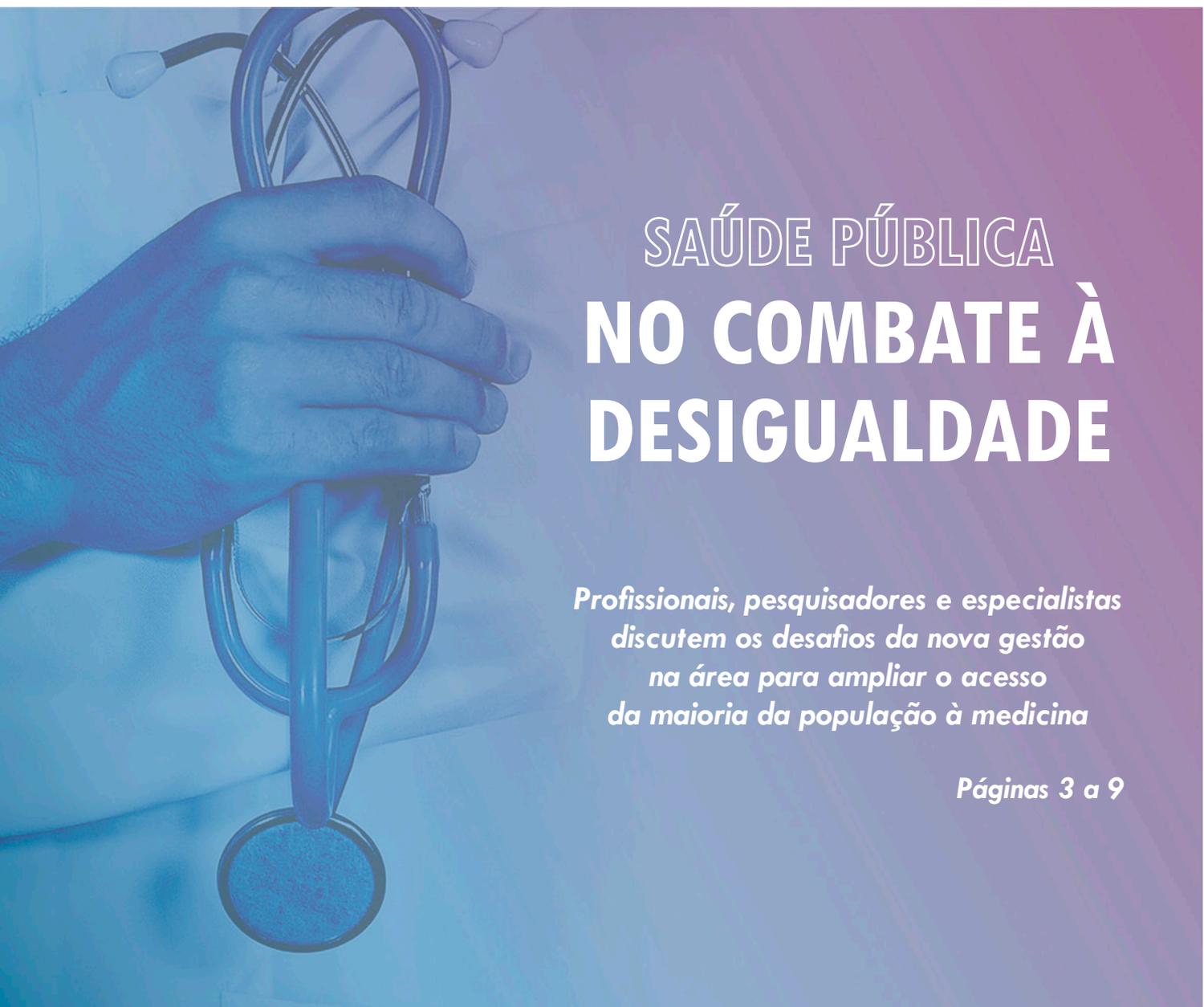


Jornal da Ciência

Publicação da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência



SAÚDE PÚBLICA NO COMBATE À DESIGUALDADE

*Profissionais, pesquisadores e especialistas
discutem os desafios da nova gestão
na área para ampliar o acesso
da maioria da população à medicina*

Páginas 3 a 9

VACINA

Falta de
investimentos
atrasa vacinas

10

PSICOSSOCIAL

A sombra da
pandemia

12

ENTREVISTA

Rosana Onocko
fala das dívidas
sanitárias

15

EDITORIAL

Esperança de reconstrução da saúde pública

A entrada de um novo governo alimentou as esperanças de melhoras no panorama nacional. Depois de quatro anos de descaso e desmonte de políticas públicas, são muitas as frentes que demandam medidas urgentes. Mas nesta edição, a primeira após a posse do presidente Luiz Inácio Lula da Silva e a escolha da ministra Nísia Trindade Lima, o *Jornal da Ciência* decidiu focar em um tema vital: a saúde pública.

A matéria de capa mostra como a desigualdade nos gastos afeta diretamente a maioria da população que depende do Sistema Único de Saúde (SUS) para ter atendimento médico. Estatísticas da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) revelam que o Brasil apresenta um volume de gastos com saúde igual a 9,6% (em 2019) do Produto Interno Bruto (PIB), um patamar não muito abaixo de países desenvolvidos como Espanha, Nova Zelândia, Finlândia e Reino Unido. Também está próximo ao que dispõem nossos vizinhos Argentina, Colômbia e Chile.

Entretanto, ao contrário do que ocorre naqueles países, a maior parcela dos gastos no Brasil (60%) vai para o setor privado (hospitais, planos de saúde, farmácias) e 40% para o setor público. Já nos países desenvolvidos, a proporção de gastos públicos é igual ou maior do que 70%.

Um dos grandes problemas do financiamento à saúde no Brasil está no chamado Teto de Gastos (EC 95/2016), que impede o Estado de investir mais no setor e atender às demandas crescentes da população. Outra questão é mais de cunho cultural e tem a ver com a visão que a sociedade brasileira tem em relação à saúde pública, como bem definiu a médica, professora da UFRJ e secretária regional da SBPC no Rio de Janeiro, Lígia Bahia.

Enquanto presidentes brasileiros (de esquerda e de direita), quando ficam doentes, vão para os grandes hospitais privados (Einstein, Sírio Libanês, Copa D'Or), líderes estrangeiros fazem o oposto. Um exemplo é o ex-primeiro ministro britânico Boris Johnson – um líder populista de direita, defensor das privatizações – que, quando pegou covid, foi tratado em um hospital público.

A nomeação de Nísia Trindade Lima para o Ministério da Saúde foi considerada uma excelente escolha pelos especialistas, dado o comprovado compromisso dela com a saúde pública. Porém, como apontaram alguns dos maiores especialistas na área entrevistados para essa matéria, os desafios que ela vai encarar não são nada triviais.

A começar pela queda drástica nos investimentos em Ciência, Tecnologia & Inovação (CT&I), que resultaram em atraso nas pesquisas e desenvolvimento das vacinas brasileiras contra covid-19. Dos 17 projetos apresentados já em 2020, apenas quatro têm perspectivas de chegar aos brasileiros, ainda assim só no fim de 2024.

Igualmente será difícil lidar com os resultados da irresponsabilidade do governo anterior, que criou um gabinete dedicado à produção e disseminação de notícias falsas e desinformação e desmontou sistemas construídos ao longo de muitos anos em benefício da população. Um exemplo é a saúde dos indígenas, totalmente vilipendiada, sofrendo ataques constantes de grupos de interesse. Outro é o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que havia sido construída com os esforços de décadas de vários movimentos sociais, de profissionais, trabalhadores e personagens como a médica Nise da Silveira, que levaram humanização aos doentes mentais.

A SBPC se coloca à disposição nessa nova fase em que, espera-se, a ciência esteja na base da reconstrução da saúde pública brasileira.

Boa leitura!

RENATO JANINE RIBEIRO | Presidente da SBPC

FERNANDA SOBRAL | Vice-presidente da SBPC

Contribua e fortaleça a Sociedade Científica mais representativa do País!



Você pode doar qualquer valor, a qualquer momento. Ajude a SBPC a manter seu trabalho em defesa da ciência, da educação e do desenvolvimento econômico e social do País

A Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) conta com um espaço virtual para que apoiadores da entidade possam fazer doações em dinheiro para fortalecer seu trabalho em defesa da ciência, da educação e do desenvolvimento econômico e social do País. Para colaborar com qualquer quantia, basta acessar o link: <http://portal.sbpcnet.org.br/doacao> e seguir as instruções.

A SBPC é uma entidade civil, sem fins lucrativos ou posição político-partidária, voltada para a defesa do avanço científico e tecnológico, e do desenvolvimento educacional e cultural do Brasil. Desde sua fundação, em 1948, exerce um papel importante na expansão e no aperfeiçoamento do sistema nacional de ciência e tecnologia, bem como na difusão e popularização da ciência no País.

Sediada em São Paulo, a SBPC está presente nos demais estados brasileiros por meio de Secretarias Regionais. Representa 170 sociedades científicas associadas e milhares de sócios ativos, entre pesquisadores, docentes, estudantes e cidadãos brasileiros interessados em ciência e tecnologia.

A SBPC participa ativamente de debates sobre questões que determinam os rumos das políticas de Ciência, Tecnologia (C&T) e da Educação no Brasil. Tem assento permanente no Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CCT), órgão consultivo do Governo Federal para definição das políticas e ações prioritárias no campo da C&T. Possui representantes oficiais em mais de 20 conselhos e comissões governamentais. Periodicamente institui grupos de trabalhos – compostos por cientistas renomados em suas especialidades – com o objetivo de estudar e apresentar propostas para questões específicas de interesse nacional.

Anualmente, a SBPC realiza diversos eventos, de caráter nacional e regional, com o objetivo de debater políticas públicas de C&T e difundir os avanços da ciência. A entidade também contribui para o debate permanente das questões relacionadas à área por meio de diversas publicações, como o *Jornal da Ciência*, a revista *Ciência e Cultura*, seu portal na internet e a edição de livros sobre temas relacionados à ciência brasileira.

Conheça todas as ações da SBPC em seu portal: www.sbpcnet.org.br.

Faça parte dessa campanha e colabore com a SBPC:

<http://portal.sbpcnet.org.br/doacao>



Siga a SBPC nas redes sociais

@SBPCnet



portal.sbpcnet.org.br

SAÚDE PÚBLICA É O REFLEXO DAS DESIGUALDADES

Segundo o Ipea, mais de 70% da população brasileira tem acesso às ações e aos serviços de saúde quase exclusivamente pelo SUS, que vem encolhendo há duas décadas por escolhas políticas que levaram ao desfinanciamento e desmonte

JANES ROCHA

Após seis anos de desmonte de políticas públicas, as urgências se acumulam no Brasil de 2023. Nesta primeira edição especial após a posse do novo governo, o *Jornal da Ciência* optou por abordar a saúde pública como tema de capa. Porém, não há como dissociar esse assunto de outro mais amplo: a desigualdade socioeconômica que tem implicações fundamentais no acesso à saúde e a outras necessidades humanas.

Saúde foi também o assunto do primeiro relatório de 2023 da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea), órgão ligado ao Ministério do Planejamento. Intitulado “Políticas Sociais – acompanhamento e análise”, o estudo esmiuçou a saúde frente à questão da desigualdade.

Após uma revisão da literatura, os pesquisadores do instituto ressaltaram que no Brasil de 2021, por exemplo, os 10% mais ricos capturaram 59% da renda total nacional, enquanto metade da população ficou com aproximadamente 10%. “Esse resultado colocou o País entre aqueles de maior desigualdade de renda do mundo”, afirmaram.

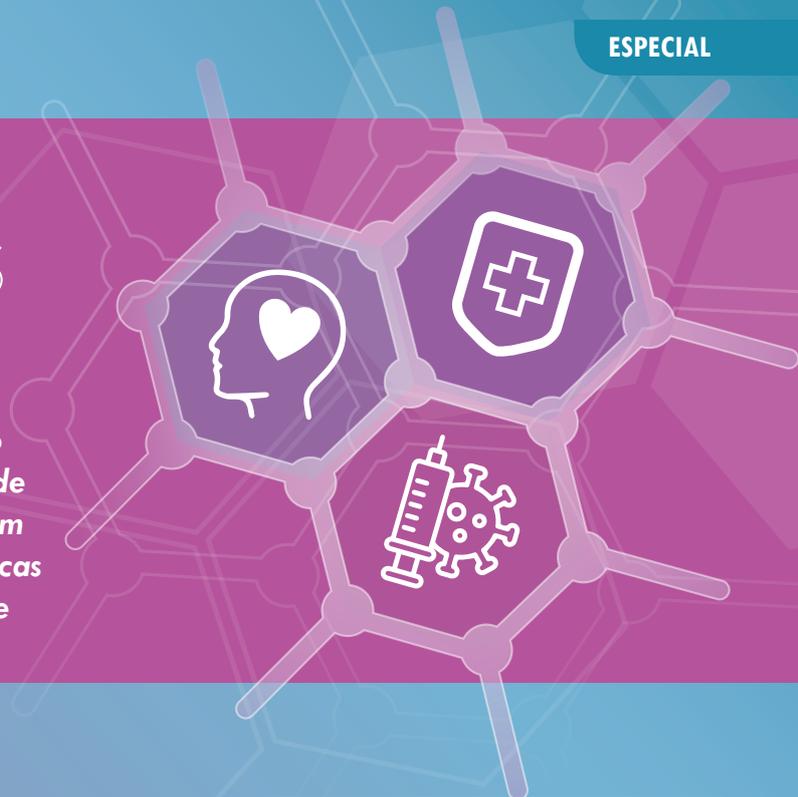
O problema é que, no Brasil, mais de 70% da população tem acesso às ações e aos serviços de saúde quase exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). “Isso mostra a importância e a dimensão do sistema público de acesso universal no País”, alerta o estudo do Ipea.

“A ideia é apontar como as desigualdades estão, tanto em termos de financiamento do sistema de saúde, quanto de acesso a serviços, para sinalizar a uma agenda necessária de enfrentamento por parte do governo federal”, comentou Fabiola Sulpino Vieira, pesquisadora em Políticas Públicas e Gestão Governamental e coordenadora de Estudos e Pesquisas em Saúde e Assistência Social da Disoc/Ipea.

Inspirado no National Health Service (NHS) britânico, o SUS está embasado em um arcabouço legal que prevê a distribuição equitativa da assistência de saúde enquanto direito e cidadania, mesmo em um território tão extenso e diverso. No entanto, o cenário da saúde pública brasileira parece tomar outro rumo, distante das determinações legais.

Um sistemático desfinanciamento provocado por escolhas políticas ao longo das últimas duas décadas acabou por deixar o SUS em posição inferior em relação à saúde privada. Hoje o Brasil gasta mais com o setor privado que com a saúde pública, atesta a médica Lígia Bahia, professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e secretária regional da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC).

O preço dessas escolhas foi cobrado durante a pandemia de covid-19, quando um governo negacionista entregou o SUS – já menor que o necessário – nas mãos de políticos, militares e religiosos sem qualquer experiência, muitos deles interessados apenas no balcão de negócios. O resultado foram as cenas chocantes nunca vistas antes no Brasil de sepultamentos coletivos, caixões empilhados em cemitérios sem espaço para tantos corpos, pessoas sofrendo com falta de ar e um saldo, até agora, de 700 mil mortos pela pandemia. Nas próximas páginas, especialistas em saúde pública farão um diagnóstico e oferecerão ideias para o novo governo recuperar o tempo perdido com a saúde dos brasileiros.



Gastos com saúde privilegiam setor privado

Estatísticas mostram que, ao contrário do que ocorre com países desenvolvidos, a maior parcela dos gastos no Brasil (60%) vai para o setor privado (hospitais, planos de saúde, farmácias) e 40%, para o setor público. Já nos países desenvolvidos, a proporção de gastos públicos é igual ou maior do que 70%

JANES ROCHA

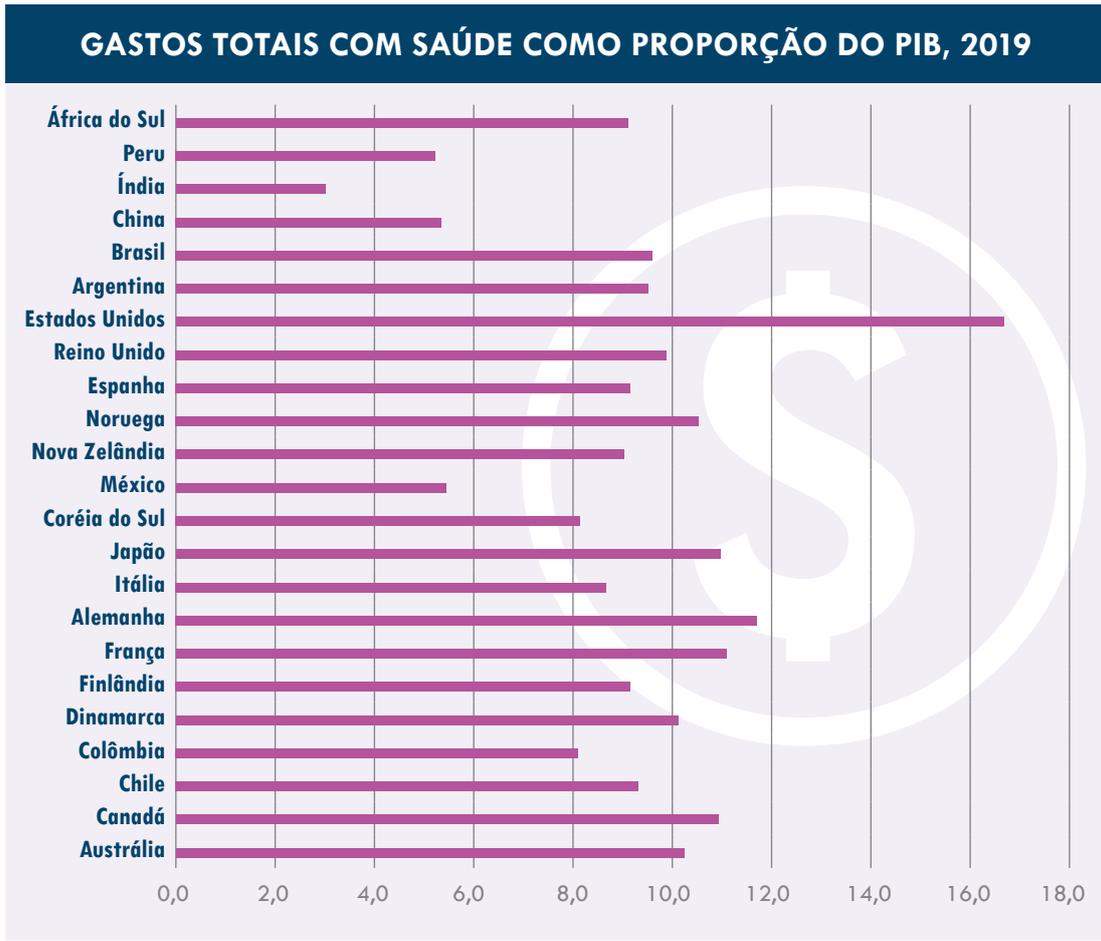
O Sistema Único de Saúde (SUS) esteve em evidência durante a pandemia de covid-19, quando houve um súbito reconhecimento de sua importância para a população brasileira. E apesar dos méritos do SUS, a resposta brasileira à doença provocada pelo coronavírus foi desorganizada e caótica. Isso porque o sistema, que já vinha estrangulado financeiramente pelo chamado Teto de Gastos (Emenda Constitucional 95/2016), ficou sobrecarregado e entregou menos do que já foi capaz.

À falta de recursos se somou a má gestão da administração federal à época, levando o Brasil a registrar, até hoje, mais de 700 mil mortes, o que equivale a mais de 10% dos 6,8 milhões de óbitos por covid-19 no mundo. Foi o segundo maior número depois dos EUA – apesar do Brasil concentrar apenas 2,7% da população mundial.

A nova administração do Ministério da Saúde (MS), órgão gestor do SUS, que assumiu após a mudança de governo com as eleições de 2022, trouxe esperança de uma recuperação da capacidade de resposta do sistema às necessidades do País. Trata-se de uma equipe liderada pela socióloga Nísia Trindade, ex-presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que tem comprovado compromisso com a saúde pública. Para tanto, porém, há vários obstáculos, como apontam alguns especialistas entrevistados pelo *Jornal da Ciência*.

Estatísticas da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) revelam que, na comparação internacional, o Brasil apresenta um volume de gastos com saúde igual a 9,6% (em 2019) do Produto Interno Bruto (PIB), um patamar não muito abaixo ao de países desenvolvidos como Espanha, Nova Zelândia, Finlândia e Reino Unido (gráfico da página 5). É próximo aos vizinhos Argentina e Chile e também ao da África do Sul, e bem superior aos gastos da Índia e da China, para ficar na comparação com países do mesmo grau de desenvolvimento que o Brasil.

Entretanto, os dados da OCDE mostram que, ao contrário do que ocorre em países desenvolvidos, a maior parcela dos gastos no Brasil (60%) vai para o setor privado (hospitais, planos de saúde, farmácias) e 40% para o setor público. Já nos países desenvolvidos, a proporção de gastos públicos é igual ou maior do que 70%.



Fonte: Elaborado por Lígia Bahia com base em dados da OCDEStatistics, 2023

O relatório da OCDE ressalva a situação dos Estados Unidos que passaram a registrar como gasto público o pagamento com programas estatais e também as políticas compulsórias de oferta de planos empresariais para trabalhadores. O Brasil tem mais gastos privados que a Argentina e a Colômbia. Está mais próximo dos EUA sem ter, no entanto, a renda dos norte-americanos.

“Temos um patamar de gastos que nos insere entre os países desenvolvidos, mas uma divisão público-privado característica do subdesenvolvimento”, analisa a médica Lígia Bahia, professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e secretária regional da SBPC. E completa: “Em contrapartida, temos piores indicadores que o Chile, Colômbia e Argentina.”

“Quando comparamos o gasto per capita em saúde pública do Brasil com vários países, vemos que é baixo”, afirma a doutora em

Saúde Coletiva Fabiola Sulpino Vieira, pesquisadora do Ipea.

Na relação entre o SUS e a saúde suplementar (privada), a diferença comparada a outros países é ainda mais expressiva, reforça Vieira. “O gasto per capita brasileiro em saúde pública é menor do que o da Argentina e do Chile, por exemplo, que não têm um sistema universal igual ao nosso”, diz Vieira, acrescentando que em países que têm sistemas universais de saúde (Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia, por exemplo), a aplicação de recursos em saúde pública está por volta de 7% do PIB, comparado a pouco mais de 4% no Brasil.

O perfil de investimento em saúde pública brasileiro prejudica aqueles que mais precisam dela, ou seja, a maioria que não pode pagar um plano de saúde privado, contribuindo para agravar as desigualdades socioeconômicas já acentuadas.

A situação se deteriorou ainda mais com o Teto de Gastos ao Orçamento da União que provocou um estrangulamento da aplicação Federal (as regras não valem para estados e municípios), uma vez que congela o valor mínimo obrigatório para aplicação na Saúde em termos reais (descontada a inflação). A União fica impedida de aplicar mais em saúde porque a EC 95 impõe um limite máximo para a despesa primária total – toda aquela voltada para as políticas públicas, exceto as financeiras que envolvem pagamento do principal e dos juros da dívida pública.

“Para o orçamento da saúde aumentar, é preciso tirar dinheiro de outras políticas, como saneamento básico, habitação, ciência e tecnologia”, explicou Vieira, que coordenou o relatório do Ipea intitulado “Políticas Sociais – acompanhamento e análise”. No estudo, que trata da saúde frente às desigualdades, são feitas algumas recomendações sobre como esse importante setor pode cumprir seu papel constitucional de proporcionar a saúde como direito e cidadania e, dessa forma, contribuir para a redução de desigualdades.

“É preciso, primeiro, afastar a regra do Teto de Gastos”, indica a pesquisadora do Ipea. “Em segundo lugar, é necessário definir uma regra de aplicação de recursos mínima para o Governo Federal que possibilite ampliação progressiva dos valores alocados ao SUS, abrindo espaço para discutir os critérios de rateio dos recursos novos e visando à redução de desigualdade. A partir daí, o olhar tem que ser regional na oferta de serviços para implementar uma nova agenda de promoção de saúde como estímulo a atividades físicas e campanhas pela boa alimentação”, disse Vieira.

Na visão de Ligia Bahia, o perfil de gastos do Brasil com a saúde, em predomínio do setor privado, tem a ver com a desigualdade, mas também com um “padrão” no qual a saúde privada é mais valorizada que a pública. “Todos os presidentes brasileiros, quando ficam doentes, são atendidos nos hospitais privados (Sírio Libanês, Albert Einstein, Copa D’Or), enquanto nenhum presidente americano é atendido em hospital privado e o (ex-primeiro-ministro britânico) Boris Johnson, quando pegou covid, foi atendido no hospital público”.

AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS)

Despesas nas três esferas de governo per capita em valores (R\$) de 2021 por habitante

Ano	Total	União	Estados	Municípios
2000	715	427	133	155
2001	774	435	160	180
2002	829	435	181	212
2003	822	412	202	209
2004	919	453	239	227
2005	985	474	251	259
2006	1.055	493	278	285
2007	1.145	525	308	313
2008	1.219	529	337	353
2009	1.284	598	331	355
2010	1.359	608	366	385
2011	1.458	660	379	420
2012	1.519	687	385	447
2013	1.521	648	407	467
2014	1.575	668	417	490
2015	1.540	662	400	478
2016	1.497	641	382	474
2017	1.538	664	396	478
2018	1.524	650	403	471
2019	1.547	650	410	487
2020	1.735	823	417	495
2021	1.856	844	465	546

Fonte: Ministério da Saúde. SIOPS

Ela defende uma mudança nesse perfil que dê maior ênfase às políticas públicas. “O que eu defendo é um SUS com mais recursos e que seja, de fato, universal, de qualidade”, diz Bahia, reconhecendo que a tarefa não é fácil diante das limitações orçamentárias e da oposição de interesses poderosos, tanto no âmbito público, quanto no privado.

Para a cientista bioquímica Lucile Maria Floeter-Winter, pesquisadora do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo (IB/USP), a consequência das restrições financeiras foi um progressivo desmonte de políticas públicas de saúde como um todo, inclusive nas mais bem-sucedidas, como o Programa Nacional de Imunização (PNI). Na visão dela, a falta de recursos requer que se definam prioridades e a maior delas é a retomada do PNI.

“O Brasil foi um exemplo na OMS (Organização Mundial de Saúde) de programa nacional de imunização bem feito, a gente não tinha mais pólio, não tinha sarampo, várias doenças infantis eram muito amenas, porque as famílias vacinavam suas crianças”, comentou. Um dos mecanismos mais eficientes para resgatar o PNI, na visão de Floeter-Winter, é atrelá-lo à educação e à assistência social. “Antigamente você não matriculava uma criança na escola se não levasse a carteira de vacinação. Isso foi sendo relegado, e não foi no (governo) Bolsonaro, foi antes, quando as pessoas começaram a ouvir fofocaiadas nas redes sociais, fake news contra os imunizantes, e aí começou essa cultura anti-vacina que é catastrófica”, disse Floeter-Winter.

A pesquisadora do IB/USP, assim como Lígia Bahia, considera positivas as mudanças promovidas pelo novo governo no comando do Ministério da Saúde, órgão encarregado de executar as políticas públicas da área. “Acho que Nísia (Trindade, titular do MS) já voltou com esse programa, o Zé Gotinha (personagem tradicional das campanhas de vacinação) foi ressuscitado porque era um programa fantástico, a campanha de pólio foi desenvolvida no Brasil e era exemplo mundial de como acabar com uma doença, o Brasil ficou cerca de dez anos sem nenhum caso de poliomielite.”

No entanto, diz Floeter-Winter, há questões urgentes e essenciais que podem ser enfrentadas: aumentar a cobertura das vacinas, fundamentar medidas e ações em evidências

científicas, levando em conta as vidas de todos os brasileiros, incluindo indígenas, população negra e pessoas com deficiência. “Isso tudo não só dá para fazer, como já está sendo feito com muito sucesso, com muita visibilidade e muita transparência”, acrescentou Lígia Bahia.

A grande mudança de padrão, na visão dela, seria a dinamização do serviço público com foco na redução de desigualdades. O que, no entanto, não será obtido somente pela saúde – seriam necessárias medidas em outras áreas que também tivessem esse foco.

Lígia Bahia ilustra a situação atual do SUS como se fosse um “trem” que estivesse no trilho rumo à privatização e agora mudasse para outro rumo. “Ter a Nísia Trindade no Ministério é sensacional, porque ela é uma pessoa identificada com a saúde pública, com a vacinação”. Porém, ter alguém tão especializado e técnico no comando do Ministério, não garante a mudança de padrão que ela considera necessária.

Há pressões poderosas para que o “trem” volte ao trilho anterior, há limites orçamentários e de tempo: “não vai acontecer (a mudança de padrão) em quatro anos, não dá para imaginar que o presidente Lula vá fazer um milagre”, ponderou. “Não é fácil mudar o padrão, porque há interesses econômicos e sociais que são muito fortes, a saúde privada no Brasil é o segundo maior mercado do mundo depois dos EUA”, afirmou.

Sem maioria constituída no Congresso, alerta, o MS vai ser alvo de negociações e pode, eventualmente, até entrar em uma negociação política. “Enquanto isso não acontece, temos que tentar demonstrar que temos mais efetividade na política, que conseguimos fazer mudanças importantes para a população, colocar tudo o que pudermos em funcionamento, tocar obras paradas, ter uma política muito republicana com estados e municípios”, recomenda Lígia Bahia.



A LUTA DESIGUAL CONTRA A DESINFORMAÇÃO



Notícias falsas sobre a vacina estão de volta

Uma nova rodada de vacinação contra a covid-19 teve início em fevereiro com a dose bivalente e já mobilizou dois exércitos: o dos espalhadores de notícias falsas e o dos grupos que tentam conter esses ataques.

Uma das fake news mais compartilhadas recentemente dizia que o vice-presidente Geraldo Alckmin, que aplicou a vacina bivalente no presidente Luiz Inácio Lula da Silva, teria jogado fora o conteúdo da seringa antes de aplicar. Posts questionando a eficácia do imunizante têm sido denunciados diariamente pelos meios de comunicação.

O site Boatos.org, um dos muitos que se dedicam a desmascarar falsas afirmações sobre vários temas, tem uma aba só sobre coronavírus, com mais de 800 posts. No dia 10 de março, o Boatos exibiu em destaque na página de abertura a manchete “Alexandre Garcia escreve texto contra vacinas bivalentes para covid-19 #boato”. No post, o site negava serem de autoria do jornalista – que se destacou por defender o ex-presidente – postagens que circulavam nas redes sociais afirmando que o imunizante estava matando atletas de infarto e AVC, crianças de 11, 12 anos e outras mentiras.

Os esforços de quem combate a desinformação e fake news sobre as vacinas carecem de suporte e essa é a principal recomendação de alguém que esteve na linha de frente da batalha. “É preciso uma ação centralizada contra a desinformação”, recomenda a bióloga Ana Arnt, professora do Instituto de Biologia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e coordenadora do Blogs de Ciência da Unicamp.

Arnt coordenou a campanha “Todos pelas Vacinas”, que reuniu organizações de divulgação e entidades científicas em ações pró-vacinação contra a covid-19. Hoje ela celebra o fato de que desde o início deste ano não há mais um presidente da República negando a gravidade da doença e pregando contra a vacina, o que faz diferença no engajamento da população. “O que eu percebo é que a quantidade de pessoas anti-vacina é muito menor hoje”, afirma a pesquisadora.

Houve, porém, uma dispersão dos temas, na visão de outro profissional que acompanha fake news nas redes sociais, o professor Dalby Dienstbach Hubert, da Escola de Comunicação, Mídia e Informação da Fundação Getúlio Vargas (ECMI-FGV). Membro do grupo de pesquisa em Comunicação, Sociedade e Mídia Digital da instituição, Hubert afirma que durante a pandemia, o debate sobre saúde pública no geral era muito mais intenso. “Hoje está mais pulverizado”, diz.

Um levantamento que ele fez para o *Jornal da Ciência* a partir de postagens no Twitter, entre os dias 27 de dezembro de 2021 e 5 de março deste ano, mostrou a evolução do debate geral (volume de postagens por dia) sobre saúde; a lista das palavras e hashtags mais frequentes e os 30 tuítes mais compartilhados (teor).

“A base de dados mostra que o debate sobre saúde pública nas últimas dez semanas, apesar de abordar regularmente a pandemia, se encontra relativamente pulverizado, mobilizando outros temas com certo destaque, que incluem desde a pandemia e a vacinação, até aborto e a crise humanitária dos Yanomamis”, analisou.

Arnt reitera que a luta contra a desinformação é muito desigual, porque, enquanto nos grupos de divulgação científica a maioria das pessoas trabalha de forma voluntária em seu tempo livre, os produtores de fake news têm patrocínio, ganham muito dinheiro para espalhar mentiras. “Alguns vídeos antivacina que eu recebi são altamente bem produzidos, bem filmados e editados, não é como fazer uma self do celular, não se faz um vídeo com aquela qualidade de graça”, explicou a bióloga.

Para Arnt, portanto, é preciso que haja uma política pública de combate à desinformação que “veio para ficar”. A estratégia de seu grupo de pesquisa agora não é tanto combater desinformação e mentiras que circulam nas redes sociais, mas levar informação de qualidade para o público. “Ter acesso à informação para conseguir vacinar e ser anti-vacina são duas coisas diferentes”, explicou. (JR)

PERDAS IRREPARÁVEIS PARA OS POVOS INDÍGENAS

Negacionismo e necropolítica provocaram alto índice de mortes entre os povos indígenas



No auge da pandemia de covid-19, em 2020, um estudo coordenado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) revelou que a prevalência do vírus Sars-Cov-2 entre a população indígena urbana (5,4%) é cinco vezes maior que a encontrada na população branca (1,1%). Os coordenadores da pesquisa à época tiveram censurada a divulgação do trabalho pelo Ministério da Saúde.

O resultado foi mais de 900 mortes de indígenas por covid-19 até o ano passado. Essas mortes podem ser atribuídas a vários fatores, entre eles, o baixo índice de vacinação. Um estudo divulgado recentemente, conduzido por pesquisadores do Centro de Integração de Dados em Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia) e outras instituições, apontou que apenas 48,7% da população indígena com mais de 5 anos de idade que vive em municípios com distritos sanitários especiais indígenas (DSEI) tinham recebido o esquema primário de vacinação contra a covid-19 até 1º de março de 2022.

Para o médico, professor e pesquisador Paulo César Basta, que atua junto ao Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), as baixas coberturas vacinais verificadas principalmente nos DSEIs ocorreram a despeito dos povos indígenas terem sido incluídos como uma das populações prioritárias no início da campanha de vacinação contra o coronavírus, em 2021. Ele atribui esse fato a “antigas iniquidades em saúde” que também refletem as desigualdades históricas do País.

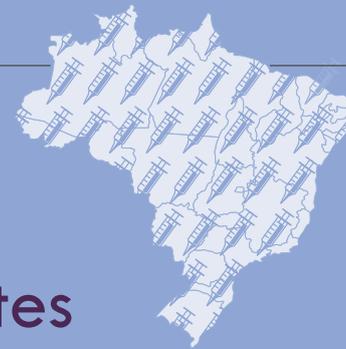
“Se, de um lado, grande parte das terras indígenas, e, portanto, municípios com distritos sanitários especiais indígenas, situam-se em áreas no interior da Amazônia, fato que dificulta a oferta regular de serviços, incluindo as campanhas de vacinação, de outro, o governo do ex-presidente Jair Bolsonaro foi absolutamente incompetente para fazer as vacinas chegarem nos territórios tradicionais, em momento oportuno para que as comunidades fossem adequadamente vacinadas”, afirmou o professor da Fiocruz em entrevista ao Jornal da Ciência, por e-mail.

“Não bastassem as falhas na gestão de recursos e de pessoal nos DSEI espalhados em todo o País, assim como os problemas na distribuição logística dos imunobiológicos, o próprio ex-presidente se incumbiu pessoalmente de disseminar informações falsas sobre a segurança das vacinas, bem como de sua eficácia”, criticou.

Para o pesquisador, que tem ampla experiência na vigilância de tuberculose entre os povos indígenas de Rondônia e na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru, a condução da pandemia entre os povos indígenas pelo governo anterior causou danos irreversíveis entre essas populações. “A morte de lideranças indígenas, que muitas vezes eram os últimos falantes de línguas nativas, considerados detentores de conhecimentos tradicionais associados à biodiversidade dos ecossistemas brasileiros, que conheciam inúmeros tipos de medicamentos provenientes de plantas medicinais e que asseguravam a transmissão de conhecimentos ancestrais, causou prejuízos imensuráveis a muitas comunidades indígenas”, afirmou.

Para ele, no entanto, a transição de um governo reconhecidamente negacionista e obscurantista, que tratava os povos originários como empecilho ao desenvolvimento do País, para um governo progressista, com a missão de formular políticas públicas inclusivas, criando um Ministério dos Povos Indígenas (MPI) e promovendo o protagonismo dos indígenas em diferentes espaços públicos de poder, traz oportunidade real de recuperar o tempo perdido, modificando os indicadores de saúde nas comunidades em todas as partes do País.

Olhando à frente, o pesquisador está mais otimista com a troca de governo. “A indicação da ex-presidente da Fiocruz, Nísia Trindade Lima, para chefiar o Ministério da Saúde, e a nomeação do indígena Ricardo Weibe Tapeba para atuar à frente da Secretaria Especial de Saúde Indígena enchem de esperança o movimento indígena e as associações de base em todo o País”, afirmou. (JR)



ESPECIAL

Vacinas 100% nacionais ainda estão distantes

Na pandemia de covid-19, foram lançados e acelerados 17 projetos, porém os cortes orçamentários e o desinvestimento em P&D atrasaram a conclusão

A ciência brasileira mostrou capacidade para responder rapidamente a uma emergência sanitária do porte da pandemia de covid-19, porém depende de mais investimentos para colocar vacinas e medicamentos no mercado. Em 2020, quando a pandemia eclodiu, universidades e centros de pesquisa públicos apresentaram 17 projetos de imunizantes nacionais em estágio mais avançado de pesquisas, capazes de conter o avanço do vírus.

Quatro estão em fase de testes em humanos e dois devem chegar aos postos de saúde entre o fim de 2024 e início de 2025: a SpiN-Tec, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e a MultiCovax, desenvolvida por meio de parceria entre a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e a Universidade de São Paulo (USP).

As outras duas são a ButanVac, do Instituto Butantan, à base de vírus inativado da doença de Newcastle modificado para replicar a proteína spike do sars-cov2; e a Senai Cimatec HDT MCTI, da empresa biofarmacêutica HDT BioCorp. (Seattle, EUA), com o apoio do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), formulada a partir de um nanocarreador lipídico (Lion) e uma molécula autorreplicante.

Após anos de má gestão que levaram a milhares de mortes por covid-19, médicos, cientistas e pesquisadores têm grande expectativa com o novo comando do Ministério da Saúde (MS) no que diz respeito ao resgate das coberturas vacinais, e com o MCTI para o financiamento da pesquisa científica que possa levar a novas vacinas e medicamentos. Mas o clima é de críticas, cautela e um certo ceticismo.

“O Brasil, infelizmente, não investiu como poderia no desenvolvimento de uma vacina própria, investiu pouco, fez investimentos pequenos”, avaliou Jorge Elias Kalil Filho, docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), coordenador do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Investigação em Imunologia (INCT-III) da Unifesp e coordenador do projeto de desenvolvimento da vacina em spray nasal contra a covid-19, a MultiCovax.

Entre as primeiras medidas tomadas logo que assumiu o cargo, a nova titular do MS, Nísia Trindade, transformou

o Programa Nacional de Imunizações (PNI) em departamento, restituiu o Comitê Técnico Assessor de Imunização e reforçou o Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, como observou o médico, professor e pesquisador da Fiocruz, Paulo César Basta, o MS se comprometeu a fomentar a produção de vacinas com tecnologia 100% nacional, a fim de avançar na autossuficiência de produtos de saúde e garantir a distribuição de imunobiológicos, considerando as variantes do coronavírus que circulam em território nacional para todas as regiões do País, incluindo as terras indígenas da Amazônia. No MCTI, a correção dos valores das bolsas de estudos para pesquisa científica é comemorada.

Ricardo Gazzinelli, professor da UFMG, pesquisador Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e coordenador do projeto SpiN-Tec MCTI UFMG, ressalta que a vacina desenvolvida por sua equipe obteve os recursos necessários. Mas lamenta as limitações do financiamento à ciência no Brasil como um todo e prefere esperar para ver como a nova equipe vai driblar os obstáculos.

“Nossa expectativa é positiva, mas ainda temos alguns problemas, por exemplo, o FNDCT continua contingenciado, o orçamento do MCTI ainda é bem limitado”, afirmou Gazzinelli, referindo-se ao Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Principal fonte de financiamento da pesquisa científica no País, o FNDCT tem tido seus recursos bloqueados para uso em suas finalidades originais desde 2016. “O próprio presidente do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Ricardo Galvão) foi meio pessimista quanto aos recursos para a ciência em 2023. Ele foi muito claro quanto a isso”, frisou Gazzinelli.

“Essa administração é nova, mas já teve treze anos no poder antes, esperamos que eles agora tenham aprendido”, comentou Kalil Filho. Ele disse ter esperança que tanto o MCTI, quanto a Pasta da Saúde tenham “aprendido com as dificuldades” e que invistam para preparar o País para novas situações de emergência sanitária como a da covid-19. “E não são só as grandes pandemias mundiais, nós temos vários vírus que são nossos aqui”, destacou Kalil, referindo-se à zika e ao chicungunha, entre outros.

Vacina mineira

A SpiN-Tec MCTI UFMG está na fase de testes clínicos com 1.500 voluntários recrutados no fim de 2022. O antígeno (substância que desencadeia a produção de anticorpos) da SpiN-Tec inclui duas proteínas do vírus Sars-Cov-2, causador da covid-19, a spike (S) e o chamado nucleocapsídeo (N), o que explica o nome SpiN.

A SpiN-Tec foi desenvolvida no Centro de Tecnologia de Vacinas (CTVacinas) da UFMG em parceria com a Fiocruz Minas, com investimentos de cerca de R\$16 milhões do MCTI, por meio da RedeVírus, da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e do CNPq para as etapas de ensaios pré-clínicos e clínicos de fase 1 e 2.

Ricardo Gazzinelli conta que os voluntários participaram da Fase 1 dos ensaios, que foi concluída na segunda semana de março. Naquela etapa foram aplicadas três doses entre as quais serão selecionadas as que vão para aplicação na Fase 2. “Vamos avaliar a segurança da vacina, mas já sabemos que não houve nenhum efeito adverso maior, então ela deve seguir em frente na questão de segurança”, contou Gazzinelli ao *Jornal da Ciência*. A estimativa dele é que a Fase 2 seja concluída até o setembro e a Fase 3, até meados de 2024. “É uma visão otimista, considerando que nada vai dar errado, daí, talvez até o fim do ano que vem a gente tenha o registro da vacina”, estimou.

A Fase 1 dos ensaios clínicos é feita com uma população pequena e homogênea de humanos para identificar riscos não mapeados nas etapas pré-clínicas. Na fase 2, os cientistas analisam a segurança da ação do imunizante ou medicamento no organismo e possíveis efeitos adversos. Essas etapas permitem estabelecer um perfil de segurança, e só então começa a Fase 3, que recruta um grande número de participantes – podendo chegar a milhares de voluntários.



Spray nasal

Já a MultiCovax, vacina em formato de spray nasal, já passou por testes em animais e nesse momento está na fase de contratação de uma empresa holandesa de produtos biológicos, a Batavia Biosciences, que vai transformar o antígeno desenvolvido em laboratório no imunizante que será disponibilizado em spray, explicou Jorge Kalil, coordenador do projeto.

“Já entramos (com pedido) na Anvisa, preenchemos os requisitos principais pré-clínicos, mas a agência pediu que nós demonstrássemos nosso produto sob a forma de boas práticas de fabricação. É o que estamos trabalhando agora (com a Batavia), esperamos obter, durante esse primeiro semestre, o material necessário para fazer a nossa formulação”, disse Kalil em entrevista ao *Jornal da Ciência*.

Ele contou que a ideia de desenvolvimento de uma vacina contra a covid-19 com características próprias surgiu já em março de 2020, logo que foi decretada a pandemia em todo mundo. Diante da urgência em encontrar uma forma de salvar as vidas dos contaminados pelo vírus, o esforço dos cientistas naquele momento era sobre o antígeno da spike, a proteína encontrada exposta na superfície do envelope viral das partículas do Sars-Cov-2 e outros vírus.

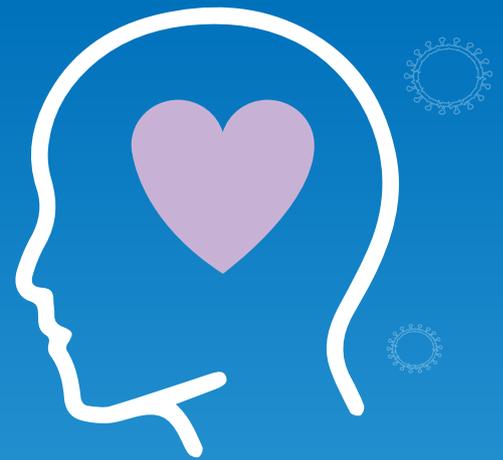
A equipe da Unifesp-USP estudou a resposta imune em 250 pessoas que haviam sido infectadas logo no início e concluiu que, além da resposta obtida com o anticorpo neutralizante viral, havia também o caminho de resposta celular para a eliminação do vírus. A resposta celular – menos explorada pelos pesquisadores e laboratórios por enquanto – se dá por mecanismos distintos, não depende de anticorpos e é feita por meio dos linfócitos (glóbulos brancos) T, também chamados auxiliares ou citotóxicos.

“Então nós também estudamos essas mesmas pessoas quanto a resposta celular e conseguimos identificar quais eram os fragmentos do vírus que induziam uma melhor resposta, tanto auxiliadora como citotóxica e que não estão na proteína da spike, mas em outras proteínas”, explicou.

O meio escolhido para esse projeto, de instilação nasal, se deve ao fato de que o vírus entra no corpo humano pelo nariz. O spray nasal funciona ao evitar a infecção do vírus e sua formulação prevê adaptação a novas variantes através de um fragmento da proteína da spike chamado RBD (Receptor Binding Domain ou domínio de ligação ao receptor) uma parte do vírus que permite que ele se encaixe nos receptores do corpo para entrar nas células e levar à infecção.

Kalil prevê que o novo imunizante possa ser utilizado pela população no fim de 2024: “Durante o ano de 2023 vamos fazer a produção e depois os testes clínicos”. (JR)

A sombra da pandemia



No momento em que se agravam os problemas psicossociais decorrentes da covid-19, a estrutura de assistência à saúde mental se encontra debilitada pelo sucateamento promovido pelo governo que terminou em 2022

O isolamento social e a vivência da morte de pessoas queridas causados pela covid-19 levaram a uma piora dos indicadores de saúde mental da população. O Relatório Global sobre Saúde Mental divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em junho de 2022, informou que casos de depressão e ansiedade aumentaram 25% no primeiro ano após o surgimento do novo coronavírus.

No Brasil, o número de óbitos por lesões autoprovocadas (tentativas de suicídio), que já era elevado e havia duplicado nos últimos 20 anos (de 7 mil para 14 mil), levou a coordenadora da Comissão Nacional de Enfermagem em Saúde Mental do Conselho Federal de Enfermagem (Conasem/Cofen), Dorisdaia Humerez, a falar em uma “segunda pandemia, agora na saúde mental”.

Um estudo realizado por um grupo de pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e publicado na edição de janeiro da revista científica *Journal of Anxiety Disorders* apontou que transtornos mentais como a depressão, que afetam cerca de 30% da população brasileira, mantiveram-se elevados em 2021, mais de um ano depois do início da emergência sanitária. Os maiores afetados eram jovens do sexo feminino, de mais baixos níveis educacionais e que tiveram as condições pessoais agravadas pelas dificuldades financeiras trazidas com a pandemia.

De acordo com o relatório anual “Estado Mental do Mundo”, da organização internacional de pesquisa

sem fins lucrativos Sapien Labs, divulgado no início de março, o número de pessoas de 18 a 24 anos relatando queixas de saúde mental no Brasil é 39% maior que o grupo que pertence à faixa etária de 55 a 64 anos.

“A pandemia piorou as condições da saúde mental da população no Brasil e em todo o planeta, porque isolamento nunca foi bom para o ser humano”, comentou a médica psicanalista Rosana Onocko, presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Os dados não surpreendem, já que adolescentes e jovens foram impedidos de socializar justamente na fase em que isso é mais importante para o desenvolvimento psíquico deles. “Em uma adolescência ‘normal’, jovens gostam de jovens, de sair, estar na rua, praticar esportes, se tocar, se agarrar. Tudo isso foi impedido na pandemia. Foram obrigados a manter distância, ficar junto com os pais”, completou Onocko.

O agravamento dos indicadores de saúde mental encontrou os brasileiros em geral em um momento de retrocesso nas políticas públicas de tratamento psicossocial. “A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) vem sofrendo ataques constantes desde sua elaboração, aprofundados nos últimos cinco anos”, constata o Conselho Nacional de Saúde (CNS) em um documento em que chama os profissionais da área para a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que deve ser realizada em maio próximo.

50 anos de avanço

A PNSM nasceu de uma construção histórica de humanização do tratamento da doença mental no Brasil. É constituída por medidas pensadas, tomadas e fortalecidas por quatro conferências nacionais (1987, 1992, 2001, 2010), pela Lei nº 10.216/2001 e pela Lei Brasileira de Inclusão, reconhecidas no cenário internacional pela OMS.

“Desde a reforma (Lei nº 10.216/2001), o Brasil viveu uma ampliação de serviços em substituição aos hospitais psiquiátricos”, aponta o psicólogo sanitário Renan Vieira de Santana Rocha, professor da graduação em Psicologia na Universidade Cruzeiro do Sul (Unicsul) e do mestrado da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso).

Resultado de ampla luta dos movimentos sociais antimanicomiais, a reforma mudou a lógica do tratamento psicossocial no País, centrada, até então, nos grandes hospitais psiquiátricos. Estas instituições eram instaladas geralmente em locais distantes e afastados dos grandes centros, onde os pacientes ficavam reclusos, assistidos apenas por profissionais médicos e enfermeiros, com visitas familiares controladas.

Conhecidos popularmente como manicômios, os hospitais psiquiátricos operavam na lógica de segregação dos pacientes e na submissão deles a terapêuticas psiquiátricas baseadas em lobotomia, eletrochoque e medicamentos. Eram considerados quase campos de concentração, como se pode ver no documentário “Holocausto Brasileiro”, da jornalista Daniela Arbex, disponível na íntegra no Youtube.

Com a reforma, houve uma expansão dos Centros de Assistência Psicossociais (CAPS), tanto para adultos quanto para crianças e adolescentes e para usuários de drogas, pensados para a inclusão dos pacientes. Pequenos centros de atendimento local, disseminados por municípios e bairros, os CAPS permitiram a entrada de profissionais como psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, além dos familiares dos pacientes.

“Os CAPS produziram uma articulação com movimento de mulheres, associação de moradores, movimentos antirracistas, estudantis, comunitários, de esportes, grupos de capoeira, comerciantes e governantes, porque a ideia é fazer com que a saúde mental seja vivida na sua perspectiva mais comunitária possível e não como uma coisa descolada”, explicou Rocha.

Década de retrocesso

Aqueles avanços, entretanto, começaram a sofrer retrocessos nos últimos anos, sob a influência de grupos políticos de extrema direita e religiosos proprietários de instituições hospitalares e terapêuticas, mantidas com dinheiro público. Estes grupos passaram a minar a PNSM, que começou a perder recursos orçamentários do Ministério da Saúde, desviados para as comunidades terapêuticas. De acordo com o documento do CNS sobre a 5ª Conferência Nacional, a ação daqueles grupos de interesse atingiu a Rede de Atenção Psicossocial em um esforço para reverter a lógica comunitária que norteia os CAPS, incentivando a internação psiquiátrica e separação da política sobre álcool e outras drogas, em uma abordagem proibicionista e punitivista.

“O grande problema é que nos últimos anos houve um desinvestimento no SUS (Sistema Único de Saúde) e um sucateamento da saúde mental”, comentou a psicóloga Katia Varela Gomes, pesquisadora do Laboratório de Psicanálise e Psicologia Social (Lapso) do Instituto de Psicologia da USP. “No momento da pandemia, quando aumentaram os casos e os CAPS passaram a ser mais exigidos para acompanhar essas pessoas, o governo (de Jair Bolsonaro) tirou as verbas dos CAPS e passou para os hospitais psiquiátricos”, diz Gomes, que também é membro do Núcleo Docente Assistencial e Estruturante (NDAE) da Residência Multiprofissional do município de Guarulhos (SP). “O que conseguimos reverter (dos ataques do governo anterior) foi porque a organização dos movimentos sociais relacionados à luta antimanicomial é muito forte e, diante da mobilização, eles (o governo) recuaram, mas não há um investimento contínuo”, completou.

Olhando à frente

Para Rosana Onocko, a nova gestão do Ministério da Saúde tem que atuar em várias frentes se quiser lidar com o agravamento da saúde mental dos brasileiros. Em primeiro lugar, precisa resgatar a qualificação dos serviços comunitários, em especial os CAPS; retomar os núcleos de Apoio à Saúde da Família – especialistas que apoiavam equipes de atenção primária. Outro aspecto, é o combate à violência, em especial a doméstica, que teve um crescimento exponencial durante a pandemia.

“Há necessidade dramática de uma política pública muito consistente que teria que ser articulada com educação e esporte, para poder dar para esses jovens, essas crianças da periferia, oportunidades, desejos, sonhos, vontade de sair dali, fazer outra coisa; suporte para cuidar dos velhos para que não sejam eles (os jovens) que tenham que ficar reféns desse cuidado”, recomendou.

É fundamental também, disse a presidente da Abrasco, repensar o lugar da cultura na produção da saúde mental, criando centros culturais e de sociabilidade nos bairros. “Nossas periferias são péssimas para socializar, não têm quadra, não tem centro de convivência, bibliotecas”, afirmou. “Precisamos entender que isso não é demagogia, isso não é populismo, isso é justiça social.” (JR)

Garantir acesso é fundamental para recuperar as coberturas vacinais

A realidade é que, em diversos municípios, a vacina é ofertada apenas em algumas unidades de saúde, seja por eventual falha de abastecimento do imunizante, ou cronicamente, por falta de pessoal qualificado, ou geladeiras, computadores e internet na unidade

JULIO CRODA (*)



Foto: Arquivo pessoal

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) brasileiro, modelo mundial de vacinação pública, está buscando recuperar seu status e sucesso de cobertura vacinal. Isso porque, desde 2016, observamos quedas significativas das coberturas vacinais em diversas regiões do País, e retorno de doenças, como sarampo, e risco da volta de outras, como a poliomielite.

Os dois principais motivos relacionados à baixa cobertura são a dificuldade de acesso e a disseminação de desinformação (fake news). Nesse texto vamos tratar do acesso, tema pouco abordado até o momento. Com o aumento do número de vacinas no calendário vacinal de uma criança de até cinco anos, uma família precisa se deslocar em diversos momentos ao serviço de saúde para receber todas as doses preconizadas. O local deve ser a unidade de saúde referência para a região onde a família mora, ou seja, “o postinho de saúde” mais perto de casa.

Nos últimos 50 anos, o perfil social das famílias mudou, a mulher passou a exercer mais atividades profissionais fora de casa, com tempo limitado para se deslocar às unidades de saúde nos horários habituais de atendimento e sem uma rede de apoio suficiente para suprir esse papel. Além disso, a rede de saúde não se adequou a contento a essa nova dinâmica, com unidades sem atendimento em horário estendido, incluindo horário de almoço, períodos noturnos e finais de semana, e sem serviço de busca ativa e vacinação domiciliar.

Para termos um parâmetro, temos 17 vacinas com múltiplas doses que são recomendadas pelo Programa Nacional de Imunizações até os 5 anos. Essa família precisa comparecer mais de 30 vezes na unidade [1]. Imagine se o imunizante não estiver disponível na unidade por falta ou por centralização em outros locais, como é costumeiro acontecer.

A realidade é que, em diversos municípios, a vacina é ofertada apenas em algumas unidades de saúde, seja por eventual falha de abastecimento do imunizante, ou cronicamente, por falta de pessoal qualificado ou geladeiras, computadores e internet disponível na unidade.

Um exemplo claro dessa piora no acesso ocorreu com a vacina da BCG, que previne a tuberculose grave e deve ser aplicada ao nascer. A BCG sempre foi a vacina com as mais elevadas coberturas no PNI por ser aplicada ao recém-nascido ainda na maternidade. Todavia, por questões de contingência de recursos, muitas

maternidades pararam de aplicar a vacina, ou deixam finais de semana e feriados descobertos de equipe de vacinadores, passando a responsabilidade para a atenção primária. Além disso, por ser uma vacina que requer equipe especializada, os municípios centralizam a vacina em alguns dias da semana em algumas unidades. Dessa forma, por uma alteração clara na política de saúde, vimos as coberturas de BCG despencar nos últimos anos.

Do ponto de vista técnico, precisamos utilizar todas as evidências disponíveis para recuperar as coberturas vacinais. Quais são as ações que devemos priorizar? Busca ativa no território? Mais equipes de estratégia de saúde para intensificar a busca ativa de não vacinados? Ampliar o número de salas de vacinas e as doses disponíveis por sala nas diferentes unidades de saúde? Teremos horários alternativos de funcionamento das unidades de saúde? Teremos alguma parceria com a iniciativa privada? E, finalmente: teremos vacinas suficientes para um possível aumento de procura?

Um exemplo que pode ajudar a responder algumas dessas perguntas é um projeto da Fundação Oswaldo Cruz na cidade de Cuité de Mamanguape, a 64 km de João Pessoa (PB), que adotou medidas como a vacinação em creches, contratação e capacitação de profissionais para imunização e reforço da comunicação com a comunidade. Essas intervenções na comunidade permitiram que a cobertura da pentavalente passasse de 31% para 106%, a pólio de 26% para 104%, e a tríplice viral, de 33% para 91% [2].

A única certeza que temos nesse momento é que se continuarmos fazendo o mesmo do que fizemos no passado, as nossas ações não serão efetivas. Garantir acesso é fundamental para recuperar as coberturas vacinais. Como isso irá acontecer deverá fazer parte de um plano de ação de cada município com apoio dos estados e Governo Federal.

(*) Infectologista, pesquisador da Fiocruz Mato Grosso do Sul sobre vacinas, variantes e futuro da pandemia

1. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/calendario-vacinal-2022/calendario-nacional-de-vacinacao-2022-crianca/view>
2. <https://www1.falha.uol.com.br/equilibriosade/2022/12/saude-admite-falha-em-dados-sobre-vacinados-e-transicao-planeja-nova-secretaria-no-sus.shtml>



SUS precisa articular sua regionalização

*Médica dedicada à saúde coletiva, **Rosana Teresa Onocko Campos**, presidente da Abrasco, fala dos desafios e aponta os pontos fortes e fracos acumulados nos 35 anos do SUS*

A médica sanitária Rosana Onocko está aliviada com a troca de comando no Palácio do Planalto e com a escolhida para chefiar o Ministério da Saúde, Nísia Trindade Lima. Especialista na área de políticas de planejamento e gestão de saúde coletiva, Onocko está desde 2020 à frente da entidade que representa o setor, a Abrasco. Desse ponto de vista, ela faz um balanço, exaltando, por um lado, importantes programas em curso que o governo anterior tentou muito, mas não conseguiu destruir, como o Mais Médicos e as cotas nas universidades. Segundo a professora de Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), ao garantir vagas para estudantes provenientes de escolas públicas com ênfase em negros e indígenas, as cotas estão promovendo uma mudança radical no perfil dos alunos de Medicina no País.

Por outro lado, ela aponta desafios nada triviais que precisam ser endereçados pelo novo governo, como a gestão descentralizada do SUS para os municípios e a implantação de um plano de carreira para os funcionários do Sistema, incluindo

enfermeiros e médicos. Em entrevista exclusiva ao Jornal da Ciência, a presidente da Abrasco fala desses e outros aspectos da saúde coletiva, aponta problemas e oferece ideias de como superá-los. Confira a seguir os principais pontos da entrevista feita logo após o Carnaval.

Jornal da Ciência – Os desafios da saúde pública parecem sem fim, mais ainda após os últimos anos de desmonte e desfinanciamento. Nesse momento, qual seria, na sua visão, as prioridades da agenda da saúde pública, tendo em vista também os limites de orçamento, de tempo e outros?

Rosana Onocko – Podemos falar de 50 desafios, há prioridades em várias áreas, mas na minha visão, o mais difícil, o mais estratégico, o mais nevrálgico para definir o futuro do SUS no Brasil é como enfrentar a urgência e emergência das grandes dívidas sanitárias, vamos chamar assim, com medidas que sejam estruturantes de um sistema público de fato universal, de fato equitativo, que de fato garanta o acesso aos cuidados integrais.

JC – Onde essas dívidas sanitárias são mais urgentes?

RO – Temos o gargalo das cirurgias eletivas, por exemplo, que foi produzido pela pandemia, em grande parte, mas já vinha da falta de resolução de problemas do SUS. Então, as medidas que estão sendo tomadas (agora) de injetar mais 600 milhões de reais para fazer andar as filas da cirurgia eletiva vão para os mesmos lugares – Santas Casas, OS (Organizações Sociais) conveniadas – porque não dá tempo de montar coisas novas e precisamos sair do sufoco. Só que essa não é a solução definitiva do SUS, percebe?

JC – Sim, isso se conecta com a próxima pergunta: o relatório da Abrasco (“Fortalecer o SUS, em Defesa da Democracia e da Vida”, de 2020) aponta o fortalecimento do SUS como principal recomendação. Mas será que a atual estrutura do SUS está adequada aos novos desafios? Será o bastante aumentar o orçamento em milhões ou bilhões de reais?

ENTREVISTA

RO – Não. Por isso que é imperioso colocar dinheiro, é importante cuidar da urgência. Mas, a médio prazo, o SUS precisa articular a sua regionalização, tirar as Regiões de Saúde (RS) do papel e vincular verbas para que elas possam, de fato, organizar essas filas. Vou dar o exemplo dos transplantes: o Brasil é reconhecidamente bem-sucedido em ter uma fila única de transplante. A mesma tecnologia, o mesmo know-how poderia dar conta de organizar as filas das cirurgias eletivas por regiões. As RS têm que governar as necessidades de cada região, as prioridades de contratação.

JC – Outro ponto do relatório é a carreira para funcionários do SUS...

RO – Sim, e isso não é igual, por exemplo, ao piso da enfermagem. Estamos falando de uma carreira do SUS, não por profissão; mas talvez por área. Por exemplo, de atenção primária, da saúde mental, enfim. Não tem como fortalecer o SUS sem garantir uma carreira para os trabalhadores. Ao prestar um concurso, eles têm que saber em que carreira eles estão entrando. Se eu faço mestrado, quantas ‘casinhas’ vou avançar? Se faço doutorado? Se eu trabalhar “x” anos em uma área muito desfavorecida? Será que vou avançar algumas ‘casinhas’? Outros sistemas do mundo já têm isso equacionado.

JC – Em quais países isso existe?

RO – Na Inglaterra, Austrália, Nova Zelândia. A própria cobertura de outros sistemas que não se parecem tanto com o nosso, como por exemplo o português e o espanhol, têm propostas de provimento.

JC – Hoje o que se tem é por profissão? Enfermeiros, médicos...

RO – Com 50 contratos diferentes! Um é contratado pelo SUS, outro é contratado pela prefeitura e ganha uma coisa, outro pelo Estado e ganha outra coisa, um tem um sistema de previdência, outro tem outro, um tem um sistema de promoção, outro tem outro. Um tem estabilidade, outro é contratado por OS. São Paulo é um lugar onde as OS têm um lugar muito importante. Elas produzem um horror do ponto de vista sanitário. A cada dois, três anos, quando troca a OS, troca todo mundo. Que carreira é essa?

JC – Por que isso é importante?

RO – Do ponto de vista da assistência, é para criar vínculo com a população. Quando você pensa na atenção primária, isso é central, porque um dos atributos é a longitudinalidade do cuidado, a ideia de que você cuida da mesma família ao longo do tempo, desde o nascimento até a morte. Por outro lado, os médicos não se fixam na atenção primária não só pelo salário – até porque há prefeituras que pagam um salário bem alto para os médicos e ainda assim têm dificuldade para fixar. Isso é porque as condições de trabalho são ruins, o centro de saúde é horrível, o consultório não tem ventilador, se escuta tudo que se fala do lado. Então precisamos criar condições de trabalho boas, ao mesmo tempo anunciar para essas pessoas essa perspectiva de carreira.

“O sistema de cotas mudou completamente a perspectiva dos alunos de Medicina”

JC – Isso resolveria uma questão colocada pelos médicos que não querem trabalhar no interior, em locais remotos?

RO – Sim, quando eu estou colocando a ênfase na RS é porque a gente tem uma leitura crítica da municipalização. O Brasil fez uma escolha no desenho do SUS lá na lei orgânica, na Constituinte, que foi de descentralizar até o nível municipal. Só que temos mais de cinco mil municípios no Brasil, alguns têm dois, três, cinco mil habitantes, outros têm milhões. Como delegar a mesma responsabilidade sanitária para um município como, por exemplo, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e para uma cidade muito pequena do interiorzinho de Minas Gerais? Essa prefeitura não tem condições nem de contratar quadros técnicos que possam dizer como se organiza uma vigilância sanitária. Por isso estamos chamando atenção para relevância das RS, porque elas podem ser um pouco mais homogêneas em termos de população,

de quadros técnicos. Isto é importante para fortalecer o SUS, para que se articule como um sistema que seja longo, que tenha sobrevivência garantida e, ao mesmo tempo, que garanta o acesso e o direito à saúde que queremos.

JC – A Sra. falou da estrutura das carreiras dentro do SUS. E a respeito da formação de médicos?

RO – A formação de médicos tem que mudar e melhorar, sem dúvida, mas o que vemos é que as leis, as diretrizes curriculares apontam na direção certa. Tem que ter maior formação para a atenção primária, mais humanística, tem que ter mais conteúdo de ética. Do ponto de vista da legislação, da normativa, isso existe. O problema é que isso não é cumprido, não é monitorado. Então eu acho que do ponto de vista da formação médica, o Brasil faria um bom serviço se se esforçasse por fazer cumprir as diretrizes curriculares que existem hoje. Não que elas sejam perfeitas, nunca são, mas avançaríamos bem. Por outro lado, eu que dou aula em uma faculdade de Medicina, o que vejo na minha universidade, na Unicamp, é que o sistema de cotas mudou completamente a perspectiva dos alunos.

JC – Mudou como?

RO – Mudou absolutamente. Por exemplo, eu ensino Saúde Coletiva e os alunos gostam muito. Porque muitos são jovens, negros, periféricos, e querem que o SUS melhore. Muito diferente de quando a Unicamp só tinha alunos brancos, filhos de classe média que pagavam cinco horas (diárias) de cursinho privado para o filho prestar vestibular e passar. Eram os filhos da elite em uma universidade de elite. Hoje temos filhos da elite também, claro, mas tem maior diversidade. São duas pernas assim de um movimento que para mim é sinérgico: o cumprimento das diretrizes curriculares dos cursos de Medicina e a sustentação do sistema de cotas e de permanência estudantil de pessoas que possam vir da escola pública, que possam ser negros, quilombolas ou indígenas. Essas duas pernas, para mim, mudam o currículo, o curso e o interesse dos futuros médicos. Agora, isso vai levar 15 anos mais? 20 anos mais? A gente tem problemas para amanhã, para ontem. Então eu acho que não dá para abrir mão de algo parecido, chame-se ou não de Mais Médicos.

JC – Qual sua opinião sobre o programa Mais Médicos?

RO – Eu fui supervisora do programa por muitos anos e ele respondeu, na minha opinião, pelo provimento em cidades e bairros que não tinham médicos, nunca tiveram e que passaram a ter. Isso faz uma diferença extraordinária na vida do povo. Mas, ao mesmo tempo, acho que hoje a gente poderia dar uma ‘apertada nesse parafuso’ do programa para articular melhor com a gestão. Seria uma terceira perna, da articulação com a gestão municipal.

JC – Como seria essa articulação?

RO – Veja que oportunidade que é: o provimento do Mais Médicos é do Governo Federal, então, de uma certa forma, é uma transferência de renda que o governo está fazendo. Quem está pagando a folha dos médicos dentro do programa é o Estado, não o município. Ótimo, mas ele poderia negociar melhor com a prefeitura (em troca de pagar os médicos, passar para a prefeitura) organizar o atendimento da melhor forma tecnicamente. Pela forma que foi montada a implementação, isso não foi feito. Acho que na atual gestão poderíamos avançar nisso, dar um pouco mais de atribuição ao sistema de monitoramento e supervisão do Mais Médicos para interferir na gestão ou monitorar melhor a gestão municipal.

JC – Na sua opinião, como lidar com o envelhecimento da população brasileira?

RO – Estamos atrasadíssimos nesse tema. Acho que essa é outra prioridade importante do atual governo. Já sabemos, por meio de estudos e evidências, que a expectativa de vida da população brasileira melhorou, o que é atribuído tanto à melhora das condições de vida, saneamento, alimentação, e também devido ao SUS. Mas a gente também sabe, com estudos que comparam, por exemplo, os dados de autonomia no fim da vida, que a população brasileira tem seis, sete anos de autonomia a menos que a dos países desenvolvidos.

Como se chega à velhice? A pessoa anda? Toma banho sozinha? Se mobiliza pela cidade? Consegue ir ao banco? A população brasileira, segundo esses estudos, tem se mostrado com menos autonomia dos idosos que, por exemplo, Portugal, Espanha, EUA, Suécia, Suíça.



Foto: Arquivo pessoal

“A população brasileira tem seis, sete anos de autonomia (na velhice) a menos que a dos países desenvolvidos”

JC – E qual o motivo dessa defasagem na autonomia dos idosos no Brasil?

RO – É uma conjunção de fatores. Em parte, tem a ver com a saúde individual das pessoas que chegam com sequelas de doenças crônicas, ou seja, teve hipertensão e não se tratou direito, teve diabetes e não cuidou bem, não tem boa alimentação. Mas tem também a ver - como toda a autonomia - com as condições do ambiente. Nossas cidades são inóspitas, perigosas para os idosos. O idoso não tem espaços de socialização, sair à noite, ir a um banco, é perigosíssimo, o transporte público é um horror. A condição da cidade, da urbanidade, também é condição para a autonomia dos idosos.

JC – Como lidar com os efeitos das mudanças climáticas na saúde coletiva?

RO – Para nós, profissionais da saúde coletiva, a discussão climática e do ambiente é indissociável do processo saúde-doença. Quando vemos hoje – e todos os meses de janeiro, onde você quiser – desde tempestades, desmoronamentos, aquecimento global, temos inúmeros exemplos para dar, a própria pandemia da covid-19 e novas pandemias que virão. Do ponto de vista da saúde coletiva, têm a ver com uma forma do ser humano se relacionar com o planeta Terra. E nessa relação predatória do humano com o planeta, o bumerangue se volta contra nós. Então, cada vez haverá mais mutações de vírus, cada vez mais as condições ambientais colocarão

populações que são as mais pobres, as ribeirinhas, as mais expostas, em situação de fragilidade.

JC – Ouvimos falar do surgimento de vírus novos, como o Mpox, o Marburg. Como isso se conecta com o que a senhora está falando? Como lidar com esses novos vírus?

RO – Do ponto de vista sanitário, temos discutido muito as estratégias de vigilância. Isso também nos obriga, falando como técnica de saúde pública clássica, a ter sistemas de vigilância ágeis e interconectados. E que permitam também – coisas que as tecnologias hoje nos permitem –, por exemplo, a vigilância genômica. Como vou saber se o vírus mudou? Tenho que poder fazer testes em quantidade e proporções adequadas. O que não está equacionado no planeta Terra, não somente no Brasil, é o acesso de todo mundo a isso. Veja só, hoje há grandes setores do continente africano com taxas de vacinação abaixo dos 30% para covid-19, enquanto países como Canadá e Estados Unidos compraram cinco vezes mais vacinas que o tamanho de suas populações. Sem resolver essas iniquidades, é mentira que estamos salvos. Alguns países de alta renda do Norte desenvolvido pensam “salvo-me eu e pronto”. Rejeitam os imigrantes, mandam os africanos embora, seguridade social só para eles. A pandemia de covid-19 implodiu com essa ideia, mostrou que se isso algum dia existiu, não existe mais. (JR)

Olhando o passado e refletindo o futuro, SBPC celebra 75 edições da Reunião Anual



Com o tema “Ciência e democracia para um Brasil justo e desenvolvido”, o evento será realizado de 23 a 29 de julho de 2023 na Universidade Federal do Paraná (UFPR), em Curitiba; inscrições estão abertas até 13 de julho

RAFAEL REVADAM

No dia 8 de julho de 1948 nasceu a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). A entidade esteve presente nos debates pela construção de uma Constituição Federal democrática, enfrentou a censura da ditadura militar, ajudou na elaboração de políticas públicas em prol dos povos indígenas e defendeu a criação das fundações de amparo à pesquisa e demais instituições de difusão científica. Em 2023, a SBPC completará 75 anos digitalizando histórias do passado, debatendo problemas do presente para repensar o futuro do País e levando ciência para todos os cantos do País com suas Reuniões Anuais.

“Nestes 75 anos, a SBPC jamais deixou de realizar as suas Reuniões Anuais, eventos importantíssimos de reflexão do País. Elas foram se expandindo, abrangendo o País como um todo. Evidentemente, quando a SBPC foi fundada, as pesquisas estavam mais concentradas no eixo Rio-São Paulo. Tivemos a expansão com a criação da atual capital Federal, Brasília, que foi uma importante marcha para o Oeste. Mais tarde, já nas décadas iniciais deste século, todos os estados brasileiros passaram a ter programas de pós-graduação. Essa expansão da Ciência no Brasil está muito ligada à missão da SBPC, que, sendo uma entidade independente do Estado, consegue defender os interesses do Brasil e da comunidade científica”, explica o presidente da Sociedade, Renato Janine Ribeiro.

Para Janine Ribeiro, a comemoração dos 75 anos da SBPC ganha um maior peso no contexto político atual. “Nós estamos comemorando essa data com a certeza de que o País agora retoma rumos importantes para o seu futuro, na medida em que o governo que patrocinou o negacionismo científico e sanitário saiu e que uma grande frente conseguiu se eleger para restabelecer o papel decisivo da Ciência, da Educação, da Cultura, da Saúde, do Meio Ambiente e da Inclusão Social no desenvolvimento do País.”

Vice-presidente da SBPC, Fernanda Sobral vem acompanhando a trajetória da entidade desde quando era apenas sócia. Após dois mandatos como conselheira e mais dois na Diretoria da instituição, a pesquisadora reforça o grande mérito da SBPC.

“Tem a grandeza de agregar todas as áreas do conhecimento e, além disso, tem uma atuação política forte, ainda que não-partidária. É uma atuação que tem sido muito respeitada em diferentes governos. Claro, na gestão passada tivemos problemas sérios, já que era um governo que não respeitava o conhecimento, mas o tempo todo nós estivemos vigilantes para diminuir as perdas, que foram grandes e constantes. Mas nós lutamos o tempo todo para reduzi-las e agora estamos no período, justamente, de reconstruir muita coisa.”

Reunião Anual

A reconstrução do País será um dos eixos do debate na 75ª edição da Reunião Anual (RA) da SBPC, que já está com inscrições abertas. Com o tema “Ciência e democracia para um Brasil justo e desenvolvido”, o evento será realizado de 23 a 29 de julho de 2023, na Universidade Federal do Paraná (UFPR), em Curitiba. As atividades serão realizadas no Campus Centro Politécnico da UFPR, Complexo da Reitoria, Praça Santos Andrade e Prédio Histórico – e algumas atividades também serão virtuais. As inscrições podem ser feitas online até o dia 13 de julho, ou presencialmente na semana do evento.

As atividades da Reunião Anual, como conferências, mesas-redondas, painéis, atividades culturais, exposições e atividades para estudantes do ensino básico e/ou técnico, são de acesso livre e gratuito. Mas quem pretende submeter um trabalho para a Sessão de Pôsteres, obter o certificado online de participação geral (sem carga horária e sem descrição das atividades, mediante credenciamento no evento), receber o material da RA (programação impressa, bolsa e crachá) ou ainda matricular-se nos webminicursos, precisará fazer inscrições específicas no evento.

O valor da inscrição varia de R\$ 40,00 a R\$ 300,00, dependendo da categoria do inscrito. Quem desejar submeter trabalhos para a Sessão de Pôsteres, o prazo é dia 27 de março, ou enquanto houver vagas.

Podem ser submetidos trabalhos em todas as áreas do conhecimento, por estudantes de graduação ou pós-graduação, docentes de Ensino Superior, pesquisadores e outros profissionais, estudantes e professores da Educação Básica ou Ensino Profissionalizante. Para saber mais sobre o processo de submissão, acesse o site da 75ª Reunião Anual (<https://ra.sbpnet.org.br/75RA/>).

Seguindo o tema central da 75ª Reunião Anual, a Comissão de Programação Científica já definiu os tópicos que serão discutidos nas conferências, painéis e mesas-redondas. Entre os assuntos a serem abordados estão as “Mudanças climáticas e a descarbonização da economia”; “Riscos climáticos em áreas urbanas”; “Construção de instituições e cultura política democráticas”; “Direito à educação: melhoras no processo de ensino-aprendizagem na educação básica”; “Desafios e mudanças no ensino superior”; “Cultura: preservação, criação e acesso”; “Ciência Básica e os 17 ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável)”; “Inclusão social e diferentes dimensões das desigualdades”; “Fome”; “Desafios para infraestrutura de pesquisa em todas as áreas”; e “Desarmamento da população”, além de outros que podem ser propostos.

Cláudia Linhares Sales, secretária-geral da SBPC e coordenadora-geral do evento, afirma que os assuntos escolhidos são essenciais para a retomada do desenvolvimento do País. “Além de debatermos temas como a preservação dos biomas e biodiversidade, a construção de um sistema energético sustentável e saúde, por exemplo, vamos também tratar de assuntos relacionados à educação e democracia, que são elementos importantes neste momento”, comenta.

ATRAÇÕES PARA TODOS

Mostras, exposições, cultura e diversão compõem a programação

Paralelamente à programação científica, as reuniões anuais da SBPC trazem atrações culturais e educativas para toda a comunidade e a 75ª RA não será diferente.

Maior mostra de Ciência, Tecnologia e Inovação do País, a Expo-T&C reúne todos os anos, na semana da Reunião Anual, as mais proeminentes instituições nacionais e internacionais: universidades, institutos de pesquisa, empresas, órgãos governamentais, sociedades científicas, agências de fomento, entre outras. Neste ano, a exposição completa 30 anos, e o espaço será ainda mais especial, com atrações para todos os públicos celebrarem juntos a ciência que é feita no País.

Uma das atividades mais visitadas é a tenda da SBPC Jovem, destinada a estudantes e professores do ensino básico, e a todos os amigos da ciência, de todas as idades. O objetivo é promover o contato de crianças e jovens com o conhecimento científico e com os pesquisadores, para despertar o interesse pela ciência, tecnologia e inovação.

Paralelamente à programação científica, o público da Reunião Anual também mergulha no universo das artes, com a SBPC Cultural. Composta de diversas atrações artísticas que acontecem diariamente, as expressões e valores das artes regionais são o destaque ao longo da semana. Organizada pela UFPR em parceria com outras instituições locais, as diversas ações acontecerão em três pontos da cidade de Curitiba, em diferentes faixas de horários.

Encerrando a temporada da Reunião Anual, a SBPC organiza todos os anos, aos sábados, o Dia da Família na Ciência. Nesta edição, o evento será no dia 29 de julho, nas tendas da SBPC Jovem e da ExpoT&C. Aberta a todos e gratuita, a programação é dirigida à comunidade, propondo atividades interativas, para mostrar, de forma lúdica, como a ciência faz parte do dia a dia das pessoas. Os participantes terão a oportunidade de conhecer a UFPR e explorar experimentos científicos, testar novas tecnologias produzidas nas instituições nacionais e conversar com cientistas, entre outras atrações.



Espaço de debate

Todo ano, a SBPC realiza diversos eventos com o objetivo de debater políticas públicas de C&T e difundir os avanços da ciência. A Reunião Anual é o principal encontro nacional, mas há também iniciativas de difusão científica das Secretarias Regionais.

A cada ano, a Reunião Anual da SBPC é realizada em um estado brasileiro, sempre em universidade pública. O evento reúne milhares de pessoas – cientistas, professores e estudantes de todos os níveis, profissionais liberais e visitantes. Além de autoridades e gestores, formuladores de políticas públicas para ciência e tecnologia no País.

As reuniões anuais da SBPC têm, concomitantemente, os objetivos de debater políticas públicas nas áreas de Ciência, Tecnologia, Inovação e Educação e de difundir os avanços da Ciência nas diversas áreas do conhecimento para toda a população.

Para mais informações: <https://ra.sbpnet.org.br/75RA/>

Eleições 2023:

Diretoria, Conselho e Secretarias Regionais

A Comissão Eleitoral da SBPC encaminhou no início de março aos sócios ativos a Primeira Circular, com prazos do processo eleitoral para renovação da presidência e diretoria da entidade



A Comissão Eleitoral da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) divulgou no dia 3 de março a Primeira Circular aos sócios sobre as eleições da Diretoria para o biênio 2023-2025, renovação de parte do Conselho para o quadriênio 2023-2027 e dos membros das Secretarias Regionais para o biênio 2023-2025.

Todos os sócios ativos podem indicar candidatos e se candidatar aos cargos em disputa nas eleições, até 03 de maio, atendendo às normas regimentais e às especificações da circular.

Poderão votar na eleição todos os sócios ativos da SBPC, observadas as seguintes condições:

- todos os sócios ativos podem votar em candidatos a cargos de Diretoria;
- apenas os sócios ativos vinculados a uma dada área de representação votam em candidatos para representantes daquela área no Conselho, limitado ao número de vagas disponíveis;
- apenas os sócios ativos vinculados a uma determinada Secretaria Regional votam em candidatos a cargos da Secretaria Regional.

Por sócio ativo entende-se:

- qualquer membro da SBPC que tenha realizado seu cadastro e sido admitido até 15/março/2023;
- ou demais sócios que tenham quitado a anuidade referente a 2022 ou 2023 até o dia 24/mayo/2023.

A SBPC solicita aos seus sócios que atualizem seus cadastros e a anuidade 2023 nos Serviços Online (<https://socios.sbpnet.org.br/>). A Secretaria de Sócios está à disposição para atendimento no e-mail socios@sbpcnet.org.br. A participação dos sócios ativos é essencial para o processo eleitoral.

Jornal da Ciência

ANO XXXVII | Nº 802 | JANEIRO/FEVEREIRO/
MARÇO 2023

Conselho Editorial:

Claudia Masini d'Avila-Levy, Lisbeth Kaiserlian Cordaní, Luisa Massarani, Graça Caldas e Marilene Correa da Silva Freitas

Editora: Daniela Klebis

Editora-assistente: Janes Rocha

Redação e reportagem: Janes Rocha

Colaborou nesta edição: Rafael Revadam

Revisão: Carlos Henrique Santos e Vivian Costa

Arte e Diagramação: Fernanda C. M. Pestana

Distribuição e divulgação: Carlos Henrique Santos

Publicação da Sociedade Brasileira
para o Progresso da Ciência

Redação:

Rua Maria Antônia, 294 - 4º andar,
CEP 01222-010 São Paulo, SP.
Fone: (11) 3259-2766

E-mail: jciencia@jornaldaciencia.org.br

Apoio: Finep e CNPq

ISSN 1414-655X

Distribuição: Excepcionalmente, em função da pandemia de coronavírus, o jornal está disponível apenas em sua versão eletrônica, com acesso pelo site:

www.jornaldaciencia.org.br

FIQUE SÓCIO

Conheça os benefícios em se tornar sócio da SBPC no site www.sbpnet.org.br ou entre em contato pelo email: socios@sbpcnet.org.br

VALORES DAS ANUIDADES

R\$ 60 Estudantes associados quites de Sociedades Afiliada à SBPC.

R\$ 70 Estudantes do Ensino Básico, de Graduação e de Pós-graduação, Professores de Ensino Básico.

R\$ 150 Profissional associado quite de Sociedades Afiliadas à SBPC.

R\$ 200 Professores de Ensino Superior, Pesquisadores e Outros Profissionais.



R. Maria Antônia, 294 - 4º andar
CEP: 01222-010 - São Paulo/SP
Tel.: (11) 3259-2766
sbpcnet.org.br