

Revista

DR!

Nº 87 | 2015

Publicação do **SIMESP**
Sindicato dos Médicos de São Paulo
outubro/novembro/dezembro

A mulher médica

Elas já são maioria nas faixas mais jovens entre os profissionais de medicina e a tendência é cada vez mais ganharem espaço. As médicas, porém, ainda enfrentam preconceitos e ganham menos

Informação

Novo padrão de comunicação

Especial

Subfinanciamento da saúde

Artigo

Mário Scheffer: "impeachment" do SUS

Merit Ptah (2.700 a.C.), cientista egípcia, considerada a primeira médica da história



É MUITO BOM
PODER CONTAR
COM QUEM ESTÁ
SEMPRE AO
NOSSO LADO

- > Assessoria Jurídica:
 - Trabalhista, criminal, administrativa, ético-disciplinar, previdenciária e cível;
- > Auxílio na declaração do IR;
- > Simesp Relacionamento - Informação facilitada ao médico;
- > Simesp+, programa de benefícios aos associados.



Banco de Imóveis da Saúde



Banco de Empregos Médicos



Mural de Devedores



Mantenha-se bem informado

- > www.simesp.org.br
- > facebook.com/simespmedicos
- > youtube.com/simespmedicos
- > Revista DR! e Jornal do Simesp
- > Boletins Eletrônicos
- > Simesp Debate e Assembleias



SIMESP

SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO

Fale conosco e veja como é fácil associar-se: 11 3292.9147 | relacionamento@simesp.org.br

Nº 87 | 2015
outubro/novembro/dezembro

Páginas Verdes
Saúde Brasileira

6



Ligia Bahia fala, entre outros, sobre a não priorização da saúde nas agendas governamentais

Sustentabilidade
Lixo Eletrônico

20



Menos poluição: descarte adequado dos produtos eletrônicos é responsabilidade de todos

Horas Vagas
Diário Imaginário

32



Contando histórias do cotidiano, o médico Luiz Gustavo Omena faz sucesso com sua página no facebook

24

Especial
Subfinanciamento da Saúde



É mais tranquilo exercer a Medicina quando estamos seguros

Condições especiais para os associados Simesp

- + Seguro de Responsabilidade Civil Profissional
- + Seguro de Diária por Incapacidade Temporária
 - + Seguro para Clínicas e Consultórios
 - + Seguro de Vida e Acidentes Pessoais
- + Seguro Residencial e Casa de Veraneio
 - + Seguro de Equipamentos Portáteis
 - + Seguro de Automóveis
 - + Seguro de Viagens



SIMESP  SEGUROS

Cotações e Dúvidas: simesp.org.br/simesp+

DIRETORIA

Presidente

Eder Gatti Fernandes
relacionamento@simesp.org.br

SECRETARIAS

Geral

Denize Ornelas P. S. de Oliveira

Comunicação e Imprensa

Gerson S. Salvador de Oliveira

Administração

Ederli M. A. Grimaldi de Carvalho

Finanças

Juliana Salles de Carvalho

Assuntos Jurídicos

Gerson Mazzucato

Formação Sindical e Sindicalização

Marly A. L. Alonso Mazzucato

Relações do Trabalho

José Erivalder Guimarães de Oliveira

Relações Sindicais e Associativas

Otelo Chino Júnior

EQUIPE DO JORNAL DO SIMESP

Diretor responsável

Gerson S. Salvador de Oliveira

Editora-chefe e redação

Ivone Silva

Reportagem e revisão

Leonardo Gomes Nogueira

Nádia Machado

Fotos

Osmar Bustos

Relações-públicas

Juliana Carla Ponceano Moreira

Ilustração da capa

Célio Luigi

Redação e administração

Rua Maria Paula, 78, 3º andar 01319-000 – SP

Tel: (11) 3292-9147

imprensa@simesp.org.br

www.simesp.org.br

PROJETO GRÁFICO

Med Idea - Design para médicos

Rua Oscar Freire, 2189, Pinheiros

São Paulo/SP 05409-011

Tel: (11) 99897-8787

contato@medidea.com.br

www.medidea.com.br

Editor de Arte e diagramação

Igor Bittencourt

Todos os artigos publicados terão seus direitos resguardados pela revista DR! e só poderão ser publicados (parcial ou integralmente) com a autorização, por escrito, do Simesp. A responsabilidade por conceitos emitidos em artigos assinados é exclusiva de seus autores.



SIMESP
SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO



É imperativo qualificarmos o entendimento, o discurso e a prática

Diretoria do Simesp

É com grande satisfação que compartilhamos com nossos leitores o primeiro exemplar do novo projeto da Revista DR!. Ele vai além de mudanças gráficas, tem a ver com o padrão de posicionamento da comunicação institucional adotado pelo Sindicato dos Médicos de São Paulo.

As entidades médicas, em geral, vêm sofrendo com a pouca capacidade de intervirem nas políticas públicas e fazerem frente às condições precárias de saúde pública e às mudanças que o mercado tem imposto à Medicina nas últimas décadas.

É necessário elevar a compreensão de políticas de saúde, economia e meio ambiente para podermos qualificar nossas intervenções. Os discursos pré-fabricados não têm sido suficientes para explicarmos e muito menos interferirmos nos fenômenos que envolvem nossa prática.

Essa revista deverá ser uma praça em que nossa entidade possa se encontrar com os médicos e com a sociedade em geral; associações, movimentos e pessoas que tenham interesse na área da saúde e nas questões relacionadas ao trabalho.

É imperativo qualificarmos o entendimento, o discurso e a prática, para que possamos melhorar as condições de trabalho dos médicos e as condições de atendimento à saúde da população.

Aproveitamos para desejar um feliz Ano Novo, que tenhamos disposição e coragem para construirmos em 2016 um ano muito melhor. Contem conosco nessa jornada.

“Saúde é moeda de troca para estabelecer bases políticas”

Ligia Bahia é autoridade quando o assunto é sistema de saúde brasileiro. Professora Associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro (onde também se graduou), com mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, participou da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que formatou as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta entrevista, por e-mail, a professora destaca que as conferências de saúde ainda podem desempenhar papel relevante desde que “não se restrinjam a ser arena para apresentação das realizações dos governos”. Ela também afirma que o médico se afastou da reforma sanitária brasileira e do SUS ao preservar os múltiplos vínculos empregatícios, contrariando a proposta inicial do movimento de manter carreiras públicas, com dedicação exclusiva.

Especialista em saúde coletiva, com ênfase em políticas de saúde e planejamento, Ligia Bahia fala ainda sobre as relações entre o público e o privado; saúde suplementar; condições de trabalho e atuação da mídia nas coberturas do setor.

Ivone Silva



Vinicius Andrade/Agência Kahl/Abasco

> “Nesse momento, a viabilidade, a perspectiva de efetivação dos SUS é longínqua”, avalia Ligia Bahia

2015 foi ano de conferências de saúde. Essa instância de discussão ainda tem peso efetivo, assim como aconteceu na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986?

Penso que sim. Mas é preciso compreender os limites e as potencialidades de fóruns participativos para nem *jogar fora o bebê com a água do banho* nem nutrir uma expectativa ilusória. Quando a 8ª Conferência foi realizada não havia eleições presidenciais. A luta pela redemocratização foi construída de baixo para cima, da sociedade para as então questionáveis instâncias de representação política (havia até senadores biônicos) e ao poder executivo. Muita água passou por baixo da ponte, certamente a democracia ainda que incipiente - conside-

rada por alguns como delegativa (ou seja, delega-se para os eleitos o poder de decisão) para outros de baixa intensidade e para muitos pouco efetiva em relação aos direitos concretos de cidadania - modificou os padrões de atuação dos movimentos sociais no Brasil. Conselhos de saúde e conferências foram literalmente institucionalizados.

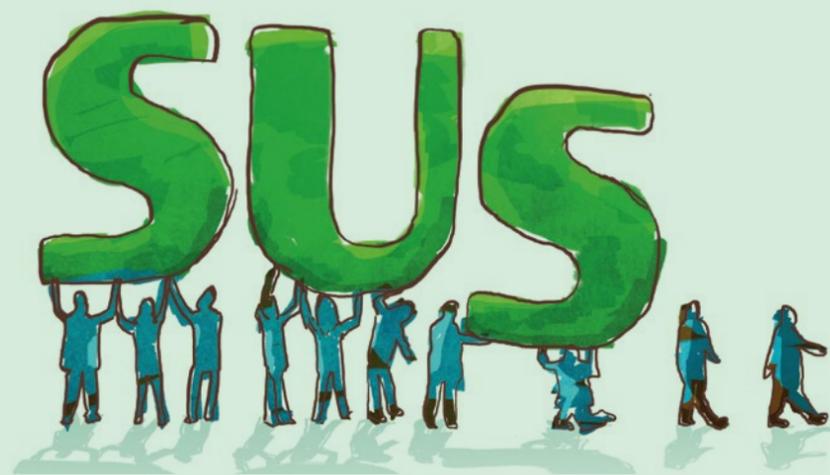
Essa institucionalização teve efeitos negativos?

Ao contrário do enorme esforço e desprendimento para organizar a 8ª conferência - os delegados foram de ônibus financiados pelas entidades participantes e ficaram alojados em estádios -, atualmente a infraestrutura é inteiramente paga por órgãos governamentais, propiciando um padrão de hospeda-

gem e alimentação totalmente distinto do obtido pelo uso de recursos próprios.

Esse processo de institucionalização, de formalização de entidades de participação social, tem claras consequências. O reconhecimento do direito legítimo pelo Estado da democracia direta, em um país desigual, no qual estar próximo individualmente aos centros de decisão, ainda que de maneira subordinada, é sinal de distinção e melhoria objetiva de qualidade de vida, é um enorme desafio à preservação de autonomia.

Portanto, o processo de organização das Conferências de Saúde pode desempenhar um papel relevante desde que não se restrinjam a ser mais uma arena para apresentação das realizações dos governos. Não



é fácil porque autoridades governamentais municipais, estaduais e nacionais tendem a instrumentalizar as conferências ao compreendê-las como espaços laudatórios às suas gestões e não como fóruns de debate sobre o futuro da saúde no Brasil. A inversão de sentido chega a tal ponto que a saúde propriamente dita quase desaparece da pauta. O que ganha destaque é por um lado um conjunto de bandeiras abstratas e, por outro, reivindicações com forte teor sindical. São legítimas, mas reiterativas.

Por que a sra. afirma que a reforma sanitária é um movimento sem médicos?

O movimento médico teve uma contribuição essencial para a formulação da reforma sanitária brasileira e do SUS. Mas se

afastou quando propôs a preservação dos múltiplos vínculos no lugar do que era a proposta de organização de carreiras públicas, bem remuneradas e com dedicação exclusiva. Muitas entidades médicas continuaram e até intensificaram relações com as Unimed. E no afã de denunciarem más condições de atendimento nos serviços públicos tornaram-se porta-vozes do caos no SUS. Embora, a maior parte dos serviços privados no Brasil não possuía condições tecnológicas mínimas, nem pessoal em quantidade e qualidade adequados. Enquanto isso, sanitaristas e técnicos da saúde pública ralavam muito para tentar efetivar o SUS.

Quais as implicações desse afastamento?

Embora não proposital, esse afastamento deixou marcas. As exi-

gências seletivas dos médicos em relação aos serviços públicos passaram a ser encaradas como desapareço pelo SUS e parte dos médicos viram os sanitaristas como construtores de um sistema de saúde pobre para pobres. Os esforços de aproximação existiram, mas foram pontuais.

A ponderação sobre o movimento da reforma sanitária sem médicos refere-se a um paradoxo: é impossível mudar o sistema de saúde sem a intensa participação dos médicos, ainda que seja previsível a existência de conflitos e tensões. O que se assistiu recentemente nos Estados Unidos foram discussões acirradas de entidades médicas sobre o denominado *Obamacare*, inclusive há divisão a favor ou contra entre profissionais generalistas e os que atuam nas emergências dos hospitais e especialistas.

Depois de 27 anos de existência, como a sra. avalia o SUS?

Nesse momento, a viabilidade, a perspectiva de efetivação do SUS é longínqua. Seria, no mínimo, equivocado afirmar que depois de 27 anos de construção falta só um pouco para termos um Sistema Único de Saúde universal e de qualidade. O que ocorreu é que o setor privado cresceu e o SUS ficou responsável pelas duas pontas da atenção: a básica e de alto custo.

Ou em outros termos também se tornou fragmentado. A nota dissonante é que o setor privado também não se constitui como alternativa para a atenção à saúde, sequer para os ricos. Suas coberturas são restritas e tem que ser complementadas pela iniciativa pública.

A crise econômica afeta o SUS, mas também limita as margens de atuação das empresas privadas. A hora é de afirmar a importância do público e não do privado. No entanto, os discursos oficiais insistem na velha e falida concepção da articulação entre público e privado sem definição sobre quem é subordinado a quem.

Como garantir saúde pública com o mínimo de qualidade?

Existe uma crise política, um imenso descrédito na gestão pública agravado pela visibilidade da corrupção. O subfinanciamento do SUS e gestões caracterizadas por descontinuidade administrativa, nomeações político-partidárias para cargos técnicos, clientelismo e mau uso dos recursos são consequências do descaso, da não priorização da saúde nas agendas governamentais. Trata-se a saúde como uma moeda de troca para estabelecer bases políticas de apoio e não como área prioritária de política social. Até as burocrá-

cias dos ministérios da área econômica são mais valorizadas do que as da saúde. Temos muitas dificuldades não apenas para “fixar” médicos e enfermeiros, mas também para preparar e manter equipes que compreendam e saibam aplicar conhecimentos epidemiológicos e de gestão e planejamento. As descontinuidades administrativas na saúde são permanentes e se reduzem a programas governamentais, impedindo que a Saúde se torne uma política de Estado.

“O setor privado também não se constitui como alternativa para a atenção à saúde, sequer para os ricos”

Com a mercantilização do setor, por meio dos planos privados, a saúde passou a ser secundária?

Sem dúvida. A mercantilização é inerente a comercialização de planos de saúde. O pressuposto não é a necessidade de saúde e sim a capacidade direta ou indireta de pagamento. A dinâmica dos planos é a priorização mediante o maior pagamento e não a gravidade das condições clínicas. Atendimentos prolongados e muito caros tendem a ser transferidos para o SUS, que passa a funcionar como resse-

guro dos planos e não como o sistema de saúde para todos os brasileiros. Em hospitais que atendem planos privados e SUS, quando há agravamento das condições de saúde, é comum os cofres públicos arcarem com as despesas de pacientes que deram a entrada por meio de planos de saúde.

Apesar de o SUS acabar arcando com os tratamentos mais complexos (e caros), o que se vê na mídia é uma imagem muito negativa do Sistema. Como a sra. avalia essa cobertura dos meios de comunicação?

A mídia repercute uma imagem negativa do SUS que é muito disseminada na sociedade brasileira. Considero as coberturas da mídia comercial assimétricas porque raramente abordam problemas que ocorrem no setor privado. Ainda convivemos com situações como câmaras/gravações dentro de estabelecimentos públicos, focando pacientes em condições constrangedoras, como se a exposição pública da dor fosse trivial. O mesmo não ocorre nos serviços privados. A privacidade, a confidencialidade da relação médico-paciente são valores e práticas que ficam postergados em função dos escândalos sobre a precariedade do SUS. ❶



O “impeachment” do SUS

Mário Scheffer

Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP

O governo errático, a recessão econômica, a direita conservadora emersa e o golpe em marcha esboçaram o Brasil em 2015, ano em que o Sistema Único de Saúde (SUS) levou a pior.

O ajuste fiscal e o contingenciamento de R\$ 13,4 bilhões do Ministério da Saúde no ano levariam serviços essenciais ao colapso, produzindo mais filas, mais sofrimento e mortes.

Estados e municípios reduziram convênios, atendimentos e internações, por causa da sangria dos tributos relacionados à atividade econômica, que compõem fontes de custeio da saúde.

Com impacto em 2016, a constitucionalização do subfinanciamento pela Emenda 86 vai impor a subtração de recursos federais já insuficientes.

Soará como estertor do SUS a manutenção da Desvinculação de Receitas da União (DRU) até 2023, combinada à utilização, pelo governo, de acordo com seus interesses, de até 30% das receitas de contribuições sociais que deviam ser usadas em boa parte para a saúde.

Em tempos de governo fraco e parlamento “vendido” o setor

privado emplaca sua agenda. Agora abertos por lei ao capital estrangeiro, hospitais privados e filantrópicos ampliam a estratificação de redes e clientela. Em outra frente, nova lei pode instituir plano de saúde compulsório para empresas e trabalhadores.

O escândalo da Hemobrás, que fez voar dinheiro pela janela, viu nascer uma nova espécie: a dos sanitaristas corruptos.

Políticas setoriais foram lançadas às trevas: a de combate à aids, abandonou seus componentes de direitos humanos; a de saúde mental foi entregue a um ex-diretor de manicômio; e a de saúde bucal passou a ser comandada por representante do mercado de planos odontológicos privados.

A demolição do SUS está aí: na hegemonia das organizações sociais na gestão, na diminuição de equipamentos e leitos públicos, inclusive de UTI, no crescimento dos gastos privados com saúde acima dos patamares de gastos públicos, nos incentivos fiscais e regulatórios para a expansão do mercado de planos de saúde, e na delegação, ao setor privado, da formação de profissionais.

Não são apenas circunstâncias

conjunturais, há rupturas estruturais que poderão levar a uma espécie de “impeachment” do SUS, com a impugnação do regime público, a cassação do direito à saúde conquistado na Constituição, o impedimento da preservação dos valores positivos de um sistema universal financiado publicamente.

As deficiências do sistema de saúde brasileiro são motivo de inquietude social, porém as decisões sobre o futuro do SUS ocupam espaço desinformado no debate público, como se viu na negação histórica a um imposto redistributivo e democrático, exclusivo para a saúde, nos moldes da CPMF; ou na festiva Conferência Nacional de Saúde de 2015, reduzida a um ato de desagravo à presidente Dilma Rousseff.

A privatização da saúde é provável que se mantenha como opção política predominante, o que levará ao crescimento de um sistema de saúde paralelo, segmentado, excludente, caro e ineficiente.

Sem mobilização social mais ampla a partir da rearticulação das forças que ainda restam em defesa do SUS não será possível virar esse jogo.

Aplicativos a serviço da saúde

Neurocirurgião já participou da criação de 11 aplicativos que ajudam no diagnóstico correto e no tratamento adequado de doenças

Leonardo Gomes Nogueira

Ter dor de cabeça é comum. Mas não é normal, ressalta a Sociedade Brasileira de Cefaleia. Algo tão corriqueiro que motivou o neurocirurgião Júlio Pereira a criar um aplicativo (App) para ajudar pacientes que sofrem desse mal a ter um registro preciso das suas crises e depois compartilhar esse histórico com o seu médico (auxiliando no diagnóstico correto da doença).

“Eu sempre gostei muito de tecnologia”, diz o médico formado pela Universidade Federal da Bahia. Ele conta que o interesse por esses aplicativos começa, sobretudo, durante a sua residência na Santa Casa de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, entre os anos de 2008 e 2013. Desde então, ele participou da criação de 11 aplicativos médicos relacionados ao campo da neurocirurgia. Para usá-los, no entanto, é necessário ter um smartphone.

Foi entre 2011 e 2012 que, em parceria com uma empresa de tecnologia de Campina Grande (PB), ele foi um dos criadores de dois aplica-



> “Eu sempre gostei muito de tecnologia”, diz o médico Júlio Pereira

tivos precursores: “Dor de Cabeça” e “Epilepsia”. Os nomes (bastante comuns) não foram um problema, afinal, na época, ainda existiam poucos aplicativos do tipo no país.

O “Dor de Cabeça” é o mais usado, conta Pereira. Foram, até o momento, 103 mil downloads (60% dos quais a partir do Brasil e 40% fora). A maioria dos seus usuários, nos comentários e avaliações disponíveis na internet, o aprova. Ao menos na versão brasileira do App (já que ele é bilíngue; com versões em inglês e português).

A ideia para o “Epilepsia” surgiu a partir da experiência do pai de um paciente, que gravou como eram as crises do filho (já que, muitas vezes, avalia o médico, é difícil descrever algo complexo e estressante como uma crise de epilepsia).

Entre as funcionalidades desse aplicativo estão: cadastro dos medicamentos utilizados, alarme para lembrar o horário de tomar os remédios, a filmagem e o registro das crises. “A gente juntou tudo o que um

paciente de epilepsia precisa em um aplicativo”, garante.

Para os pacientes, todos os aplicativos podem ser baixados de graça. Há outros, no entanto, dirigidos aos médicos e estudantes de medicina que são pagos. O neurocirurgião cita o “Craniotomia”, que oferece aos profissionais da área, entre outras coisas, noções básicas da anatomia da superfície encefálica.



É um programa criado para desempenhar uma tarefa específica. Como ele possui uma aplicação particular (ou exclusiva), esse tipo de programa também ficou conhecido como “aplicativo” (derivado da palavra “aplicação”).



Com licença, esse lugar é nosso

Elas serão a maioria entre os profissionais de medicina no Brasil em pouco mais de dez anos; já são maioria entre as faixas mais jovens (56,2% até 29 anos), mas ainda enfrentam preconceito, desde o processo de seleção para residência médica, quando disputam vagas para especialidades de predominância masculina, até o mercado de trabalho onde ganham, em média, menos do que os homens

Nádia Machado

As mulheres são maioria entre os habitantes do Brasil e nos cursos de nível superior. No mercado de trabalho elas estão ganhando espaço gradativamente, quase se igualando ao número de homens ocupados. Essa transformação social que aumenta o acesso das mulheres também reflete em mudanças no perfil do médico brasileiro,

que embora seja uma profissão predominantemente masculina, já supera a quantidade de homens entre as faixas mais jovens (56,2%), segundo o relatório, de 2015, da pesquisa Demografia Médica no Brasil), o que demonstra um processo de feminilização.

Na pesquisa anterior, realizada em 2013, há a projeção de que elas serão a maioria em 2028,

ocupando 50,23% dos postos de trabalho médico. Em 2050, a perspectiva é de que serão quase 500 mil mulheres médicas no país, o que representará 55,66% (esse dado não foi atualizado em 2015).

Esse fenômeno do aumento quantitativo de mulheres no exercício de uma profissão é chamado, por alguns estudiosos, de feminilização. É o caso da socióloga e professora da pós-graduação do curso de Serviço Social, da Universidade de Brasília (UNB), Silvia Cristina Yannoulas. Ela defende que os termos “feminilização” e “feminização” são distintos, sendo o segundo referente à transformação da profissão ao adquirir características femininas. “Acreditamos que o estudo da feminização e da masculini-

zação das profissões é chave para imaginar o desmonte das políticas e micropolíticas de poder que condenam homens e mulheres a determinados tipos de trabalho apenas por serem portadores de um determinado aparelho anatômico-fisiológico diferente”, defende Silvia.

Os tipos de trabalho determinados para homens e mulheres, argumenta Juliana Salles, secretária de Finanças do Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp), são resultado de uma construção social patriarcal, que faz distinção do papel da mulher no âmbito da sociedade.

A médica sanitária Lilia Blima Schraiber, professora da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), que desenvolveu estudos sobre a violência contra a mulher, segue a mesma linha de pensamento e explica como essa segmentação foi imposta. “A medicina foi construída como uma profissão que se vale da ciência. E a ciência era uma prática dos homens, porque eles podiam trabalhar fora, estudar e circular nos espaços públicos”, explicou a médica durante debate realizado no Simesp, em julho, sobre o tema *Medicina: profissão feminina*.

Lilia explica que à mulher era limitado apenas o espaço privado, ou seja, sua casa. “Um ambiente que não possui regras, por isso é desvalorizado pela sociedade”, argumentou.

Determinantes históricos

A divisão de gênero no estudo da medicina é analisada pelo médico Joffre Marcondes de Rezende, no artigo *O machismo na história do ensino médico*. “Era uma profissão inadequada à mulher por razões de ordem moral. Quando muito admitia-se a colaboração no cuidado aos doentes como enfermeira”, escreveu o autor.

Devido a essa construção social, as primeiras médicas que se formaram, no final do século 19, tiveram dificuldade ou foram impossibilitadas de atuar na área. Juliana Salles enfatiza um dos casos citados no texto de Rezende: “Entre as primeiras médicas brasileiras estava Ermelinda Vasconcelos, que se dedicou à obstetria. Em sua formatura, Ermelinda recebeu uma crônica do historiador Silvio Romero, sob o título: *Machona*. O texto continha as seguintes palavras: ‘Esteja certa a doutora, que os seus pés de machona não pisarão o meu lar’. Tempos depois, Ermelinda foi chamada para fazer o parto da mulher de Silvio Romero. Na ocasião mostrou-lhe um recorte de jornal que guardava consigo, com a referida crônica”, conta.

Para Juliana Salles, com o triunfo da biologia e a ascensão do poder médico no século 19 e mais tarde com o controle da natalidade, a mulher foi identificada como segmento de atuação na medicina: primeiramente, cons-

01 • *Diana de Santana teve que lidar com a presença maciça de homens na residência em neurocirurgia*

02 • *Para Denize Ornelas, secretária-geral do Simesp, preconceito compromete direitos trabalhistas adquiridos pelas mulheres*

03 • *“Em pleno século 21, mulheres ainda são questionadas sobre planos pessoais”, critica Juliana Salles, secretária de Finanças do Sindicato*



01



02



03



Sexo ou gênero?

O termo sexo refere-se à diferença biológica entre homem e mulher. Já o gênero, conforme citado pela professora Lourdes Maria Bandeira, em seu artigo sobre *A transversalidade de gênero nas políticas públicas*, “é constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos como o conjunto de normas, valores, costumes e práticas em que a diferença biológica entre homens e mulheres é culturalmente significada”. Ou seja, gênero é a construção social atribuída a cada um dos sexos.

tituído na saúde da mulher, que se tornou a área mais possível para as médicas atuarem naquele período. “Esse fato é importante para entender a aceitação das mulheres médicas, cada vez mais, nos nichos reconhecidos pela sociedade como femininos. Porém hoje, defendemos que não existe especialidade pré-determinada para homem ou mulher, a escolha deve ser o desejo de cada pessoa, nunca imposta”, explica Juliana.

Formação seletiva

Lourdes Maria Bandeira, professora titular do departamento de Sociologia da UNB, que foi secretária-executiva da Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República (2012-2015), destaca que os homens também tendem a procurar as especialidades de maior prestígio e mais vantajosas do ponto de vista econômico. O que levanta outra questão: as mulheres ainda ga-

nam menos, cerca de 70% do que é pago aos homens para a mesma função. “A própria divisão dos cargos de chefia entre mulheres e homens indica claro desequilíbrio - se mais homens são chefes ganham mais gratificações e, conseqüentemente, maiores salários, forçando uma reprodução do padrão”, argumenta Diângeli Soares, diretora do Simesp.

Outra forma de segmentar as especialidades, segundo Juliana Salles, é a seleção para vaga de residência, já que alguns preceptores, durante as entrevistas, consideram as pretensões das candidatas quanto ao matrimônio e/ou maternidade durante o período de especialização como requisitos limitantes à atuação profissional em determinadas áreas. “Em pleno século 21, mulheres ainda são questionadas sobre a vontade de ter filhos e planos pessoais, como se tal fato fosse interferir negativamente na sua formação, en-

quanto os homens, quando concorrentes às mesmas vagas, não são questionados de tais intenções”, rechaça a sindicalista.

A médica Diana Lara Pinto de Santana nadou contra a maré imposta há anos: fez residência em neurocirurgia, especialidade majoritariamente masculina. No período da especialização, no Hospital das Clínicas da FMUSP, teve que lidar com a presença maciça de homens - dos cerca de 30 residentes, apenas três eram mulheres - o que não a impediu de seguir adiante.

Diana, porém, reconhece que desde que começou a atuar no mercado de trabalho jamais foi alvo de preconceito pelo fato de ser mulher. “Por enquanto”, ressalta. A neurocirurgiã disse, no entanto, que quando isso acontece (pelas histórias que lhe são contadas), o preconceito contra médicas parte de pacientes, acompanhantes ou ainda de outros

profissionais da área de saúde. Ela contou que a mãe de uma paciente, de uma colega infectologista, disse recente e explicitamente: “É por isso que eu acho que mulher não deveria ser médica.”

Das 53 especialidades médicas apenas 15 têm mais mulheres que homens entre os médicos em exercício. “Os homens são maioria nos segmentos cirúrgicos e nas urgências e emergências, como ortopedia”, explicou Mário Scheffer, coordenador da pesquisa Demografia Médica e professor da FMUSP, em debate realizado no Simesp.

A secretária-geral do Simesp, Denize Ornelas, defende que é necessário contrapor a ideia do senso comum que, por ser mulher, a estudante está predisposta a escolher determinadas especialidades e analisar o papel social que a medicina, como instituição historicamente masculina, representa nessa decisão. “Desde o pri-

meiro ano da faculdade é reforçado o discurso velado de que para serem cirurgiãs ou ortopedistas, elas precisam deixar de lado suas vidas pessoais, terem posturas masculinizadas e ainda se submeterem ao assédio moral e sexual”, enfatiza.

Por outro lado, Denize critica teorias que defendem que a maior presença de mulheres nas especialidades do cuidado seria um benefício para o exercício de uma medicina mais humanizada. “Confundem com frequência os conceitos de materno e feminino, capacidade de cuidado e abstração. Por consequência, direcionam as mulheres para atividades que pareceriam natural e desejado, propondo uma conciliação entre a condição feminina e o exercício profissional”, analisa e completa: “Isso se reflete no debate dos direitos trabalhistas das mulheres que escolhem ser plantonistas ou emergencistas - áreas



> “À mulher era limitado apenas o espaço privado”, explica Lilia Blima. “Há um claro discurso em detrimento do aumento do número de mulheres na medicina”, diz Diângeli Soares

nas quais, frequentemente, são minimizadas pelas próprias mulheres. E se comprometem a retornar precocemente da licença-maternidade, por exemplo, como um mecanismo para se equiparar às condições de trabalho masculinas”, destaca a médica.

A diretora do Simesp, Diângeli Soares, critica o discurso de que as mulheres acabam tendo menor carga horária trabalhada em virtude das licenças e do menor número de vínculos. “É um claro discurso em detrimento do aumento do número de mulheres na medicina”, diz e completa: “Mas é frágil a associação dessas questões ao gênero. Desde a década de 1970, a medicina vem passando por um fenômeno de proletarização, o que implica numa maior oferta de postos de trabalho assalariados, com carga horária de 20 a 40 horas semanais, o que permite me-

nor flexibilidade para múltiplos vínculos. O período coincide com a ampliação da formação feminina na medicina, portanto, parece lógico que elas estejam ocupando esses empregos”, pondera.

Consequências no trabalho

A socióloga Lourdes avalia que o empregador do setor privado dá preferência à contratação de profissionais homens. “A empresa não quer ter faltas, não quer contratar alguém para cobrir a licença-maternidade”, completa. É o que constata pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre Mulher no Mercado de Trabalho: das vagas com carteira assinada no setor privado, 59,6% são ocupadas por homens, e dos postos sem carteira assinada, eles representam 59,5%.

A professora atribui o machismo a uma construção social

e histórica do ponto de vista dos valores, que determinam que as mulheres sejam inteiramente responsáveis pela reprodução. “É como se o homem não tivesse seu papel nesse processo; e está ancorado pela legislação brasileira, que concede ao homem apenas cinco dias de licença-paternidade”, critica.

No serviço público (lê-se administração direta), apesar da mulher ter a garantia da licença-maternidade de 180 dias (60 dias a mais que o garantido no setor privado), existe um critério de isonomia para a contratação, não fazendo assim distinção se é homem ou mulher no ingresso por concurso público. Isso reflete no número de mulheres ocupadas que atuam no setor público, 22,6%, enquanto os homens são pouco mais de 10%, segundo dados do IBGE.

Aleitamento

Na medicina, também há um movimento de maior presença das mulheres na prestação de serviço na área pública, mas nem todas desfrutam dos mesmos direitos. Na questão da licença-maternidade, por exemplo, há uma diferença importante para as mulheres contratadas pelas organizações sociais (OSs): enquanto as profissionais da administração direta têm direito a 180 dias para amamentar, as das OSs têm apenas 120 dias. “Independentemente se forem servidoras públicas (médicas, enfermeiras, psicólogas etc) ou contratadas por organizações parceiras, não faz sentido que essas mulheres amamentem só quatro meses quando elas próprias dão a orientação sobre o aleitamento exclusivo”, pondera Denize Ornelas.

O Simesp está engajado na defesa da licença-maternidade de 180 dias, pois acredita que trabalho e maternidade podem sim formar uma bela parceria. A qualidade de vida do bebê, garantida pela amamentação exclusiva até o sexto mês, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pode e deve ser uma responsabilidade compartilhada por todos.

Numa primeira iniciativa, o Sindicato pressionou os órgãos públicos a cobrarem das organizações sociais da Saúde adesão ao programa Empresa Cidadã, que garante a licença-maternidade estendida para viabilizar o aleitamento materno exclusivo durante 180 dias.

Médicas ainda escutam coisas como “mulheres são fracas”

Ivone Silva

Especialista em cirurgia-geral e endoscopia digestiva, a médica Roberta Tsuboi Rodrigues contou à revista DR! um pouco da sua experiência em uma área ainda considerada masculina. Para ela, o meio médico é em si machista, mesmo que, algumas vezes, de forma velada. “Percebemos isso desde a faculdade”, diz.

Apesar de estarem conquistando espaço na medicina, ainda são minoria em todas as especialidades cirúrgicas, inclusive na cirurgia-geral, que tem apenas 18,4% de mulheres.

A urologia é a área com menor participação feminina (1,86%). Os dados são da pesquisa Demografia Médica no Brasil, divulgada no início de dezembro.

Contrariando as estatísticas, Roberta escolheu a cirurgia-geral. A partir daí passou a sentir certo preconceito, sendo sempre questionada se realmente era aquilo o que gostaria de fazer. “O interessante é que as pessoas relacionam isso ao fato de a mulher constituir família, ser mãe etc. E não tem nada a ver, porque a constituição familiar tem o arranjo que a família escolher”, diz.

A médica também passou por situações constrangedoras quando, ao concorrer por uma

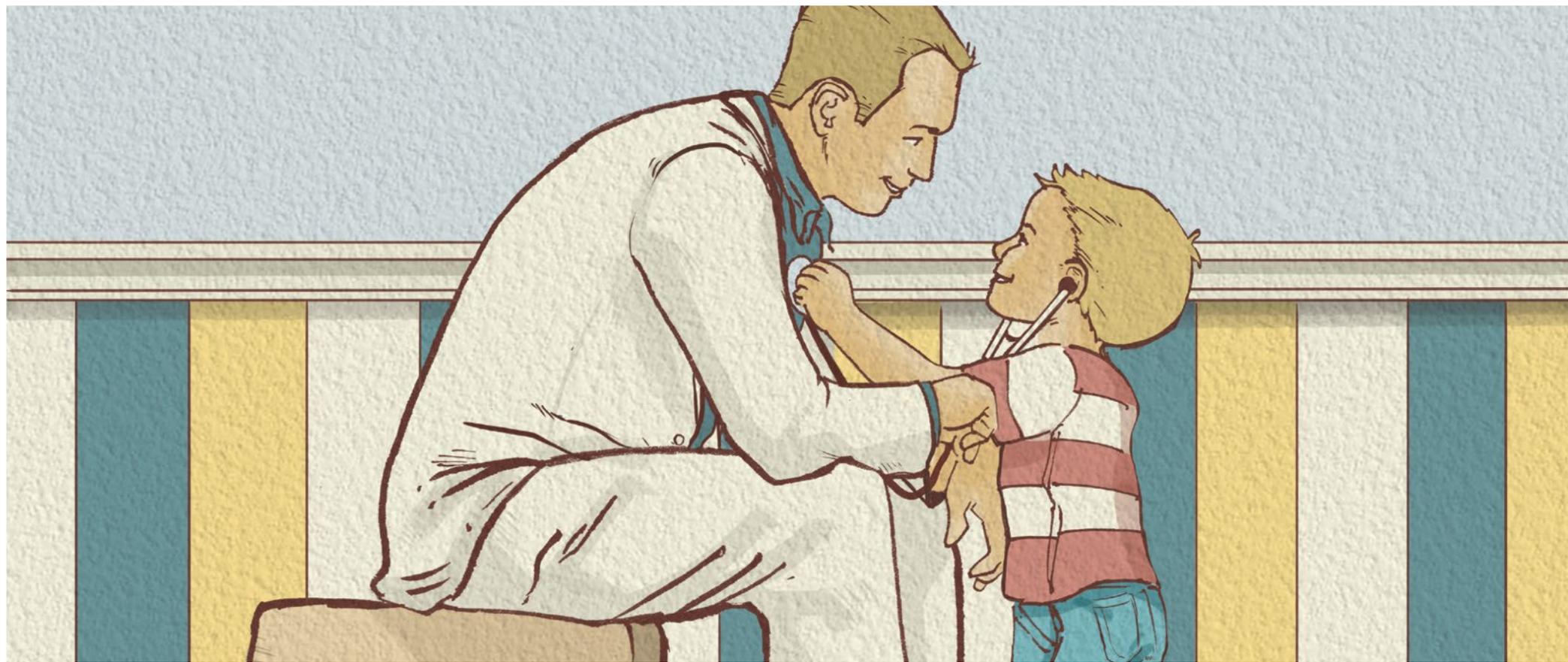
vaga na cirurgia-geral de um serviço público, foi afrontada por um dos chefes de serviço que duvidou da sua capacidade para passar na prova. E disse ainda: ‘se caso ela obtivesse a nota, era para ter ciência de que não gostavam de mulher naquele serviço, porque, segundo ele, mulheres não aguentam, são fracas e ela teria de provar todos os dias que era melhor que os homens que estavam lá’. Isso não a assustou, ao contrário, Roberta passou na prova e assumiu a função.

Na residência, metade do serviço era composto por mulheres. “Foram dois anos importantes, de muito aprendizado, éramos empoderadas - nunca aceitamos essas colocações dos homens e ninguém precisou mostrar essa capacidade pra ninguém, era natural, fazíamos nosso serviço e, obviamente, era tão bem feito quanto o de qualquer residente homem”, destaca.

O preconceito e o machismo ainda persistem, são praticados por chefias, colegas de profissão e pacientes - que ainda perguntam onde está o médico. “Por isso, é importante nos colocarmos como mulher e feminista”, conclui. !

Das vidas que salvamos

Pedro Henrique de Moraes Cellia é especialista em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina da USP e residente em Cardiologia no Instituto do Coração – InCor



Célio Luígi

Cresci em um berço médico. Meu pai é médico. Meu pai sempre sonhou que eu seguisse seu legado e, mesmo que se policiasse para não transparecer seu desejo, fazia de mim um médico em potencial... aos poucos. Entrei em um centro cirúrgico antes mesmo do meu ensino médio. Sempre acreditei que existia um ar divino na medicina, como um toque de Deus; como gostam de dizer: medicina é um sacerdócio! Fechava os olhos e imaginava as vidas que salvaria quando fosse médico...

Alguns dias já se passaram desde minha formatura e muita coisa mudou - para melhor. Hoje sou mais apaixonado pelo que faço, sofro de um amor realista, não tenho ilusões vagas. Hoje sou mais médico do que ontem. Aprendi com o tempo o humanismo que envolve a palavra medicina, o humanismo que envolve a relação entre o médico e o paciente. Aprendi que somos feitos de carne, osso, respeito e consideração ao próximo.

Consigo enxergar com muito mais clareza os

motivos que nos movem, as razões que deveriam nos mover. Hoje entendo que não podemos “salvar vidas”, ou pelo menos raramente o faremos. “Salvar vidas” é algo raro na vida de um médico, é preciso humildade para reconhecer. No que consta em meus parques domínios do conhecimento, 100% das pessoas morrem ao longo de uma vida. Apesar de todo avanço da indústria farmacêutica, dos métodos diagnósticos e técnicas cirúrgicas, apesar de nossos esforços como médicos, o curso final da vida de todo ser humano não foi alterado.

Mas podemos sim ser inesquecíveis na vida de alguém; podemos ser cruciais em suas vidas, podemos ser importantes. Para isso descobri, após me formar, o peso da palavra cuidar. Cuidar é a essência do que fazemos de bem e do que deveríamos ter feito quando fraquejamos. Uma vez cuidadores somos hábeis para ajudar e assim fazer a diferença. Quando nos empenhamos em cuidar entendemos melhor nossos pacientes e suas enfermidades, somos mais precisos e eficientes, mais humanos e

justos. Uma vez cuidadores somos seres especiais. Talvez exista sim algo divino em ser cuidador, do mesmo modo que em ser mãe ou ser amor.

Não quero com isso parecer simplista e minimizar o compromisso humano que envolve a medicina, é preciso estar apto para ser médico. É preciso estar preparado. Conheço inúmeros exemplos de bons cuidadores despreparados e de médicos com uma bagagem vasta mas desinteressados em cuidar; acredito que ambos são deletérios ao ser humano tão importante que chamamos de paciente.

Ser cuidador nos difere dos não cuidadores; isso envolve escutar, esperar, fazer-se presente, considerar valores contrários aos seus, saber ouvir, saber calar, saber dizer sim e saber dizer não. Ser cuidador exige humildade de reconhecer erros e estar presente para repará-los. Ser cuidador envolve, antes de mais nada, se importar com o ser humano. No exercício de cuidar somos mais eficientes em curar, mais hábeis em amenizar o sofrimento alheio. Cuidar nos salva enquanto médicos.



> O descarte indevido agride o meio ambiente e a saúde. Resíduos podem (e devem) ser reaproveitados

Brasileiros são os que mais produzem lixo eletrônico entre os mercados emergentes

O crescimento da indústria de eletrônicos está gerando um sério problema ao meio ambiente, por causa do descarte inadequado dos resíduos que se tornam obsoletos (por apresentar defeitos ou pela troca para uma tecnologia mais avançada). Estudo do Programa da Organização das Nações Unidas para o Meio Ambiente, apresentado em maio deste ano, estima que, em 2017, será atingida a marca de 50 milhões de toneladas de lixo eletrônico no mundo.

O mesmo estudo diz que, atualmente, são cerca de 41 milhões de toneladas e o Brasil é um dos grandes

responsáveis por esse número. A ONU já havia dado o alerta sobre a seriedade do problema em 2010. Na época, o levantamento demonstrou que os brasileiros são os que mais produzem lixo eletrônico, por pessoa, entre os mercados emergentes: são cerca de meio quilo anualmente. Supera até a China, que tem descarte per capita de 230 gramas.

Além do grande volume, outro sério problema é a forma como ele é descartado. Apenas 10% de todo o lixo eletrônico produzido no mundo é descartado de forma correta. Os outros 90% são jogados junto ao lixo comum ou comercializados de forma ilegal.

O descarte indevido desse tipo

de resíduo pode resultar em sérios prejuízos ao meio ambiente. “O solo contaminado com grande concentração de metais pesados (chumbo, mercúrio etc) perde a usabilidade, não pode se plantar nem viver nesses locais”, explica o professor Mario Julio Avila-Campos, do departamento de Microbiologia, do Instituto de Ciências Biomédicas da USP.

Segundo o professor, os riscos para o ser humano ocorrem se o contato (com alta concentração desses metais pesados) for prolongado, causando sérios danos à saúde, atingindo, principalmente, fígado, rins e sistema nervoso. Outro problema apontado é que se microrganismos resistentes a

O lixo real do mundo virtual

Lixo eletrônico pode chegar a 50 milhões de toneladas em 2017, segundo informações da ONU

Nádia Machado

antibióticos entrarem em contato com esses metais pode-se tornar mais difíceis de combatê-los.

Reúso

A preocupação com os riscos do descarte indevido incentivou um grupo de funcionários da Universidade São Paulo (USP) a realizar uma atividade para recolher peças de informática no dia do meio ambiente, 5 de junho. O ano era 2009. Em apenas um dia, com o envolvimento de cerca de 200 trabalhadores da universidade, juntaram cerca de 5 toneladas de lixo eletrônico.

Seis meses depois a iniciativa deu origem ao Centro de Descarte e Reúso de Resíduos de Informática (Cedir). “Se apenas esses funcio-

nários tinham todo aquele material para descartar, imagine toda a comunidade da universidade e do entorno”, indagou na época um dos participantes do projeto André Rangel, hoje técnico de manutenção do Cedir.

Os materiais entregues no local passam por uma triagem. São separados em dois grupos: o que dá para reaproveitar e o que não tem mais jeito e deve ser encaminhado para reciclagem. O departamento conta com técnicos de manutenção de informática para fazer os consertos. Após recuperados, esses equipamentos são doados para escolas, ONG's etc. Até o final do primeiro semestre deste ano, quase 2 mil itens já haviam sido doados.



Marina Bustos

> André Rangel, técnico de manutenção, explica que o Cedir recebe, por mês, entre 5 a 10 toneladas de material eletrônico

Atualmente, o espaço de 450 metros quadrados recebe entre 5 e 10 toneladas de lixo eletrônico por mês, entre materiais de informática e telecomunicações. Os resíduos vêm das unidades da USP capital, de alunos, professores, funcionários e da sociedade em geral. “Não aceitamos resíduos de empresas porque parte do descarte precisa de tratamento especial - como baterias, pilhas, tubos de monitores - para a descontaminação, e esse processo é pago para uma empresa especializada”, explica Rangel.

O técnico atribui a grande quantidade de lixo eletrônico ao crescimento do poder de consumo das pessoas. “Quando alguém compra um aparelho celular, em pouco menos de seis meses é lançada no mercado uma versão mais avançada e ele faz a troca, mesmo estando em perfeito estado de uso”, argumenta.

Rangel cita ainda outro exemplo de consumo desenfreado, a grande quantidade de troca de monitores e televisores que possuem tubo de imagem por uma tecnologia mais avançada como: plasma, LCD, LED, entre outros. “Cada monitor tem em média sete quilos de chumbo nos tubos”, alerta.

Processo de reciclagem

Os equipamentos doados recebem um número de identificação do próprio Cedir, para controle do ciclo de vida útil dos eletrônicos. O que não tem conserto pode tomar diferentes rumos. Os toners e cartuchos, por exemplo, são devolvidos aos fabricantes. As peças que possuem metais que podem contaminar são enviadas para empresas especializadas que fazem a descontaminação e o descarte adequado dos produtos.

Onde descartar

Cedir

Recolhe apenas lixo eletrônico de informática e telefonia. Não aceita materiais de empresas. De segunda a sexta, das 8h às 12h e das 14h às 17h. Av. professor Almeida Prado – Cidade Universitária – Butantã – SP (Prédio da Prefeitura da USP). 11 3091-8237 e 3091-8238

Outros pontos de coleta

Ecobraz

lixoeletronico.org.br

Sucata eletrônica

sucataeletronica.com.br

Cidadão Eco

cidadaoeco.com.br



120 anos na saga da Academia de Medicina de São Paulo

Helio Begliomni

Membro da Academia de Medicina de São Paulo; urologista do Hospital do Servidor Público Estadual e do Imuvi; e associado ao Simesp

A augusta Academia Nacional de Medicina caminha com solidez inquebrantável para seu bicentenário de fundação. Contudo, pouquíssimas são as entidades médicas brasileiras que tenham ultrapassado uma centúria de existência ininterrupta. Dentre elas têm-se a Sociedade de Medicina de Pernambuco, fundada em 1841, e a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, fundada em 1886.

Nesse contexto deve ser evidenciada e exaltada, particularmente neste ano em que comemora seu 120º aniversário, a insigne Academia de Medicina de São Paulo, surgida como Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 7 de março de 1895. Seu fundador e primeiro presidente foi Luiz Pereira Barreto (1840-1923), renomado médico, político, filósofo e cafeicultor. Natural de Resende (RJ) e graduado na Faculdade de Medicina de Bruxelas, Bélgica, em 1865, radicou-se na capital bandeirante após sua afamada atuação na cidade de Jacareí (SP). Aliás, Luiz Pereira Barreto foi também sócio fundador do Insti-

tuto Histórico e Geográfico de São Paulo (1894) e fundador da cadeira nº 3 da egrégia Academia Paulista de Letras (1909). Nestes 120 anos de atuação ininterrupta da Academia de Medicina de São Paulo (1895-2015): houve 87 presidentes e 98 mandatos, tradicionalmente anuais, que, a partir de Virgílio Alves de Carvalho Pinto (1967-1968), 65º presidente, se tornaram bienais.

Ao longo de sua profícua existência, a Academia de Medicina de São Paulo tem albergado desde o seu nascedouro ilustres esculápios que se destacaram no exercício da profissão; que atuaram ou que atuam como cientistas, pesquisadores e professores universitários ou em hospitais de ensino; que dirigiram ou dirigem serviços especializados, hospitais e faculdades, ou que governaram universidades; que desempenharam ou desempenham os mais diversos cargos e funções governamentais; que integraram ou que integram com destaque inúmeras sociedades de especialidades; que dignificaram ou dignificam entidades de defe-

sa da classe, tais como o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, a Associação Paulista de Medicina, o Sindicato dos Médicos de São Paulo, o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira. Ademais, muitos de seus membros igualmente se destacaram ou se destacam como escritores, pensadores e intelectuais de escol, pois também pertenceram ou fazem parte de renomadas entidades científicas internacionais, assim como de silogeu literários e culturais, que lhes conferiram significativas honrarias e homenagens.

Esse inestimável e multiforme cabedal curricular – ético, científico, histórico, educacional, cultural, intelectual e profissional, dificilmente passível de se reunir em quaisquer entidades da classe, tem-se constituído secularmente – sem dúvida alguma!!! – no maior patrimônio da Academia de Medicina de São Paulo. Afortunadamente, patrimônio similar e de rico lastro também se encontra na honorável Academia Nacional de Medicina e em sodalícios congêneres!

Como vai a nossa saúde... Financeira?

Com menos dinheiro para a saúde, governos garantem que a área não será prejudicada. Conheça a realidade de alguns dos principais hospitais de São Paulo

Leonardo Gomes Nogueira e Nádia Machado



> Cortes nos orçamentos agravam uma situação que já é difícil. Subfinanciamento compromete atendimento

Tempos difíceis não virão, pois já chegaram. Escreveu o economista Francisco R. Funcia, consultor do Conselho Nacional de Saúde, em artigo no qual avalia os impactos do chamado ajuste fiscal no financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Desde o começo do ano, o governo federal cortou cerca de 13 bilhões de reais do orçamento do Ministério da Saúde previsto para 2015. Em 22 de maio, foi anunciado R\$ 11,77 bilhões a menos para as despesas do ministério. No mês de julho, um corte adicional de mais 1,17 bilhão.

De 103 bilhões de reais previstos no começo do ano, agora restam R\$ 89 bilhões no caixa do Ministério da Saúde. Os dados são do Ministério do Planejamento. Esse valor já é menor do

que o efetivamente gasto no ano passado.

Em 2014, segundo a Controladoria-Geral da União, o valor das despesas com saúde ficou em R\$ 93,85 bilhões. A conta, ainda de acordo com o órgão do governo federal, inclui gastos diretos e transferências de recursos para estados e municípios.

Em São Paulo

Os paulistas também enfrentam seu próprio ajuste. Em janeiro, o Governo do Estado de São Paulo divulgou o congelamento de R\$ 6,6 bilhões do orçamento previsto para custeio e investimentos, estabelecido no decreto 61.061.

Um mês depois, o governador Geraldo Alckmin ainda impôs um corte adicional de cerca de R\$ 2 bilhões (por meio do decre-

to 61.131, em 25 de fevereiro). Na ocasião, o governador disse que a saúde não seria prejudicada, mas o decreto estabelece a redução em 5% das despesas com custeio da pasta. “No total, os dois cortes resultaram na redução de R\$ 1,6 bilhão da saúde estadual”, afirma Eder Gatti, presidente do Simesp.

A assessoria de imprensa da Secretaria de Estado da Saúde não confirmou qual foi o valor reduzido, mas argumentou, por meio de nota, que o “contingenciamento do orçamento previsto trata-se de medida prudencial, adotada a partir da perspectiva de menor arrecadação e que na medida em que a arrecadação avança, os recursos contingenciados são liberados”.

De modo geral, os cortes, provavelmente, agravarão uma situa-

ção que já é difícil. Pois o investimento feito pelo Brasil na área, em termos percentuais do Produto Interno Bruto (PIB), é abaixo do de países que adotam um sistema de saúde semelhante (público e universal). É o chamado subfinanciamento.

Reflexo

E qual o reflexo disso na saúde da maior cidade do país? A revista *DR!* apurou a situação de alguns dos principais hospitais de São Paulo. “A maioria deles recebe verbas de diversas fontes”, informa Eder Gatti, presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo. Esse é o caso da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Os sinais da crise apareceram em julho de 2014, quando o pronto-socorro da instituição ficou fe-

chado por quase um dia e foi reaberto após a chegada de insumos e a liberação, por parte do governo estadual, de recursos da ordem de R\$ 3 milhões.

Iniciou-se, a partir daí, um jogo de “empurra-empurra” entre a Secretaria Estadual e o Ministério da Saúde. Na época, o então ministro Arthur Chioro apresentou dados informando que o governo paulista teria deixado de transferir cerca de R\$ 70 milhões à Santa Casa. A administração paulista, por sua vez, disse ter feito os repasses corretamente.

No início do mês de agosto, o provedor da instituição, José Luiz Setúbal, disse (por e-mail) à nossa reportagem que havia conseguido identificar que a Santa Casa acumulava cerca de R\$ 616 milhões em dívidas; parte disso, R\$ 275

milhões, com instituições financeiras. O restante são débitos com funcionários, fornecedores e governo. “Infelizmente a Santa Casa estava parada há 10 meses, sem nada disso negociado”, argumenta.

No começo de outubro, a instituição iniciou um processo de demissão que já afetou 1.397 trabalhadores, dos quais 184 médicos.

HU-USP e HC

A Universidade de São Paulo (USP) é responsável por 92% do financiamento do Hospital Universitário (HU). E devido à crise financeira da instituição, a partir do segundo semestre de 2014, o reitor Marco Antonio Zago propôs desvincular o hospital da universidade e transferi-lo para a Secretaria Estadual da Saúde (sugestão que não foi recomendada nem mesmo pela comissão montada pelo reitor para analisar a proposta).

Desde então, houve a redução de 213 funcionários do HU devido ao plano de demissão voluntária (PDV); 31 médicos pediram demissão, 18 deles pelo PDV, acarretando na queda do número de atendimentos.

“Com menos profissionais, foram bloqueados 20% dos leitos de internação e 40% dos leitos da UTI”, afirma Gerson Salvador, diretor do Simesp e vice-diretor clínico do hospital universitário. Salvador também informa que houve corte de recursos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP na ordem de 20%.

Apesar de ter uma forma de financiamento diferenciada, por meio de contribuição compulsória de 2% sobre o salário dos trabalhadores estaduais, o Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) também passa por crise.

De acordo com os trabalhadores, o atendimento foi comprometido por conta de uma reforma estrutural inacabada, que fechou cerca de 180 leitos causando a diminuição do número de cirurgias, internações e consultas. Por meio de

O investimento feito pelo Brasil na Saúde, em termos percentuais do PIB, é abaixo do de países que adotam sistema de saúde semelhante

nota, a assessoria de imprensa do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe) alega que, apesar dos leitos bloqueados temporariamente, não houve redução do número de leitos do instituto de forma geral porque foram contratados leitos em nove hospitais da capital e do ABC.

Há ainda problemas relacionados à falta de medicamentos essenciais e insumos cirúrgicos. “Nosso maior interesse é que os problemas sejam resolvidos para que possamos prestar atendimento adequado”, expressa Rodrigo Ferrarese, representante dos médicos residentes do hospital. De acordo com a assessoria de imprensa da instituição, os estoques de insumos atendem adequadamente a demanda de todos os serviços do HSPE.

Emílio Ribas

No século 19, a varíola. No final do 20, a Aids. Desde 1880, ainda que com outro nome, o Instituto de Infectologia Emílio Ribas se especializou em tratar portadores de doenças infectocontagiosas.

No começo deste século, profissionais de saúde relatam a falta de insumos, paralisações de trabalhadores terceirizados da limpeza (por atraso de salários) e transtornos causados por uma ambiciosa obra de 100 milhões de reais iniciada em 2013. De acordo com Eder Gatti, presidente do Simesp, metade dos leitos do instituto está fechada por causa da reforma.

“A principal ação de saúde do Estado de São Paulo é a manutenção de hospitais regionais ou de alta complexidade, hoje prejudicada pelo subfinanciamento. Em outras áreas, porém, o Estado é ausente, investe menos, como por exemplo, em vigilância em saúde. A dengue não nos deixa negar”, avalia Gatti e continua: “Ele está ausente em seu papel de articulador. O repasse financeiro para os municípios é restrito. O Estado deveria ser o grande articulador entre os municípios, auxiliando-os em suas políticas de saúde”, critica.

A reportagem da revista DR! entrou em contato com a assessoria de imprensa do Instituto Emílio Ribas, subordinado ao governo paulista, mas não obteve resposta.

Hospital São Paulo

No final de junho, os residentes do Hospital São Paulo paralisaram suas atividades. A greve, que durou

11 dias, foi motivada pelas crescentes dificuldades nas condições de trabalho e aprendizagem. Na época, de acordo com os grevistas, os problemas decorriam da diminuição de verbas para a manutenção do hospital.

Os cortes feitos pelos governos federal e estadual, ainda de acordo com os grevistas, teriam sido de, respectivamente, 40% e 10% do valor inicialmente previsto.

Em julho, o ainda ministro

Arthur Chioro negou que tenha ocorrido redução no orçamento dessa unidade, que é o hospital universitário da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Hoje o Hospital São Paulo é administrado pela organização social Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Em sua página na internet, o hospital diz estar trabalhando, nos últimos dois anos, “acima da sua capacidade financeira”.

De acordo com dados da Controladoria-Geral da União, o governo federal teria repassado, até 16 de dezembro de 2015 (quando foi feita a consulta), mais de R\$ 145 milhões para a SPDM gerir o hospital. Em 2014, segundo a mesma fonte, esse valor ultrapassou 105 milhões de reais.

Entramos em contato com a assessoria de imprensa do hospital. E não obtivemos resposta.

Por um novo pacto federativo (sem um novo ente federativo)



> Paulo Fernando Capucci: “novos arranjos poderiam ter impacto positivo no SUS”

O gestor em saúde Paulo Fernando Capucci, mestre em administração pública e governo pela Fundação Getúlio Vargas, avalia que novos arranjos, ainda que com o mesmo volume de recursos, poderiam ter um impacto positivo no atendimento ao cidadão que procura o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para o ex-secretário da saúde de Guarulhos (entre 2005 e 2008), é necessário que os governos dos três níveis firmem uma espécie de novo pacto federativo com base em dois princípios fundamentais: a regionalização do financiamento e a regulação, de fato, da oferta.

Capucci, que é um dos diretores da Associação Paulista de Saú-

de Pública, explica o que seria essa regionalização da distribuição do dinheiro: “Você não distribui entre estados, união e município, mas entre regiões de saúde baseado no tipo serviço ou demanda que ela tenha”.

Ele, em suma, propõe um novo arranjo entre os entes federativos: municípios, estados e governo federal. “Onde os três aportam recursos, em um mecanismo de financiamento regional, avaliando demandas e regulando a oferta entre si naquela região”, defende. Cada região, explica, teria entre 500 mil a um milhão de habitantes (dependendo do local do país).

Um novo pacto federativo sem a necessidade da criação de mais um ente federativo, ressalta. A ideia, diz Capucci, não é criar mais uma estrutura burocrática, mas garantir a melhor destinação do dinheiro e dos insumos e recursos humanos disponíveis. ❗



Comunicação ampliada

Uma série de mudanças está sendo promovida pela diretoria do Sindicato para agilizar a prestação de serviço e beneficiar o médico. O *Simesp Relacionamento* foi implantado como um novo conceito de atendimento que deve aprimorar a gestão da informação, dinamizando a comunicação geral com a categoria.

O departamento, criado especialmente para acolher ligações e dúvidas do associado, tem como palavra-chave a integração, pois cabe a ele centralizar e fornecer aos médicos as informações provenientes de todos os departamentos e orientar soluções.

No propósito de qualificar o diálogo com a categoria, os canais de comunicação da entidade foram expandidos por meio da modernização do site, facebook e do *Simesp Debate*, que tem acontecido regularmente na sede do

Sindicato. A TV *Simesp* está de cara nova. Com matérias mais dinâmicas para esclarecer de forma simples e clara as pautas em que a entidade está envolvida e sintetizar os eventos realizados pelo Sindicato.

A revista *DR!* também passa por transformações conceituais, ganhando identidade visual mais moderna e conteúdo editorial ampliado, com inclusão de novas seções. O Sindicato lançou ainda o *Jornal do Simesp*, publicação voltada, especialmente, para divulgar as demandas e ações sindicais. “Embora indissociáveis, o objetivo principal do jornal é tratar de fatos, o da revista é tratar de ideias, e ambos potencializarem a principal orientação desta Casa: ser um organismo facilitador da defesa do médico e seu trabalho”, explica Gerson Salvador, secretário de Comunicação do Sindicato.

Simesp+

Como forma de atender às necessidades dos médicos, facilitando seu cotidiano e ofertando bons negócios, o Sindicato lançou o *Simesp+*, programa de benefícios que concede descontos exclusivos nas aquisições de serviços e produtos.

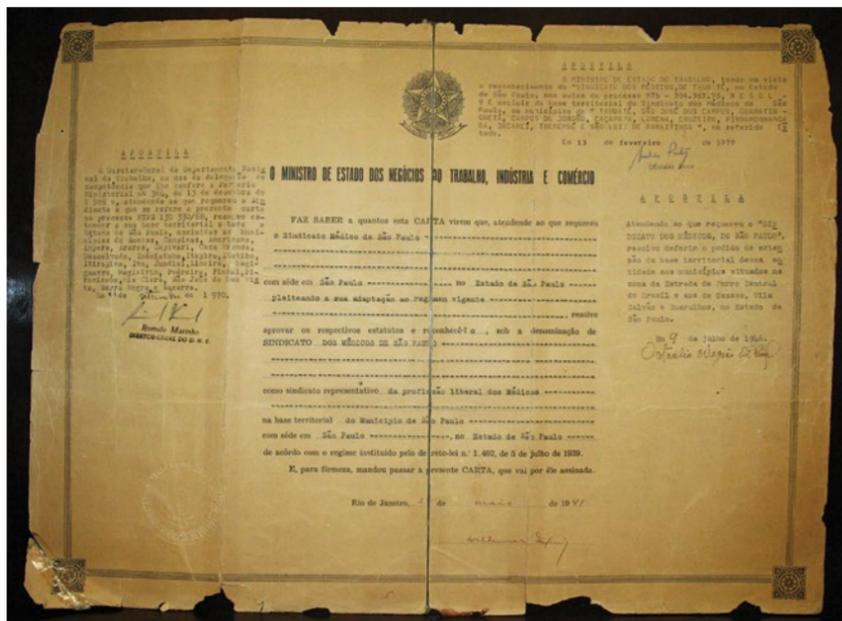
O *Simesp+* busca, cotidianamente, parcerias com empresas reconhecidas no mercado, dos mais variados segmentos, que oferecem capacitação profissional, investimentos, seguros, opções de lazer, além de descontos em eletroeletrônicos, artigos esportivos, livraria, floricultura, entre outros. Alguns benefícios são também extensivos aos dependentes dos médicos associados.

Acesse simesp.org.br/simesp+, faça o login usando CRM e senha, e conheça, em detalhes, todos os benefícios oferecidos por nossos parceiros. É rápido e fácil.



Memória

Preservação histórica



> Carta Sindical emitida em 1941 reconhece oficialmente o Simesp

O documento mais antigo preservado pelo Simesp é a Carta Sindical, emitida em 1941 pelo Ministério do Trabalho. Ela reconhece oficialmente o Sindicato dos Médicos de São Paulo como representante legítimo dos médicos.

A fundação do Sindicato, em 28 de fevereiro de 1929, foi registrada na terceira edição da Revista São Paulo Médico, de março de 1929. O periódico relacionava o nome dos médicos fundadores da entidade.

Sem sede, à época da fundação, as reuniões da comissão executiva do Simesp eram realizadas na Santa Casa (um dos fundadores, Synesio Rangel Pestana, era diretor clínico do hospital); enquanto as reuniões ordinárias, abertas aos filiados, realizavam-se na So-

ciiedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo - a primeira sociedade médica paulista, fundada em 1895, e transformada em Academia de Medicina de São Paulo, no ano de 1954 (leia artigo sobre a história da Academia na pág. 23).

Até 1946 o Sindicato estava circunscrito ao município de São Paulo. Somente em 1970 torna-se uma entidade estadual (excluindo vários municípios por já contarem com sindicatos médicos).

A Carta Sindical e a Revista São Paulo Médico são documentos que resistiram ao tempo e ajudaram a reconstruir a história do Simesp, já que há escassez de fontes documentais sindicais brasileiras, o que dificulta a organização e interpretação de vestígios históricos.

Associada



Helena Barbosa Lugão
Dermatologista associada ao Simesp

Engajada no movimento médico desde a residência, à frente da Associação dos Médicos Residentes de Ribeirão Preto (Amererp), em 2010-2011, a dermatologista Helena Barbosa Lugão, associou-se ao Simesp, em junho do ano passado, durante o evento de posse da diretoria da nova gestão (2014-2017). “Conheci alguns dos novos integrantes da diretoria do Simesp durante a greve de residentes”, lembra.

Helena conta que já tinha a intenção de se associar ao Simesp. “Entendo que apenas uma entidade sindical pode lutar contra a precarização do trabalho médico, por isso aproveitei a oportunidade da posse para me sindicalizar”, relata a médica que conhece de perto os problemas da falta de vínculo formal trabalhista. “Atualmente, atendo somente pelo SUS em Unidades Básicas de Saúde em Sertãozinho e Batatais – cidades vizinhas a Ribeirão Preto (interior paulista), onde vivo –, mas não posuo relação trabalhista com nenhum dos municípios”.

Campanha Salarial 2015

Todos os anos, o Simesp negocia com os representantes patronais o reajuste salarial para os médicos do setor privado. O objetivo é, além de garantir a correção inflacionária, que os médicos tenham aumento salarial. Entenda o processo da Campanha Salarial:

“ O Sindicato realiza assembleia com os médicos para **ouvir as reivindicações da categoria** e, assim, formular a pauta que será enviada ao sindicato patronal.

Entre os itens solicitados estão o **direito a cinco dias abonados para congressos, reajuste do vale-refeição, definição de percentual para adicional de hora noturna, direito a licença-maternidade de 180 dias**, entre outros.

Após receber a pauta de reivindicação, o Sindicato patronal envia uma **contraproposta**.

Nesse momento é muito importante a participação da categoria, se o reajuste oferecido não for satisfatório, o melhor caminho para reverter o quadro é a **mobilização dos médicos**. Outra opção é a **negociação sob a mediação do Ministério do Trabalho e Emprego**, o que pode ser moroso.

A data-base dos médicos é 1º de setembro. Quando a negociação se estende, os médicos têm **direito a receber retroativamente a diferença do reajuste**.

A **campanha salarial beneficia os médicos do setor privado e aqueles que trabalham para o SUS**, por meio de organizações sociais, em UBS, Saúde da Família, AMA, AME, UPA, OS, hospitais, ambulatórios e Santas Casas.

Diário imaginário

“Meu olhar, com certeza, acabou me aproximando muito mais do paciente”, diz o médico que relata, em tom ficcional, dificuldades da profissão

Leonardo Gomes Nogueira

Deus nos Acuda é um município que só existe na cabeça do médico Luiz Gustavo Omena. Mas foi por meio dessa cidade imaginária que ele acredita ter transformado (para melhor) o relacionamento com os seus pacientes da vida real.

Em 9 de julho de 2012, o médico criou uma página no Facebook, intitulada “Diário de Um Plantonista”, contando histórias do seu cotidiano “dentro e fora de uma sala de emergência” (como diz a própria página). Hoje ela já alcança 61 mil curtidas.

Ele conta, em um vídeo no Youtube, que o *boom* aconteceu poucos meses após a sua criação. Mais exatamente: em 18 de outubro de 2012. Data na qual se comemora o Dia do Médico.

Tudo por causa de um texto no qual desabafava: “Sou médico, mas eu não sei de tudo. Também não posso resolver todos os seus problemas. Eu sou médico, mas acima de tudo, eu sou ser humano.” O texto, que pode ser encontrado na íntegra no Facebook, já recebeu mais de 20 mil curtidas.

“De certa maneira eu queria

que acontecesse esse *boom*, mas a gente nunca está preparado pra ele. Você não está preparado pra isso”, admite. “Eu não sabia o poder que a internet tinha”, confessa. “Foi uma coisa estrondosa”, relata em vídeo disponibilizado, na mesma internet, em fevereiro de 2014.

“A partir do momento em que você se dispõe a escrever sobre alguma coisa, você tem que ter uma observação mais aguçada”, avalia o médico formado, em 2010, pela Universidade Federal de Alagoas. “Meu olhar, com certeza, acabou me aproximando muito mais do paciente”, acredita.

“Esse olhar pra mim ficou como lição. Essa transformação que eu sofri ao longo desse tempo, de um olhar mais lúdico. Foi algo muito positivo”, avalia Omena. Ele diz que, desde então, passou a enxergar não apenas “as adversidades, os problemas da saúde e tantas outras questões que a gente enfrenta no dia a dia, como também a beleza de cada um e a singularidade de cada paciente.”

O médico de 30 anos, nascido na capital alagoana Maceió, mora



> “Diário de Um Plantonista”, página criada pelo médico alagoano Luiz Gustavo Omena, já alcançou 61 mil curtidas e virou livro

há cerca de um ano e meio em Campinas, no interior de São Paulo. Local onde é residente em psiquiatria. O médico fictício criado por ele, o Dr. Greg, completou três anos de vida em julho deste ano. Em 2013, em um programa de televisão, ele relata como foi o nascimento desse personagem.

“O Dr. Greg é um jovem plantonista que sai da faculdade cheio de esperança e se depara com um sistema completamente desestruturado, com carência de medicamentos, com falta de vagas nas emergências, com uma grande demanda da população”, contou. “Então isso gera na gente uma necessidade de gritar ao mundo e foi isso que eu fiz e tô fazendo isso no Diário de Um Plantonista”, acrescentou na mesma ocasião.

Luiz Gustavo Omena diz que gosta de escrever desde criança. E conta que após a sua formatu-

ra em medicina, em dezembro de 2010, ele já tinha planos de publicar um livro reunindo experiências de um médico recém-formado. Logo, lembra Omena, a dura e fascinante realidade de um plantonista se impôs.

“Desestressar”

“E daí eu comecei a colecionar algumas histórias. Nasceu dessa maneira. Eu colecionando casos de plantões antes de publicar no Facebook”, conta. Pouco mais de um ano após a criação da página, ele publicou o livro de mesmo nome (reunindo os textos mais populares da rede social e alguns inéditos).

O livro, com o subtítulo “Casos & Acasos de Dr. Greg”, pode ser comprado nas seguintes livrarias: Cultura, Saraiva e Viva. As duas primeiras possuem lojas em diversos estados do país. A última

tem uma única loja em Maceió.

O médico conta que a escrita serviu, em um primeiro momento, para “desestressar” e lhe ajudou a “suportar o peso” do dia a dia do trabalho em uma emergência de um pronto-socorro. “As coisas ficaram mais leves a partir daí”, diz Omena.

E qual o perfil dos leitores da página “Diário de Um Plantonista”? Na sua maioria, explica o autor, são “jovens médicos” com idades entre 25 e 30 anos. “E também estudantes de medicina que estão curiosos com o que acontece na prática”, ressalta.

Luiz Gustavo Omena, fiel ao juramento prestado ao se formar, ressalta que a privacidade e a intimidade dos seus pacientes são preservadas. Ele não revela nomes e nem os lugares nos quais essas histórias aconteceram. Isso realmente seria um Deus nos Acuda.



Bile Negra revela questões existenciais

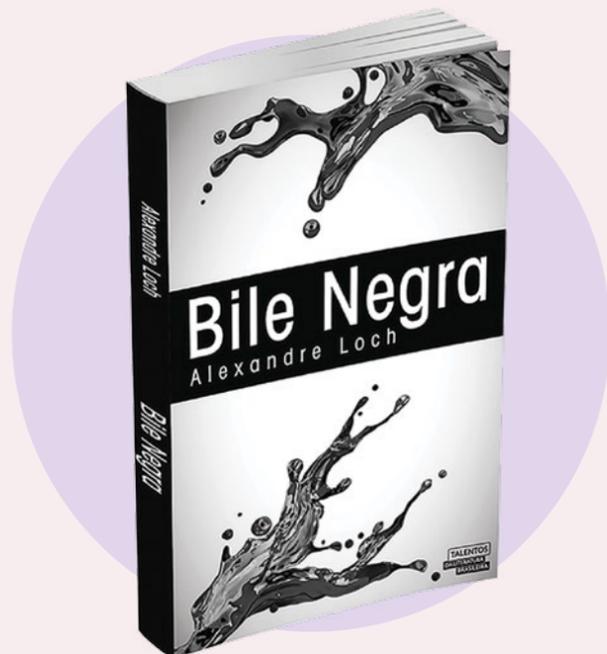
Nádia Machado

“Como descrever a angústia? Como explicá-la a alguém?”. Essa foi a indagação que motivou o psiquiatra Alexandre Loch a escrever o romance *Bile Negra*. O livro conta a história do jovem Iago, recém-chegado à cidade grande, que expõe, em sessões de terapia, seus conflitos interiores e sentimentos mais íntimos.

A obra leva o leitor a uma reflexão pessoal, abordando questões existenciais. “Apesar de ser um personagem fictício, as pessoas dizem que se identificam com a história e aplicam na própria vida”, conta o médico e completa: “Entendendo ser a angústia um sentimento universal e inerente ao ser humano, faz nascer assim *Bile Negra*”.

De acordo com o autor, o título do livro é uma referência à teoria grega, de Hipócrates, que viveu no século 5 a.C., na qual diz que o corpo humano é composto de quatro humores (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra). Segundo essa hipótese, os distúrbios do corpo são decorrentes do desequilíbrio entre esses humores.

O paulistano Alexandre Loch é doutor pela Faculdade



de Medicina da USP (FMUSP), onde desenvolveu estudos sobre o estigma das doenças mentais. Fez residência médica em psiquiatria no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, em 2004.

Loch sempre foi leitor assíduo de grandes obras literárias, o que o influenciou a escrever e a inserir o hábito em sua rotina. O médico escolheu trabalhar as questões da mente humana por meio de um romance para torná-lo mais acessível à variada gama de leitores. “Havia duas formas pra eu passar meu conhecimento: em texto acadêmico ou por meio de um romance, escolhi a segunda opção”, conta.

Ele relata que já tinha alguns textos escritos, mas nada concreto. “Quando terminei meu mestrado retomei minhas anotações. Em apenas oito meses a obra estava concluída”. O livro está disponível em grandes livrarias, na versão física e e-book. E o psiquiatra não parou por aí: na ocasião, da entrevista para a reportagem da revista *DR!* Loch adiantou que havia concluído mais um livro.



Escolas Médicas Privadas: O fruto maldito do Mais Médicos

Diângeli Soares

Médica da Estratégia de Saúde da Família e diretora do Simesp

Há dois anos a medicina brasileira vive sob a égide da Lei 12.871 de 2013, a Lei do Mais Médicos. Alvo de muito debate em seu caráter mais imediato - de prover médicos em áreas desassistidas -, a lei impõe ao contexto atual ações que incluem desde a publicação de novas diretrizes curriculares até a expansão dos programas de Residência Médica. Há, entretanto, uma medida que promete deixar um fruto maldito para o futuro do nosso país: a privatização da formação médica no Brasil por meio da expansão prioritária de escolas pagas.

Na última década, o número de escolas médicas privadas quase triplicou - de 64 cursos em 2003 para 154 em 2015. Só este número já é superior ao do total de escolas de medicina no primeiro ano do governo Lula e a taxa de crescimento no privado em muito supera a do setor público.

O ensino privado, aliás, não é só pago. É muito bem pago. O valor pode variar entre R\$ 5 mil a mais de R\$ 11 mil. O ensino médico segue caro e concentrado. A despeito da expansão observada

no Nordeste, São Paulo e Minas Gerais ainda comportam um terço do total de escolas médicas do Brasil e seguem no mapa da expansão.

Sob o pretexto de ampliar o acesso à saúde, a política educacional do Mais Médicos atenta contra outro direito fundamental: a educação. Bordão muito propagandeado nos primeiros anos do governo Lula, a promessa de que “o filho do pedreiro também vai virar doutor”, progressivamente se afasta da realidade. Exemplo claro disso é a situação do Fies.

Programa de concessão de bolsas, criado ainda no governo Fernando Henrique Cardoso, o Fies impôs às instituições de ensino superior um teto de 6,4% de reajuste de mensalidades, como pré-requisito para cadastro junto ao programa. Dependentes do financiamento público, diversas instituições resolveram burlar a regra. Ao declararem para o Ministério da Educação um determinado valor de mensalidade, passaram a cobrar dos estudantes um boleto extra relativo a sua expectativa de lucro. Neste processo muitos estu-

dantes se viram forçados a trancarem suas matrículas.

A privatização do direito de ser médico e a promoção de um perfil elitizado para este profissional são fruto de um *continuum* na agenda política brasileira, que une os governos tucanos e petistas em um abraço de mais de 50 anos entre Estado e capital privado. Desde a ditadura militar, o ensino público é preterido em função do ensino privado e a presença do capital estrangeiro na educação é crescente. O clima político de esvaziamento ideológico e desmobilização dos coletivos organizados, contribui para a perpetuação desta agenda conservadora. Assim como as organizações sociais e os planos de saúde, a privatização do ensino é tida hoje como um mal necessário e irreversível, dentro de um modelo de Estado que se exime de suas responsabilidades e faz mal uso dos impostos do cidadão. Cabe a todos que se manifestam por um Brasil melhor e que anseiam, também, por um governo melhor, a clareza do tipo de Estado que defendem.



O Museu da Casa dos Brasileiros

Museu da cidade de São Paulo reúne peças que são familiares para muitos dos seus visitantes, pois resgata e preserva antigos e novos jeitos de morar

Leonardo Gomes Nogueira • Fotos: Osmar Bustos

O acervo do Museu da Casa Brasileira (MCB) poderá trazer, ao seu visitante, certas e, possivelmente, boas lembranças. “Muitas vezes o que a gente tem é uma memória afetiva em relação aos objetos expostos”, diz Filipe Bezerra, coordenador de comunicação do MCB.

De fato, o acervo tem alguns objetos, como cadeiras e cômodas antigas, que poderão trazer recordações de mobiliários mais ou menos comuns em outra época. Não se surpreenda se, durante uma visita, a sua ou mesmo a casa de algum parente vier à mente.

A coleção do MCB reúne uma seleção de móveis e objetos variados usados em casas brasileiras desde o século 17. Trata-se de uma exposição, como explica Bezerra, de “longa duração” e não “permanente” (corrigindo termo usado, até aquela ocasião, por esse que vos escreve).

“Podem haver novos arranjos dentro da coleção. O museu expõe parte da sua coleção, outra parte está em reserva técnica. Por vezes, tem algum rearranjo dentro da exposição de longa duração”, ressalta.

Essa coleção, que fica no térreo do museu, reúne preciosidades como o banco Bandeirante (século 19), com um funcional e resistente formato em “x”, muito apropriado para o uso em uma época de viagens longas, inclementes e, geralmente, inóspitas.

O belo e ritualístico banco Trumai, usado desde tempos imemoriais por algumas das nações indígenas brasileiras, é outro

Pelo viés da arquitetura e do design, museu busca o resgate e a preservação da memória da moradia brasileira

exemplo. A peça do museu, de 2007, assim como os demais bancos do tipo, é esculpida em único pedaço de madeira.

A coleção ainda reúne peças importantes do design nacional, como a cadeira Girafa (1987), de Lina Bo Bardi, Marcelo Ferraz e Marcelo Suzuki, e a poltrona Mole (1957), de Sergio Rodrigues, que também faz parte da coleção permanente do Museu de Arte Moderna de Nova Iorque.

Atualmente o Museu da Casa Brasileira possui 400 peças. Das quais, em média, um terço se encontra exposta ao público. “Tudo isso é matéria prima para que se criem novas exposições”, diz Filipe Bezerra.

O coordenador de comunicação do MCB explicou que a política da instituição, por ora, não se foca em adquirir novas obras, mas em restaurar e catalogar o acervo existente (já que algumas peças estão emprestadas para outras instituições).

“O Museu da Casa Brasileira tem uma preocupação com questões da cultura material da casa brasileira e também da arquitetura e do design”, explica Filipe Bezerra. Por isso, desde o ano de 1986, o museu realiza o Prêmio Design MCB, que é dividido em dois momentos: o Concurso do Cartaz seguido da premiação dos produtos e trabalhos escritos. Entre julho e agosto, o MCB recebe criações (protótipos ou em produção) em categorias que abrangem o design de produto e a produção teórica em arquitetura e design.



Memória da moradia

Fiel a um dos seus princípios (o de resgatar e preservar a memória da moradia brasileira, pelo viés da arquitetura e design), o museu também promove o projeto Casas do Brasil. A iniciativa, que já teve seis edições, tem como objetivo fazer um inventário das maneiras de morar do brasileiro com exposições e publicações. Inclusive daqueles privados, por ora, da sua liberdade de morar onde quiser ou puder.



01

até maio passado, reuniu utensílios criados, de forma improvisada, pelos presos.

No ano passado, de acordo com Filipe Bezerra, 150 mil pessoas visitaram o local. Desde 2012, quinzenalmente, o museu fica aberto até às 22h (nos demais dias, as portas são fechadas às 18h).

A expectativa, com o horário estendido, é que mais gente frequente o lugar (são as chamadas “Aberturas Noturnas”). “Um bom

mecanismo de atração de público”, garante Bezerra.

O museu, que é público, de propriedade da Secretaria da Cultura do Governo do Estado de São Paulo, é atualmente gerido por uma organização social da área de cultura. Em 2014, segundo relatório de atividades disponível na página do próprio museu, o total de recursos do contrato de gestão foi de R\$ 8,5 milhões.

O coordenador de comunicação, Filipe Bezerra, ressalta que além da receita estatal, o contrato permite que o museu faça parcerias (usando o espaço, por exemplo, para a realização de eventos corporativos nos dias em que fica fechado ao público). Outra fonte de receita é o restaurante Santinho que paga ao administrador pelo uso de um espaço.

O Museu da Casa foi casa

O imponente edifício do MCB, localizado na Avenida Brigadeiro Faria Lima quase na esquina com a Cidade Jardim, reduto nobre da capital paulista, foi, por 18 anos, residência do casal Fábio da Silva Prado e Renata Crespi Prado.

A mansão neoclássica, construída entre 1942 e 1945, foi doada, em 1968, para a Fundação Padre Anchieta que, por sua vez, cedeu o prédio em comodato à Secretaria da Cultura.

O museu, criado em 1970 com o nome de Museu do Mobiliário Artístico e Histórico Brasileiro, ganharia a sua sede definitiva em 1972. A Coleção Crespi-Prado, no primeiro andar do museu, conta



02



03

um pouco dessa história. As peças ficam na antiga biblioteca da casa do ex-prefeito de São Paulo (entre 1934 e 1938) e antigo morador Fábio da Silva Prado.

O espaço reúne utensílios usados pelo casal Crespi-Prado em seu opulento cotidiano, além de peças decorativas como o Torso de Mulher (1930), de Victor Brecheret (1894-1955). “O projeto arquitetônico, desenhado por Wladimir Alves de Souza, remete às linhas do Palácio Imperial de Petrópolis (RJ)”, informa o site da instituição. De fato, há uma inegável semelhança aristocrática.

O Jardim

Na parte externa do museu, há uma área verde de 6 mil metros quadrados. O lugar também é usado, eventual ou permanentemente, como uma área expositiva.

Peças, para usar e apreciar, estão visíveis para quem se aventura pelo local que reúne cerca de 200 espécies de plantas e árvores.

Um dos destaques é a namoradeira de Hugo França. Designer que, desde o final da década de 1980, transforma madeira que seria descartada em bancos, cadeiras, mesas e outros. É possível ver, em outros locais de São Paulo (como Parque do Ibirapuera e Largo do Arouche), algumas das suas peças esculpidas em imensos troncos de árvores mortas.

Outro destaque do jardim é uma cobra enorme, de mentira, é claro, feita de arame e tecido. Criação da artista Marcia Benevento para o Dia das Crianças de 2014 e que, desde então, permanece no jardim. Com uma ressalva: “De vez em quando ela muda de lugar”, brinca Filipe Bezerra.

01 • Op-Art: mostra temporária de ilusão ótica ocupou parte do MCB entre abril e maio deste ano

02 • Cobra de arame e tecido é destaque no jardim

03 • Fachada da mansão neoclássica que hoje abriga o museu

A Cozinha da Casa

O restaurante do Museu da Casa Brasileira, o Santinho, funciona no local desde abril de 2013. Uma parte do estabelecimento avança, como uma espécie de deck, sobre o jardim.

O nome (Santinho) remete ao grupo Capim Santo, responsável pela administração e, claro, cozinha do lugar. O Capim Santo, que nasceu na década de 80 em Trancoso, no litoral sul do estado da Bahia, hoje possui quatro unidades na capital paulista.

Serviço

Museu da Casa Brasileira: De terça a domingo, das 10h às 18h. Av. Brigadeiro Faria Lima, 2705, São Paulo. **Ingressos:** R\$ 6 e R\$ 3 (meia-entrada). Gratuito aos sábados, domingos e feriados. Nos demais dias, maiores de 60 e crianças com até 10 anos não pagam. Acesso para pessoas com deficiência. Restaurante Santinho: Informações e reservas: 11 3032-2277 

Simesp+: benefício para o associado

Confira nossas parcerias

+ Seguros

Seguro de Responsabilidade Civil Profissional

DIT – Seguro de Diária por Incapacidade Temporária

Seguro para Clínicas e Consultórios

Seguro de Vida e Acidentes Pessoais

Seguro Residencial e Casa de Veraneio

Seguro Equipamentos Portáteis

Seguro Automóvel

Seguro Viagem

+ Capacitação

CEL-LEP Idiomas

10% de desconto em cursos regulares de Inglês e Espanhol, extensivo aos dependentes.

Fast Move Idiomas

25% de desconto no módulo semestral de Inglês, Francês, Espanhol, Italiano e Português para estrangeiros.

Instituto Brasileiro de Educação em Gestão Pública (IBEGESP)

20% de desconto em cursos de curta duração, extensão e EAD.

+ Lazer

TAM Viagens

10% de desconto nos pacotes nacionais e internacionais.
[+ benefícios no site do Simesp]

Costão do Santinho

15% de desconto nas diárias de hospedagem durante a alta e baixa temporadas.

Rio Quente Resorts, em Rio Quente/GO

Até 28% de desconto nas diárias de hospedagem durante a alta e baixa temporadas.
[+ benefícios no site do Simesp]

Hot Park, em Rio Quente/GO

37% de desconto sobre o valor da bilheteria em ingressos para acesso ao Hot Park e Praia do Cerrado.

Aquário de São Paulo

10% de desconto sobre o valor da bilheteria em compras realizadas exclusivamente pelo site.

Wet'n Wild São Paulo

Até 45% de desconto sobre o valor da bilheteria em ingressos de acesso ao parque.

Villa Di Mantova Resort, em Águas de Lindóia/SP

10% de desconto nas diárias de hospedagem durante a alta e baixa temporadas.

Grínberg's Village Hotel, em Socorro/SP

20% de desconto nas diárias durante a semana, em baixa temporada, e 10% de desconto nas diárias aos finais de semana.
[+ benefícios no site do Simesp]

Amanita Estalagem, em Monte Verde/SP

10% de desconto nas diárias de hospedagem durante a alta e baixa temporadas.

Hotel Panorama, em Águas de Lindóia/SP

10% de desconto nas diárias de hospedagem durante a alta e baixa temporadas.

Colônia de férias Aojesp, em Caraguatatuba/SP

A parceria com a Aojesp possibilita que os associados desfrutem da Colônia de Férias em Caraguatatuba.

Marulhos Resort, em Porto de Galinhas/PE

10% de desconto nas diárias de hospedagem durante a alta e baixa temporadas.

Pousada Villa Harmonia, em Paraty/RJ

20% de desconto nas diárias de hospedagem durante a alta e baixa temporadas.

HPlus Hotelaria em Brasília

10% de desconto nas diárias de hospedagem.
[+ benefícios no site do Simesp]

+ Ofertas especiais

Fast Shop

Até 30% de desconto nas compras online.

Saraiva

10% de desconto em livraria e 5% de desconto em eletrônicos, nas compras online.

Vento Haragano Morumbi

10% de desconto sobre o valor do rodízio, de segunda à sexta, exceto em feriados.

Compra Certa

Até 30% de desconto em produtos Brastemp, Consul e KitchenAid.

NetShoes

10% de desconto nas compras online.

Havanna

20% de desconto nas compras online.

Giuliana Flores

20% de desconto + brinde

Cestas Michelli

20% de desconto + brinde

+ Serviços

Avallon Blindagens

6% de desconto em blindagens + pagamento diferenciado: 30% no ato + 5 cheques
[+ benefícios no site do Simesp]

Tapeçaria Alemão

15% de desconto em artigos de couro e 10% de desconto em toda linha de som e acessórios.
[+ benefícios no site do Simesp]

Conube Contabilidade

Isenção da 1ª mensalidade para serviços de abertura de empresas ou transferência de contabilidade.

Subaru Ribeirão Preto

6% de desconto sobre os preços públicos cobrados pela loja.

Quality Lavanderias

10% de desconto nos serviços, exceto tapetes, couro, camurça, econobags e cestos

Termos e condições + Outros benefícios: www.simesp.org.br/simesp+
Importante: as regras para utilização dos benefícios estão descritas no site oficial do Simesp.

Fernando de Noronha

“Assim que me formei na faculdade, comecei a trabalhar no pronto-socorro de Fernando de Noronha. Lá dei os primeiros plantões da minha vida e com o dinheiro que ganhei comprei minha primeira câmera fotográfica de verdade. Foi um período incrível, muito produtivo, tanto no trabalho quanto nos momentos de ócio.”

Luiz Perez
dermatologista



> O olhar do médico Luiz Perez: Cacimba do Padre, Fernando de Noronha (PE), 2011



Seu olhar pode ser publicado nas próximas edições da DR!,
envie sua foto para imprensa@simesp.org.br



Foto: Yann Libessart/MSF

**ELES PRECISAM DE MUITOS CUIDADOS.
MAS PRIMEIRO, PRECISAM DA SUA ATENÇÃO.**

Uma grave crise humanitária acontece agora no Sudão do Sul. Milhares de pessoas se deslocam para fugir da violência dos conflitos armados, vivendo em condições precárias que favorecem a proliferação de doenças. Apesar do sofrimento da população, a crise continua sendo ignorada. É para ajudar a salvar vidas que Médicos Sem Fronteiras está lá.

Para Médicos Sem Fronteiras, a vida é o que mais importa.

Médicos Sem Fronteiras é uma organização humanitária internacional independente, que leva ajuda médico-humanitária a mais de 60 países assolados por crises, muitas delas esquecidas, como conflitos armados, epidemias e exclusão do acesso a cuidados de saúde.



Benefícios Simesp+

*Fast Shop Saraiva Villa Di Mantova
Amanita Estalagem Cestas Michelli NetShoes
Compra Certa Costão do Santinho Pousada Villa Harmonia
Capacitação Hotel Panorama Giuliana Flores TAM Viagens
Tapeçaria Alemão Wet'n Wild Quality Lavanderias Lazer
Benefícios Fast Move Idiomas Seguro de Responsabilidade Civil
HPlus Hotelaria Seguro Viagem IBEGESP Grinberg's Village Hotel
Serviços Aquário de São Paulo Rio Quente Resorts Investimentos
Havanna Beleza CEL-LEP Idiomas
Hotel Panorama Serviços diversos
Seguro Automóvel Ofertas especiais
Villa Di Mantova Resort Fast Shop Amanita Estalagem Simesp+
Subaru Colônia de férias Aojesp Investimentos
Avallon Blindagens Hot Park Saúde e Beleza
Seguro Equipamentos Portáteis Conube C
Seguro para Clínicas e Consultórios Seguro Auto
Instituto Brasileiro de Educação em Gestão
Vento Haragano Morumbi Seguro Resid
Compra Certa Cestas Michelli
Simesp+*

Simesp+

*O novo programa de benefícios
que chegou para fazer muito mais
pelos médicos associados ao Simesp*

SIMESP 
BENEFÍCIOS PARA ASSOCIADOS

CAPACITAÇÃO | INVESTIMENTOS
SAÚDE E BELEZA | OFERTAS ESPECIAIS
LAZER | SERVIÇOS DIVERSOS

› Associe-se e aproveite os benefícios: www.simesp.org.br/simesp+

relacionamento@simesp.org.br | 113292.9147

