

Revista

# DR!

Nº 90 | 2016

Publicação do **SIMESP**  
Sindicato dos Médicos de São Paulo

## PEC 241: ameaça ao SUS

O impacto do congelamento por 20 anos dos gastos públicos em setores como saúde e educação será desastroso para todos os seus usuários. Simesp integra Frente em Defesa do SUS e reivindica mais recursos para o setor

### Páginas Verdes

Deisy Ventura

### Especial

Atenção pré-hospitalar



Art. 10  
omia admi

SUS

stituir o  
DE EMENDA  
PEC241

es e órgãos refer  
ração pública feder  
elo Poder Público e a  
**PEC241**  
es estabelecidos na forma

ode  
a adminis  
s e mantidos  
s a que  
de 2017,  
ge, corrigida  
CA, publicado p  
lice que vier a sub  
**PEC241**



**87 anos de história  
e cada vez mais presente  
na defesa do médico  
e de seu trabalho**

### **Simesp Relacionamento**

*Conceito de atendimento mais dinâmico*

relacionamento@simesp.org.br  
11 3292-9147

### **Renovação das publicações**

Revista DR!,  
Jornal do Simesp  
e TV Simesp

### **Simesp+**

*Novo programa de benefícios  
aos associados*

simespmais.org.br



**SIMESP**  
SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO



**Saúde pública**

**Arte circense**

**Médicos escritores**

6

28

34

5 Editorial

12 Capa

30 Redes Sociais



“O mercado hoje é rei. Atuam na saúde empresas poderosíssimas”, analisa a professora Deisy Ventura

No lugar do picadeiro, a academia. O circo conquistou os médicos Adriana e Leonardo

Alguns famosos, outros anônimos, eles dividem a medicina com a arte de escrever

20

Especial  
**Atenção pré-hospitalar**





# É mais tranquilo exercer a Medicina quando estamos seguros

Condições especiais para os associados ao 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+](http://simesp.org.br/simesp+)

**BAIXE O APLICATIVO DO SIMESP+**  
Disponível para Android e IOS

## Expediente

### DIRETORIA

#### Presidente

Eder Gatti Fernandes  
[relacionamento@simesp.org.br](mailto: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

Adriana Cardoso

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](mailto:imprensa@simesp.org.br)

[www.simesp.org.br](http://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](mailto:contato@medidea.com.br)

[www.medidea.com.br](http://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



# População não pode pagar pela crise

Diretoria do Simesp

Em 1988, após vinte e quatro anos de ditadura militar, que nos seus estertores produziu um período de desemprego, inflação e estagnação econômica, a sociedade brasileira produziu um novo pacto social, reproduzido na Constituição de 1988.

Nela foram assegurados direitos sociais que até então nossa República não oferecera aos seus cidadãos, principalmente no campo da seguridade social, incluindo saúde como direito de todos e dever do Estado.

Nesses vinte e oito anos, esse novo Contrato Social nos permitiu reduzir a mortalidade infantil de 45 óbitos, por mil nascidos vivos, para 13 em 2015; nos permitiu diminuir o analfabetismo endêmico; nos permitiu construir um sistema de saúde que, embora sofra com múltiplos males, como financiamento insuficiente, problemas diversos de gestão, conseguiu ampliar a oferta de serviços da atenção primária aos transplantes.

Não podemos deixar de reconhecer o grave momento de crise política e econômica que o Brasil atravessa. Sim, são necessários ajustes nas contas públicas. Só

não podemos concordar que a fatura da crise seja repassada para quem trabalha e para a parcela mais vulnerável da população.

A PEC 241 que congela as despesas primárias do Governo Federal por 20 anos, congela também a oferta de diversos serviços públicos essenciais, incluindo a saúde pública. Os seus defensores alegam que com a recuperação da economia poderá ser investido mais em saúde, o que é absolutamente improvável. A PEC ao definir que as despesas sejam fixadas, promoverá uma diminuição do investimento por pessoa já que a população continuará a crescer. Portanto, no nosso entendimento, o financiamento da saúde será diminuído e há todos os indícios de um verdadeiro colapso na assistência à saúde e um verdadeiro colapso social: menos recursos, menos medicamentos, menor incorporação de tecnologia.

O Brasil nunca ofereceu financiamento compatível com o direito constitucional à saúde. O investimento público em nosso país é inferior ao privado e à maioria dos países da América Latina.

Comparado a países que concretizaram a oferta de saúde para todos os seus cidadãos, podemos dizer que é apenas uma fração do que lá é investido.

Nossos parlamentares devem ter responsabilidade social. É preciso fazer uma verdadeira reforma tributária, acabando com esse sistema de tributação tão injusto, reduzindo os impostos sobre o consumo e ampliando a taxaço sobre as grandes fortunas. É inadmissível que quem vive de salário seja onerado numa faixa que chega a 27,5%. Enquanto proprietários de grandes empresas estão isentos de pagar imposto de renda sobre lucros desde 1995.

Antes de mexer em áreas fundamentais para o desenvolvimento econômico e social do Brasil, o governo deveria pensar em cortar despesas que oneram – e muito – os cofres públicos como as aposentadorias de parlamentares, pensões de filhas capazes de militares de alta patente, veiculação de propaganda paga pelos governos, vale gravata e auxílio moradia para juizes, promotores, deputados e senadores.

Como integrante da *Frente em Defesa da SUS*, o Simesp repudia qualquer possibilidade de redução nos direitos sociais, da saúde e da educação. Não compactuamos com política de desmonte do serviço público. Exigimos mais financiamento, mais recursos humanos e melhor gestão.



# “Saúde é para gastar, não para dar lucro”

A professora Deisy Ventura, 48 anos, é uma mulher de opiniões bastante contundentes quando o assunto é saúde pública. Uma das maiores especialistas em saúde global do país, a professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) vê com preocupação o movimento mundial de invasão do mercado privado nos sistemas públicos de saúde, que põe em risco, especialmente aqui no Brasil, o direito constitucional do acesso universal e gratuito à saúde. “Todo o processo que temos acompanhado de desmantelamento do SUS ganha o seu corolário agora, quando temos autoridades públicas vindas do setor privado para representar seus interesses. Agora nós realmente colocamos a raposa para cuidar do galinheiro”, critica. Deisy é doutora em Direito Internacional pela prestigiosa Universidade de Paris 1, Panthéon-Sorbonne, professora de Direito Internacional e Livre-Docente do Instituto de Relações Internacionais da USP (IRI-USP) e membro da Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade na mesma universidade.

Adriana Cardoso

## **Em qual patamar está a saúde pública no mundo e, especificamente, no Brasil neste momento?**

Não somente o Brasil, mas o mundo inteiro vive hoje uma crise das políticas sociais e do que a gente chama de Estado de bem-estar social. Nos países em que esse Estado foi implantado em sua integralidade, há hoje um

recoo muito grande das políticas sociais, entre elas a saúde pública. Esse recoo se justifica pelo discurso de austeridade, de que o Estado não pode suportar as despesas com saúde, de que oferecer saúde à população é algo muito caro e é preciso reduzir despesas. Então, vemos países que foram referência em matéria de siste-



mas de saúde, como é o caso da Inglaterra, recuando nessas políticas, suprimindo direitos das pessoas, reduzindo o acesso ao atendimento e, das mais diversas formas, abrindo espaço para a privatização dos sistemas públicos. Por outro lado, não vemos esse discurso de austeridade nos investimentos em segurança. Sob o manto da austeridade, a gente vê então uma realocação de recursos públicos.

#### **Por que isso vem acontecendo?**

É sobretudo uma demanda do mercado, que quer abocanhar setores da saúde que eram públicos nesses países. Assim como o mercado precisa vender armas, construir muros, vender insumos de segurança. O que quero dizer é que cada uma dessas alterações

de prioridade é acompanhada ou é causada por pressões do mercado. O momento que vivemos, no plano internacional e também no Brasil, é de enorme avanço do mercado, de império das necessidades do mercado. O mercado hoje é o rei. Os gestores, a classe política e os atores econômicos percebem a saúde coletiva como um grande mercado. E ela hoje de fato um mercado no qual atuam, entre outras, duas indústrias poderosíssimas: de um lado, a farmacêutica, e de outro, o que a gente chama de complexo industrial médico, que lida com todos os produtos além do medicamento. Mesmo nos países que conseguiram conquistar, no passado, o Estado de bem-estar social, o mercado exerce seu enorme poder de destruir garantias, direitos

que já haviam sido conquistados, em busca de maior lucratividade.

#### **Quais as implicações dessa invasão do mercado em países como o Brasil, onde o estado de bem-estar social não foi implantado em sua plenitude?**

Em países como o Brasil, que por seu nível de desenvolvimento econômico não completaram o processo rumo ao Estado de bem-estar social, os efeitos são ainda mais perniciosos porque os lobbies associam-se à corrupção endêmica, à má gestão de diversos setores, entre eles de algumas vertentes do Sistema Único de Saúde (SUS). O que vemos no Brasil de hoje, na saúde, depois do auge da crise econômica e política que culminou na destituição da presidente Dilma Rous-





seff? O corolário de um processo que já vinha acontecendo, e isso precisa ser dito e reconhecido por todas as tendências políticas. Já vinha acontecendo o processo de privatização velada do nosso SUS. Já vinham ocorrendo distorções, principalmente isenções fiscais concedidas a empresas que foram estimadas em um quarto do valor investido no SUS.

**O que a sra. destacaria como o principal problema no sistema público de saúde?**

Nunca conseguimos completar a implantação do SUS. Ele ficou a meio caminho, e por quê? Em função do subfinanciamento. O SUS nunca recebeu o financiamento suficiente para que fosse plenamente implementado com a universalidade do acesso e com a ideia de ser único, ou seja, de todos. É aí que parece estar a grande questão: o dia em que todos os brasileiros usarem o mesmo sistema de saúde, a nossa conversa será outra. Há uma ideia cristalizada de que o SUS é para os pobres e o sistema privado é para os demais. É um equívoco, e nos damos conta disso rapidamente quando vemos milhares de pessoas que perderam seu emprego perderem também seus planos de saúde e só então descobrirem o SUS. Quando subfinancio um sistema desse tipo – talvez o maior sistema público



---

de saúde do mundo – gero um círculo vicioso. O sistema não dá conta da demanda e, como ele não dá conta, eu não confio nele e busco outras alternativas. Ao fomentar as alternativas, eu desfiguro as principais características do sistema.

**Embora subfinanciado, o SUS ainda financia a maior parte dos tratamentos de alta complexidade...**

Números de 2015 mostram que o SUS representou 46% dos gastos totais com saúde no Brasil para atender 75% da população. Já o setor privado consumiu 56% dos recursos para atender 25% da população. E o SUS não atende apenas necessidades básicas, ao contrário: o SUS cobre tratamentos e cirurgias de alta complexidade, procedimentos e medicações de alto custo. Logo, além dos dois equívocos de base que já referi – um ideológico: o SUS é para os pobres, e não para todos; e o outro político-econômico: o subfinanciamento – surge outra ideia equivocada, a de que a saúde não é prioridade. Não adianta achar que saúde é prioridade apenas quando se vê a enésima denúncia de disfunção do SUS no *Jornal Nacional*. Eu poderia construir a pauta inteira de telejornal revelando disfunções dos maiores hospitais privados do país, das clíni-

**“Ousaria dizer que o Brasil não tem lições a aprender com ninguém, porque o alcance do nosso sistema de saúde, seus acertos e riquezas, são lições para muitos”**

cas mais caras. Hoje o nível de insatisfação dos usuários dos planos de saúde privados equipara-se ao dos usuários do SUS, com a diferença de que ele é pago diretamente pelo usuário ou seu empregador. Mas quando eu construo essa ideia de um SUS ineficiente para os pobres que justifica o subfinanciamento, obviamente eu vou sacramentando uma inviabilidade que parece ser inerente à coisa pública. E é sempre assim que se age quando se quer privatizar um setor: é preciso que ele se torne o mais ineficiente possível.

**Recentemente, o ministro da Saúde, Ricardo Barros, fez declarações nesse sentido (o ministro, que é engenheiro civil de formação, falou em entrevistas sobre a necessidade de diminuir o tamanho do SUS, criando, por exemplo, planos de saúde mais baratos para aliviar o financiamento do Estado ao sistema)...**

Todo o processo que temos acompanhado de desmantela-

mento do SUS ganha o seu corolário agora, quando temos autoridades públicas vindas do setor privado para representar seus interesses. Agora nós realmente colocamos a raposa para cuidar do galinheiro. É o momento que o Brasil vive hoje com o governo. Nós entregamos o ouro para o bandido, a começar pelo próprio ministro da Saúde, eleito graças a recursos do setor privado da saúde [foi eleito deputado federal por cinco vezes], assim como diversas outras autoridades do ministério. São pessoas que representam o setor privado. Foi-se o tempo em que nós tínhamos grandes sanitaristas naquela pasta. A nova ótica se expressa em propostas como a dos planos de saúde de menor abrangência.

**Atualmente, tramita no Congresso a PEC (Proposta de Emenda Constitucional) 241, do governo de Michel Temer, que congela gastos primários, como em saúde e educação, por 20 anos. Podemos, então, esperar uma piora no financiamento do SUS?**

Acho que a piora é evidente, mas não podemos cair no discurso que se consolidou em diversos países de que isso é necessário, de que é um imperativo de austeridade, e que as verbas foram reduzidas porque o sistema não é funcional. Isso é mentira. Existe uma decisão política porque o governo tem ou-



tras prioridades. O SUS é viável, mas precisa receber o financiamento necessário. Agora, debilitá-lo ainda mais para privatizar a saúde no Brasil justamente sob o argumento de que o sistema é débil é um crime. Austeridade na gestão do orçamento brasileiro impõe a escolha de prioridades políticas. Em resumo: vamos falar sério sobre o problema da saúde no Brasil, que não passa nem de longe pelo incremento do setor privado, ao contrário. Passa pelo enfrentamento do nosso sistema com questões que não são filosóficas, nem abstratas. São questões bem objetivas, como quanto o país vai gastar com saúde. E chega de conversa.

### **Qual é o papel do Brasil hoje no âmbito da saúde global?**

O Brasil precisa se enxergar no mundo. Hoje o SUS é uma referência no mundo inteiro. É uma conquista extraordinária que qualquer pessoa no território nacional possa ter assistência, além de projetos de grande sucesso, como a própria medicina de família e comunidade. O país destacou-se muito no cenário internacional por ter conseguido levar adiante essa empreitada, apesar de suas limitações, e tem sido uma voz crítica em relação à governança global da saúde. Crítica em relação às imensas desigualdades mundiais, mas

também ao fato de que os países desenvolvidos em geral re-presentam os interesses de suas próprias indústrias nos foros internacionais que tratam de temas de saúde. Então, o embate no plano internacional é muito duro, e o Brasil tem mantido uma posição altiva, crítica e qualificada. Será que ela vai continuar? Eu não saberia responder

### **“Sob o manto da austeridade, a gente vê uma realocação de recursos públicos”**

#### **O que poderíamos aprender com outros países com rede pública de saúde eficiente, como o Canadá?**

Não gosto de comparar sistemas de saúde de forma rápida. Quando a gente conhece em profundidade os sistemas de saúde, a gente nota que todos eles têm disfunções e isso é absolutamente natural por se tratar de empreendimentos de tamanha complexidade. Posso elogiar o Canadá e em dois minutos alguém apontar uma grave falha daquele sistema. Mas não é só isso. São países com um nível de desenvolvimento muito diferente (Brasil e Canadá). Mas eu ousaria dizer que o Brasil não tem lições a aprender com ninguém, porque o alcance do nosso sistema de saúde, seus acertos e riquezas, são lições

para muitos. Por vezes, as comparações são feitas para desqualificar o SUS. Nosso grande desafio talvez seja fazer com que pessoas que tenham voto, voz, espaço e poder no Brasil sejam usuárias do SUS. Se a atual crise econômica, em lugar de empurrar as pessoas para os planos de saúde, as empurrasse para o SUS, teríamos um resultado muito positivo a curto, médio e longo prazo. Se a classe média, que é extremamente influente no resultado das eleições, desse sua voz às demandas desses 75% dos brasileiros que usam o sistema, teríamos uma mudança muito importante.

#### **A sra. faz pesquisas na área de saúde global. Qual a importância de sistemas públicos no controle de epidemias, por exemplo?**

No âmbito internacional, eu pesquisei especificamente as crises sanitárias internacionais. E constatei que não existe segurança sanitária sem sistemas públicos e gratuitos de saúde, principalmente nos países mais pobres. A epidemia de zika, relacionada a um vetor que já conhecemos, com transmissão semelhante à da dengue, é uma doença endêmica que não foi enfrentada como prioridade e, infelizmente, é uma das muitas doenças negligenciadas. Mas ela seria ainda mais trágica na ausência do SUS.



Quando se trata de outro tipo de doença, como a recente epidemia de Ebola na África Ocidental, muitos centros de atendimento que tratavam vítimas não tinham sequer água potável. Como seria possível obter uma resposta eficaz às epidemias sem as mínimas condições de atendimento? A nossa forma de viver, a nossa forma de produção animal, nossa relação com a natureza vão determinar, e isso é consenso na literatura especializada, novas doenças ou o retorno de outras que já foram erradicadas. A intensidade da circulação de pessoas e a complexidade da evolução dessas doenças impedem o seu isolamento em uma classe social, utopia totalitária acalentada pelas elites. Uma pessoa de renda alta ou média que preza a sua saúde, corre para tomar uma vacina quando ouve falar de uma epidemia. Mas ela precisa entender que, na ausência de um sistema público de saúde, nunca estará segura. Para haver segurança, é preciso que qualquer pessoa sem dinheiro seja atendida de forma eficiente. A única segurança sanitária possível é a igualdade, o direito à saúde. Se eu dependo de uma empresa privada, que visa o lucro, que pode falir e, além de tudo, pode corromper as autoridades de controle, se eu dependo disso, eu não tenho segurança sanitária.



### **Qual a sua opinião sobre o Programa Mais Médicos?**

O debate sobre o *Mais Médicos* foi desfigurado pela enorme polarização política que se vivia no momento em que ele foi anunciado. Uma vez cumprido o objetivo político evidente dos mais virulentos críticos do programa, qual seja a eliminação de um adversário político por meio do *impeachment*, imagino que hoje a categoria médica terá mais serenidade para avaliar o programa com isenção. Ele inclusive veio tarde. Do ponto de vista da pessoa que não tem a chance de ser atendida por um médico, a urgência era absoluta. Os censos demonstram cabalmente a má distribuição dos profissionais

médicos. Superada a polarização política, quem sabe o Brasil tenha a capacidade de discernir os aspectos positivos desse programa, e não apenas apontar seus erros e disfunções.

### **Diante de todo esse quadro, podemos dizer que o direito à saúde está em risco no Brasil?**

Em primeiro lugar, saúde é para gastar, não para dar lucro. Por certo alguém tentará retirar de nossa Constituição Federal e da nossa legislação, o pleno reconhecimento do direito à saúde. Ainda que não consiga, o que tende a acontecer aqui, como acontece em outros setores e também em outros países, é que se reconheça o direito à saúde, mas, na prática, sejam solapados os meios que seriam necessários à efetividade desse direito. Será tão grande a teia de normas que vão conferir privilégios ao setor privado e aos grupos mais favorecidos no Brasil, que parte da essência (desse direito) será perdida, principalmente se o SUS for desfigurado, porque direito à saúde não tem ambiguidade. Direito à saúde é sistema público eficiente, de acesso universal e gratuito, não é pagar um plano de saúde e torcer para que ele cumpra o que promete. A cada corte no orçamento da saúde, eu vou transformando o direito à saúde em letra morta. !



# Direito democrático à saúde sob risco

Adriana Cardoso

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu junto com o processo de redemocratização do país e teve suas bases assentadas na Constituição de 1988, mais especificamente no artigo 196, que afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Mas hoje, quase 30 anos após a implantação de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo,

medidas que vêm sendo tomadas pelo governo de Michel Temer acenderam o sinal de alerta de movimentos ligados ao setor, pois podem colocar em risco o direito democrático assegurado por lei a todos os cidadãos brasileiros.

O grande nó do SUS, que persiste desde que foi publicada a lei que o regulamenta (8.080/1990), é o seu subfinanciamento histó-





rico. Nos últimos anos, o volume médio de recursos destinados à saúde pública no país ficou na casa dos 4% do Produto Interno Bruto (PIB), o que deu cerca de R\$ 100 bilhões no ano passado, quando o ideal, segundo apontam organismos internacionais, seria ao menos o dobro disso.

O que está ruim pode ficar ainda pior. A Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241/2016, de Temer, em tramitação no Congresso Nacional, congela os gastos primários da União em despesas como saúde e educação, pelos próximos 20 anos, para ajudar a pagar a dívida pública. A proposta também muda a base de cálculo de recursos ao SUS, usando como parâmetro a inflação, e não leva em conta o crescimento popula-

cional, o que significa menos recursos ainda.

Mas o SUS não foi atacado do dia para a noite. Na verdade, é preciso voltar um pouco no tempo para compreender o quanto decisões governamentais ao longo dos anos contribuíram para a sua piora.

Até o ano passado, a Emenda Constitucional (EC) 29/2000 determinava o montante de recursos destinados ao SUS, corrigindo-o pela variação nominal do PIB (preços e quantidade de bens e serviços produzidos na economia). A emenda também estabeleceu a obrigatoriedade de os estados destinarem 12% de seu orçamento e os municípios, 15%, para a saúde.

Em março de 2015, ainda sob o governo da presidente Dilma Rousseff, foi aprovada a EC 86, atrelando os gastos para a saúde às receitas correntes líquidas. A nova regra estabeleceu um percentual mínimo de investimento em ações e serviços públicos de saúde pela União, com aumento progressivo a partir de 13,2% (válido para este ano), até chegar à meta de 15% da receita corrente líquida em 2020.

O problema de atrelar os recursos do SUS à receita corrente líquida é a imprevisibilidade, conforme salientou o economista Carlos Ocké, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que participou em 4 de agosto do Simesp Debate, evento promovido pelo Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp), com o tema “O

Desmonte do SUS: as medidas do governo interino que podem trazer danos irreversíveis ao Sistema Único de Saúde”.

“O que acontece com essa nova metodologia de financiamento é que, a priori, você não sabe qual vai ser a receita corrente líquida, você tem que estimá-la e, num quadro de instabilidade política e recessão como o que vivemos agora, é muito complicado (fazer essa previsão)”, salientou.

Outro golpe no SUS ocorreu em dezembro de 2014 (portanto, também no governo Dilma), quando foi aprovada a lei 13.097, que possibilita a participação do capital estrangeiro na saúde brasileira, transformando um direito constitucionalmente conquistado num produto.

A mercantilização da saúde ganhou força com declarações do ministro Ricardo Barros. Engenheiro de formação e eleito para cinco mandatos de deputado federal com ajuda financeira de grandes ope-



> Carlos Ocké durante debate no Simesp



## Os principais pontos na linha do tempo do SUS

- **1988**  
A Constituição Brasileira reconhece o direito de acesso universal à saúde a toda a população por meio do SUS
- **1990**  
Publicação das leis 8.080 e 8.142 regulamentando o SUS
- **1991**  
Estruturação da rede de atenção básica em saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- **1993**  
Descentralização e municipalização dos serviços e da extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)
- **1994**  
Estruturação da Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades
- **1998**  
Criação do Sistema Nacional de Transplantes e Plano Estratégico de Mobilização Comunitária para o Combate à Dengue
- **2000**  
Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (regulamentação do setor privado)
- **2003**  
Criação do Samu
- **2004**  
Implantação das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e da Saúde do Trabalhador
- **2005**  
Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
- **2008**  
Programa + Saúde  
Ação efetiva para regulamentação da EC 29

Fonte: Ministério da Saúde



> “Naturalização do discurso contrário às políticas sociais é assustadora”, diz Marília

radoras de planos de saúde, Barros afirmou que o Estado não terá como bancar o SUS daqui a alguns anos e que, por isso, deve repensá-lo. Ele também defendeu a criação de planos de saúde populares para desafogar as filas do sistema.

As falas do ministro deram o tom do Simesp Debate: “Estamos com um modelo de política neoliberal, de um governo que não ganhou a eleição, e que coloca no ministério uma pessoa que não tem a menor noção e condição de defender o projeto do SUS. Temos um subfinanciamento histórico, que não começou hoje. Temos inúmeras questões que não foram resolvidas ao longo do tempo, e hoje estamos com a naturalização do discurso contrário às políticas sociais, o que é assustador”, criticou Marília Louvison, presidente da Associação Paulista de Saúde Pública e uma das palestrantes do evento.

Assustadora também é a proposta do então presidente da Câmara, Eduardo Cunha, afastado por envolvimento em uma série de denúncias de corrupção. Antes

de ser varrido do poder, Cunha deixou o texto da PEC 451/2014, que altera o artigo 7º da Constituição, inserindo novo inciso que obriga todos os empregadores brasileiros a garantirem aos seus funcionários serviços de assistência à saúde (não inclui trabalhadores domésticos).

Pancada no SUS. Ponto para a privatização da saúde.

### O caminho

Conforme pontuou nossa entrevistada das Páginas Verdes desta edição da Revista DR!, a professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), Deisy Ventura, a tática usada quando se quer forçar a privatização de bens públicos como o SUS é sangrá-los para desacreditá-los perante a população. Funciona assim nos sistemas neoliberais, que valorizam o mercado em detrimento do Estado.

Sangrar o SUS corresponde a surrupiar o direito de ter um mínimo de dignidade a quem não pode pagar por um plano, como ocorre com a maioria do povo brasileiro.





> Professora Amélia Cohn : “ A solução não virá do Estado, mas da sociedade”

Com toda a certeza, não foi esse o caminho pensado pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, surgido nos anos 1970 a partir da união de acadêmicos e movimentos sociais populares, cujo grande protagonista foi o sanitarista Sérgio Arouca. O grupo saiu em defesa de um modelo de saúde pública que abrangesse todos os cidadãos, sem distinção de cor, raça ou *status* social. O marco desse movimento foi o ano de 1986, quando houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foram plantadas as bases do que viria a tornar-se o SUS.

Antes do SUS, a assistência médica estava atrelada ao antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). “Quem tinha carteira de trabalho estava (inscrito) na Previdência Social e tinha acesso à prestação de serviços de saúde credenciados pela Previdência. Quem não tinha, ia para as santas casas (filantrópicas) e os pouquíssimos hospitais públicos disponíveis”, explica a socióloga Amélia Cohn, professora aposentada da Faculdade de Medi-

cina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Como observa a socióloga, o SUS acabou com essa “distinção de mercado” e, embora ainda jovem, implantou uma estrutura que abarcou as regiões onde havia uma enorme desigualdade territorial de disponibilidade de serviços de saúde. “Quando foi instalado o SUS, foi-se cobrindo esses buracos”, apontou.

O subfinanciamento, para Amélia, é o grande entrave para que o sistema ainda não fosse implantado em sua plenitude e ela vê com preocupação seu futuro diante dos passos dados pelo governo Temer.

Para efeitos de comparação, o National Health System (NHS), modelo inglês que inspirou o SUS, destina o equivalente a 8% do PIB para atender a população inglesa em quase sua totalidade, embora esse montante venha caindo (leia box pág. 18). O mesmo acontece em outros países com estruturas semelhantes, como Canadá, Portugal e Espanha, que destinam de 7 a 10% do PIB ao setor.

Outra dicotomia vivida no Brasil é que, nos últimos anos, dos gastos nacionais em Saúde, o SUS recebeu 46% para atender 75% da população. Na outra ponta, a saúde privada, que atende apenas 25% dos cidadãos brasileiros, recebeu 54% e detém 75% dos leitos disponíveis.

### **Projeto**

No entendimento de estudiosos do SUS, os gastos precisam aumentar, mas não só: é preciso modificar sua estrutura de funcionamento, como explica Gastão Wagner de Sousa Campos, presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

“Ele (SUS) é muito fragmentado, embora seja chamado de único. Essa autonomia dos entes federados – União, estados e municípios –, nos últimos 25 anos, tem fracionado as políticas para a saúde pública. Há uma dificuldade de integração e planejamento articulado”, observou.

A fragmentação da qual fala Campos gera outro grande gargalo no sistema, que é sua gestão. Por exemplo: cabe à União, por meio do Ministério da Saúde, coordenar os sistemas de saúde de alta complexidade, de laboratórios públicos, bem como planejar e fiscalizar o SUS em todo o país. Metade dos recursos ao sistema vem daí.

Os estados, por sua vez, têm autonomia para criar suas próprias políticas de saúde e ajudar



na execução daquelas de âmbito nacional (se não quiserem, não precisam participar), aplicando recursos próprios (mínimo de 12% da receita), além dos repassados pela União. Por meio de suas secretarias de saúde, coordenam suas redes de laboratórios, hemocentros e definem hospitais de referência e de alta complexidade.

Sob a responsabilidade dos municípios estão os serviços de atenção básica, além da responsabilidade de criar políticas locais e aplicar outras em parceria com estados e União. Por lei, destinam um mínimo de 15% de sua receita ao setor, mais os repassados pelo governo federal. Também organizam e controlam laboratórios e hemocentros.

Em razão dessa estrutura tripartite, que favorece a falta de um planejamento mais eficiente, entidades como a Abrasco defendem um sistema mais regionalizado, que seria capitaneado por colegiados regionais de saúde – que definiriam investimentos e custeio, e promoveria mais integração entre estados e municípios.

Para o presidente da Abrasco, a descentralização do SUS foi um pouco “exagerada”, uma vez que muitos municípios pequenos não têm como bancar uma estrutura eficiente na atenção básica, especialmente em situações de epidemias, como a que vimos recentemente da dengue, e pela ausência de política de pessoal.



> Descentralização exagerada: Gastão Wagner defende sistema regionalizado

“Com a municipalização, cada cidade ficou responsável pela gestão de pessoal. A contratação do trabalho médico está muito heterogênea, o que prejudica a formação permanente e as condições de trabalho”, afirmou.

Essa situação levou, por exemplo, à disseminação da terceirização da mão de obra médica, com a transferência da gestão de equipamentos municipais e estaduais para organizações sociais (OSs).

A carreira médica, inclusive, seria o grande motor dentro dessa proposta de regionalização do SUS. “A carreira médica está praticamente em extinção, não há mais concursos públicos. Nós defendemos a criação de uma carreira na qual todos seriam atrelados ao SUS e pagos com um fundo tripartite que receberia recursos da União, estados e municípios, de acordo com a quantidade de profissionais de que necessitam”, indicou.

O presidente da Abrasco acredita que, assim, os municípios que têm dificuldades de completar o quadro da atenção básica, melho-

rariam a fixação de médicos e de outros profissionais, além da distribuição, que é outro considerável empecilho hoje.

### **Mobilização**

A despeito de todos os problemas que possa ter, o SUS modificou os indicadores sociais do Brasil e sua existência é fundamental para todos os brasileiros. Todo mundo, em larga ou menor escala, já usou o sistema. Mesmo quem tem um plano de saúde.

Campanhas de vacinação, de prevenção, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), a vigilância sanitária, quase a totalidade dos transplantes são pagos com dinheiro público. Na esteira do SUS, também nasceram programas essenciais para melhoria da saúde, como o Farmácia Popular (acesso a medicamentos).

Segundo relatório da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) de 2015, o acesso aos serviços de saúde, como campanhas de vacinação e prevenção, e serviços de saúde





> Entidades criam Frente para combater propostas de desmonte na saúde. Na foto, a participação em ato público na Alesp

materna e do bebê desempenharam papel muito importante na melhoria das condições de saúde dos brasileiros. Entre 1970 e 2013, diz o relatório, a expectativa de vida ao nascer aumentou quase 15 anos no país.

O documento aponta também que as condicionalidades do programa Bolsa Família fortaleceram os incentivos para vacinações e visitas médicas para crianças e mulheres grávidas.

Por outro lado, o relatório aponta que o financiamento ainda é um calcanhar de Aquiles e sugere, por exemplo, “eliminar gradualmente a dedutibilidade fiscal das despesas privadas com saúde para liberar mais recursos ao SUS” e “reduzir a ênfase em serviços hospitalares e fortalecer as unidades básicas de saúde, particularmente para os pacientes com doenças crônicas”.

Para Amélia Cohn, a solução do SUS está na sociedade. “Acho que temos faíscas sociais, sinais sociais de que a sociedade vai ter que recomeçar a construir na

área da saúde o que estávamos reconstruindo desde meados da década de 1970. A solução não virá do Estado com essa elite política que está aí, mas da sociedade”, alertou.

Injustamente ao longo dos anos, o SUS ganhou a pecha de “coisa para pobre”, mas, como vimos, não é. Quando nos dá o SUS, o Estado não nos faz nenhum favor, pelo contrário. O sistema é pago com o dinheiro dos impostos que todos os cidadãos brasileiros pagam, sem exceção. Desmantelá-lo corresponde a um golpe baixo no nosso direito arduamente conquistado.

### **Frente**

No que depender das mais de trinta entidades que compõem a Frente em Defesa do SUS a saúde pública não sofrerá qualquer tipo de desmonte, ao contrário, o que defendem, em sua essência, é mais financiamento à saúde.

A Frente, criada no dia 19 de agosto, tem representação dos diversos setores – sindicais, entre elas o Simesp, movimentos popu-

lares, associações e fóruns.

Para o Simesp é inadmissível qualquer retrocesso. “Lutamos por mais verbas, política de recursos humanos e qualificação da gestão. O ônus desse difícil momento não pode ser cobrado do trabalhador”, avalia Gerson Salvador, secretário de Comunicação e Imprensa do Simesp.

Com a drástica redução do financiamento público proposta pela PEC 241 e as diversas ações contra a saúde pública, os prejuízos sociais serão devastadores. A Frente quer impedir o avanço dessas políticas e tem participado de inúmeras atividades para denunciar o ataque ao Sistema Único de Saúde. No Dia da Campanha Nacional de Multivacinação, 24 de setembro, houve esclarecimentos junto à população. Já no dia 20 do mesmo mês, representantes da Frente participaram de ato público na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (Alesp), eles também engrossaram a 22ª edição do Grito dos Excluídos, que ocorre no dia da Independência do Brasil.



Para o secretário de Relações do Trabalho do Simesp, José Erivalder Guimarães de Oliveira, é preciso unir forças para atuar contra as tentativas de estrangulamento do sistema. “O SUS é uma conquista dos brasileiros. Mesmo com todos os problemas, ele é uma referência mundial, precisa

ser defendido”, enfatiza.

Entre os principais pontos defendidos em sua Carta de Princípios estão a busca pelo crescimento econômico a partir da garantia dos direitos sociais expressos na Constituição Brasileira; impedir o avanço da PEC 241; bloquear o avanço das políticas de terceirização e fle-

xibilização, combatendo propostas como o Projeto de Lei 257/2016, que visa refinar a dívida pública de estados e municípios com a contrapartida de congelamento salarial, corte de até 30% em benefícios pagos, restrição a novas contratações etc.; participação e controle social como métodos de governo.

## Inglês vão às ruas em defesa da saúde

O National Health System (NHS) surgiu a partir do documento comumente conhecido como “Beveridge Report” (Relatório Beveridge), que fundou as bases do estado de bem-estar social inglês (welfare state) no pós-Segunda Guerra Mundial.

Seu proponente foi o economista liberal William Beveridge, que listou os cinco “grandes demônios” sociais, que são: miséria, ignorância, ócio, fome e enfermidade. O welfare state surgiu, então, para combatê-los.

Financiado com os impostos pagos pelos cidadãos ingleses, o sistema oferece desde a assistência básica até os tratamentos mais complexos a mais de 90% dos cidadãos. Tornou-se tão caro à população inglesa que, no ano passado, muita gente foi às ruas para defendê-lo por ocasião das



John Gomez / Shutterstock.com

eleições do 56º Parlamento, quando os Conservadores defendiam em seu discurso de campanha a privatização de parte dele.

Isso porque, embora em grau bem menor do que aqui, o NHS também está sob ameaça. Alguns fatores contribuíram para isso. Um deles foi a crise econômica mundial de 2008, que afetou a economia inglesa e, consequentemente, o volume de recursos destinados ao NHS. Outro ponto é que o envelhecimento da po-

pulação surgiu como novo desafio, entre os quais está a ausência de pessoal qualificado para lidar com as doenças desse nicho.

Os ingleses também estão levando mais tempo para marcar uma consulta com um médico generalista e esperando mais nas filas dos hospitais. Mesmo que a espera não seja tão longa como no SUS, ainda assim a população de lá foi às ruas protestar. !





## Judicialização da saúde, o bode na sala

Mário Scheffer

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

Sempre que querem desviar a atenção dos efeitos negativos do subfinanciamento e da má gestão, administradores públicos colocam o bode na sala e apresentam a judicialização como se fosse a maior mazela do sistema de saúde, responsável pela sangria dos cofres públicos, pelo atendimento de demandas bizarras, fruto de desvios éticos de agentes envolvidos.

Problemas gerados pela judicialização estão bem documentados em estudos que apontam a subtração de recursos já escassos do Sistema Único de Saúde (SUS), casos de relação entre demandas judiciais, lobbies e interesses particulares, ou mesmo ações que podem gerar privilégios de determinados grupos e indivíduos em detrimento de políticas públicas mais abrangentes.

Mas também, a partir das ações judiciais, tem sido possível analisar as falhas, disfunções e lacunas do sistema de saúde e, com isso, propor avanços. Na maioria das situações há relação positiva entre a judicialização e a efetivação do direito, sem nenhum desvio do Judiciário em suas funções.

Nas iniciativas recentes que pretendem inibir o direito de reclamar saúde na Justiça, de maneira caricata, os juízes têm sido apresentados como seres desinformados que reivindicam para si o papel de gestores de uma farmácia de alto custo, os cidadãos que movem ações seriam egoístas e inimigos da coletividade e os médicos se comportariam como potenciais criminosos em conluio com advogados, vendedores e indústria.

Casos de polícia devem ser tratados como tal, como no recente esquema milionário desarticulado no Hospital das Clínicas de São Paulo, de desvio de recursos por meio de ações judiciais envolvendo implantes para tratar o mal de Parkinson.

Porém, demandas judiciais proliferam em contexto de restrições orçamentárias do SUS, reclamam medicamentos e insumos caros, mas também denunciam a demora em filas, pedem tratamentos, cirurgias ou vagas em UTIs. Além disso, aumentou a consciência em relação aos direitos de cidadania, e há maior mobilização da sociedade civil, incluindo grupos ativos em defesa de pacientes.

Muitas das ações na Justiça terminaram por orientar a atuação do Poder Executivo na reorganização de serviços, na incorporação de tecnologias comprovadamente inovadoras e na atualização de diretrizes clínicas.

Os casos da aids e da hepatite são emblemáticos. Medicamentos que geraram inúmeras ações judiciais, consideradas indevidas por gestores que recorreram à época pelo não fornecimento, são os mesmos que hoje compõem política pública exemplar, evitam mortes e melhoram a qualidade de vida de milhares de pacientes.

O vertiginoso aumento da judicialização contra planos de saúde, devido principalmente às exclusões de coberturas, reajustes indevidos de mensalidades e “expulsão” de idosos é revelador das práticas abusivas das empresas, das falhas da legislação e da frouxidão da Agência Nacional de Saúde Suplementar que não fiscaliza adequadamente esse mercado.

A saída, portanto, não é “judicializar” a judicialização, mas compreender os seus sinais e corrigir as distorções reveladas.



# Somos todos Samu

Saiba como funciona o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, desde quando foi criado, em escala nacional, no ano de 2003

Leonardo Gomes Nogueira



24/7. Essa é a abreviação de 24 horas por dia, sete dias por semana. É assim como funciona desde 2003, ininterruptamente, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). O serviço, nacional e gratuito, é acionado pelo número 192 a partir de qualquer telefone (fixo ou móvel).

O Samu tem como objetivo chegar o mais rápido possível à vítima de alguma situação de urgência ou emergência (seja ela de natureza clínica, cirúrgica, traumática, entre outras) que possa ocasionar sequelas ou mesmo a morte da pessoa. “Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível”, explica a página do Ministério da Saúde.

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução 1.671, de 2003, define o atendimento pré-hospitalar (APH) como uma maneira de “chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde, agravo esse que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS)”.

“Quando você está na faculdade, só aprende a trabalhar dentro do ambiente hospitalar. Quando você está no pré-hospitalar é um ambiente totalmente estranho, não controlado. E é quando a vítima mais precisa de você”, ressalta Syro Maiuri Teixeira da Silva, mé-





> Ademir é responsável por 11 cidades

dico intervencionista do Samu da cidade de São Paulo.

“Ali você faz uma diferença muito grande”, acrescenta, ao explicar como surgiu o seu interesse em atuar no campo e ter como espaço de trabalho os 1.521 quilômetros quadrados da capital paulista.

Ademir Aparecido de Campos Júnior, médico do Samu de Bragança Paulista, no interior do estado, responsável por um território que abrange 11 municípios, avalia que a formação médica para esse tipo trabalho ainda deixa a desejar (sendo mais voltada, como apontou Syro, para o que acontece dentro das unidades de saúde e não fora).

Ademir, que trabalha na regulação da central do Samu em Bra-

gança, decide como cada ocorrência será atendida na região e para onde cada vítima será encaminhada, ele também presta treinamento aos futuros profissionais do serviço.

De acordo com o que foi apurado, a carga horária e o tipo de vínculo empregatício variam. Na central do Samu da capital paulista, com exceção dos telefonistas que fazem o primeiro atendimento (o chamado nível um; formado por 30 pessoas), todos os demais são servidores contratados da Prefeitura Municipal de São Paulo (médicos, enfermeiros, motoristas, entre outros). Hoje, no total, são 2.300 funcionários.

Syro, que trabalha no Samu paulistano desde 2009, diz que a sua carga horária é de 24 horas se-

manais: “um plantão de 24 horas, direto, corrido”, explica.

“Eu trabalho com gestão de saúde também, de uma seguradora, parte mais burocrática”, diz, falando de um segundo vínculo empregatício. “Mas é muito comum, tem muito médico que tem dois vínculos”, acrescenta.

Ademir diz que a sua carga horária varia a cada semana, mas que ela pode alcançar espantosas 60 horas. Em Limeira, a cerca de 120 quilômetros de Bragança Paulista (onde ele mora), o médico é servidor da prefeitura e possui uma carga de 24 horas por semana.

Em Bragança, ele presta serviço de 24 horas semanais para uma organização social contratada para gerir o Samu local (dividida em 12 horas de trabalho por 36 de



descanso). Ele ainda ressalta não ser incomum alguma hora extra.

Por fim, como profissional formado para capacitar outros médicos, ele também presta serviço, eventualmente, como instrutor de suporte avançado de vida para a Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.

### **Samu sob ameaça?**

Em maio, o atual ministro da saúde, Ricardo Barros, disse que iniciativas como a do Samu e do programa Farmácia Popular só teriam recursos até o mês de agosto. O que muitos interpretaram como uma possível sinalização para a futura extinção dos mesmos. A ideia, se é que isso em algum momento esteve nos planos do ministro, por ora, não prosperou.

“Desde 2011, o número de municípios atendidos pelo Samu passou de 2.221 para 3.049, abrangendo uma população de mais de 155 milhões. A meta da pasta é alcançar a

universalização do Serviço”, garante, em nota, o Ministério da Saúde.

“Os recursos repassados pelo Ministério da Saúde para custeio do Serviço também cresceram. Houve aumento de 190%. Em 2010, foram repassados R\$ 350 milhões e, no ano passado, R\$ 1,012 bilhão. No primeiro semestre deste ano já haviam sido transferidos R\$ 575,2 milhões”, explica. Os recursos, acrescenta a nota, são destinados à manutenção de unidades móveis, equipamentos, capacitação e educação permanentes, reformas e insumos.

### **Gravidade**

Ao discar 192, uma Central de Regulação das Urgências, responsável pelo território no qual a ligação tenha sido feita, é acionada. É ali que a gravidade da ocorrência será avaliada e qual tipo de resposta será necessário. Em todo país, ainda de acordo com o Ministério da Saúde, hoje existem

189 centrais do tipo. Dessas, 51 ficam no estado de São Paulo. Uma na capital paulista.

Devido às suas dimensões e tamanho populacional, São Paulo tem uma central exclusiva, que atende somente nos limites geográficos da cidade e aos seus hoje estimados 12 milhões de habitantes (de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

A central do Samu de São Paulo recebe de cinco a sete mil ligações por dia. Dessas, em torno de 1.200 são transformadas em ocorrências.

“Nós atendemos, em média, 60% dessas ocorrências. O que não significa que os outros 40% deixaram de ser atendidos. São supervisionados pela central, pelo processo de regulação médica, são assistidos até o fim”, diz Marcelo Itiro Takano, coordenador desse serviço na capital paulista.

Ele explica que parte das ligações, por exemplo, são trotes





1. *Syro Maiuri Teixeira da Silva é médico intervencionista.*
2. *Central do Samu da cidade de São Paulo recebe de cinco a sete mil ligações por dia.*
3. *Marcelo Itiro Takano, coordenador do Samu da capital*

ou apenas solicitações de informações, daí a grande discrepância entre chamadas recebidas e efetivamente transformadas em ocorrências. Quando a ligação vira uma ocorrência, continua o coordenador, é comum haver, por exemplo, mais de uma chamada para a mesma situação.

Além disso, ressalta, também não é incomum que o serviço seja acionado, mas que logo ele não seja mais necessário porque a vítima, após algum tipo de mal estar, já está recuperada.

Visitamos essa central, no final de setembro, para mostrar cada uma das etapas do atendimento (veja na pág. 24).

### **Ação Civil Pública**

No início de setembro, a promotora Dora Martin Strilicherk entrou com uma ação na justiça paulista pedindo que o Governo do Estado de São Paulo contribua com o financiamento do Samu da

capital. Já que ela constatou que o governo estadual não estaria contribuindo com esse serviço como previsto em lei.

A portaria Nº 1.010 do Ministério da Saúde, de 21 de maio de 2012, prevê que a despesa do Samu é de responsabilidade compartilhada da União, estados e municípios, na proporção de 50% para o primeiro e 25% para os demais.

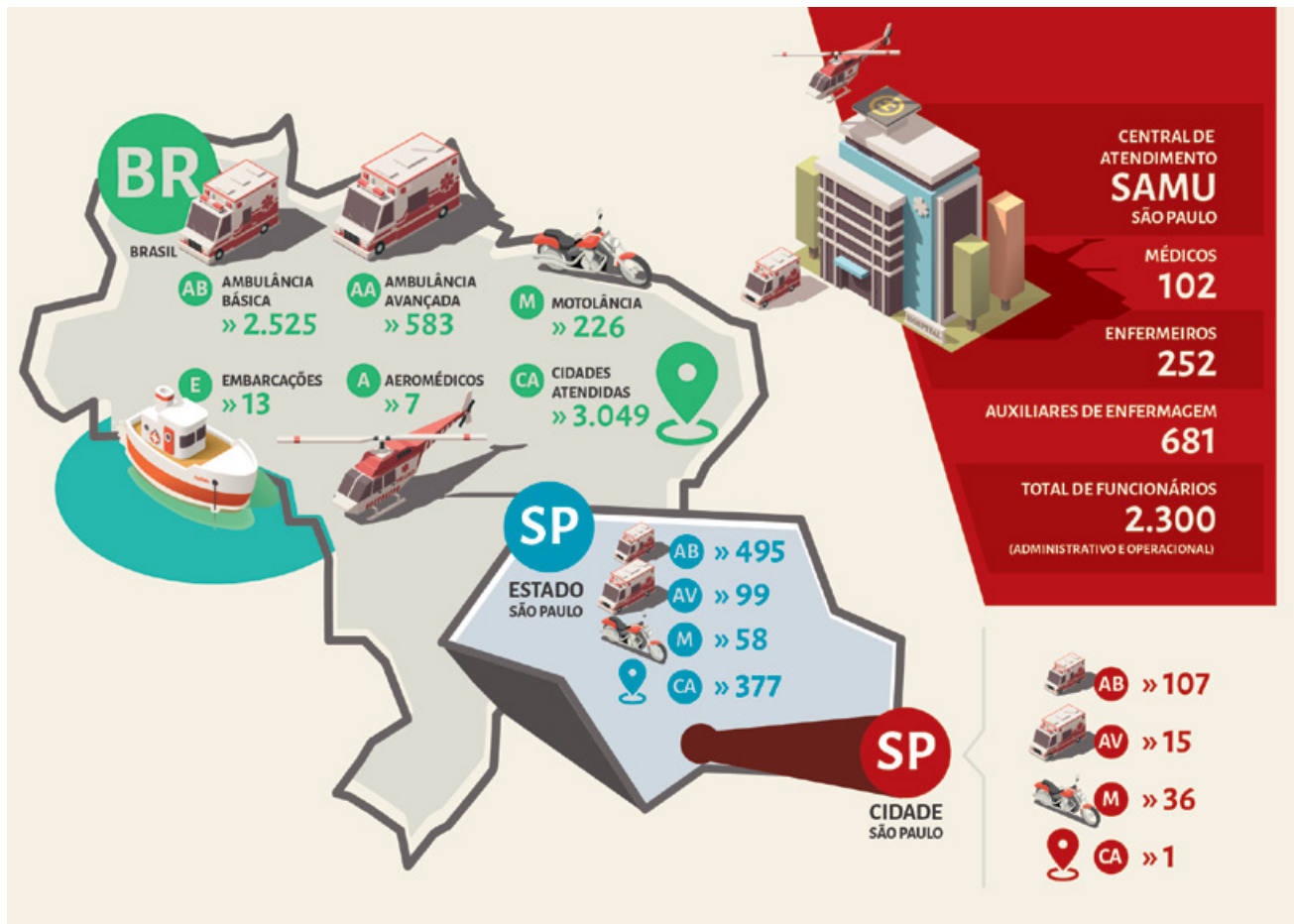
O governo estadual alega que mantém um serviço do tipo e, portanto, em seu entendimento, não precisaria contribuir com o Samu. O Grupo de Atendimento e Resgate às Urgências (Grau) é vinculado ao Corpo de Bombeiros e pode ser acionado pelo número 193.

“Cumprir consignar que, enquanto o Resgate é cofinanciado pelos três entes da Federação, o Samu somente está sendo custeado pela União e Município”, escreve a promotora na ação. Procurada, a coordenação do Grau não respondeu ao pedido de entrevista

até o fechamento da reportagem.

Provisoriamente, o juiz Valentino Aparecido de Andrade determinou que o governo estadual proceda “uma adequada interação entre os serviços do Resgate e do Samu” para evitar, por exemplo, casos em que viaturas de ambos os serviços atendam à mesma ocorrência. No mesmo documento, o juiz ressalta que ainda não analisou o mérito da questão. Ou seja: se o governador Geraldo Alckmin será obrigado (ou não) a contribuir com o Samu.

Além de cofinanciar o Grau, como a promotora lembra na ação civil pública, a Prefeitura ainda mantém integrantes do Corpo de Bombeiros na central de regulação da capital para que eles ajudem a evitar que viaturas dos dois serviços se desloquem para o mesmo local. Cumprir ressaltar: tudo custeado pelo tesouro municipal por meio de convênio da chamada Operação Delegada.



### Saiba o que acontece quando você disca 192...

1. A ligação vai para uma das 189 centrais do Samu. No caso da cidade de São Paulo há uma central de regulação exclusiva para todo o município.
2. O primeiro contato, nível um, é feito por teleoperadores que seguem o protocolo de triagem inicial da Academia Internacional de Despacho de Emergência Médica. Esse atendimento é supervisionado pela equipe médica reguladora (o segundo nível do atendimento).
3. Caso a chamada precise ter andamento, vai para o nível dois de atendimento, formado por médicos, enfermeiros e rádio-operadores (em São Paulo, os níveis um e dois têm uma equipe de 57 pessoas). Nesse nível, a chamada é distribuída de acordo com a área da ocorrência. A cidade de São Paulo é dividida em seis regiões (leste, sudeste, sul, norte, centro e oeste).
4. O médico regulador define o tipo de unidade móvel a ser enviada. A capital paulista dispõe de ambulância básica, avançada e motolância.
5. No local da ocorrência, o paciente é encaminhado para uma unidade de saúde cadastrada na rede.

### Urgência X Emergência? Qual a diferença?

De acordo com a resolução do Conselho Federal de Medicina 1451/95, define-se urgência como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida”. Já emergência, pela mesma resolução, é definida como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso”. Em suma: a segunda implica em um risco imediato de vida, mas ambas necessitam de atendimento médico rápido. !





SIMESP

SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO

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

> *Divulga gratuitamente currículos e oportunidades para profissionais médicos.*

> *Permite a prevenção ou denúncia de empresas que faltam com o pagamento das remunerações aos médicos.*

> *Permite aos usuários a divulgação de locações e vendas de imóveis na área da saúde.*

 Banco de Empregos Médicos

 Mural de Devedores



Banco de Imóveis da Saúde

  
SIMESP  
SINDICATO DOS MÉDICOS

[simesp.org.br/servicos.php](http://simesp.org.br/servicos.php)  
[suporte@simesp.org.br](mailto:suporte@simesp.org.br)



# Cirurgia de Risco

**Júlio Pereira é neurocirurgião, médico formado pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). É autor de quatro livros e participou da criação de 11 aplicativos médicos. Também é autor do blog [neurocirurgiabr.com](http://neurocirurgiabr.com)**



Sentei na cadeira em frente a atendente. Ela só queria meus documentos. Só isso. Nem cara de compaixão ela fez.

– Bom dia. O senhor vai internar para operar o tumor cerebral?

– Isso.

– Carteira do convênio.

– Aqui.

– Carteira de identidade.

– Aqui.

– Trouxe os exames?

– Sim.

– O senhor tem direito de ficar na enfermaria humanizada. Deseja pagar mais R\$ 300 por dia e ficar num apartamento humanizado?

– Não.

– Na enfermaria humanizada você divide banheiro, não tem cama para seu acompanhante e o quarto é com outra pessoa.

– Eu sei, mas prefiro.

– Ok! Assine aqui, coloque essa pulseira e pode subir.

Eu já estava pronto para internar. Estava usando uma camisa polo, calça jeans e minha mala de mão. Passei minha vida em hospital mas sempre usei outras portas, nunca a entrada de pacientes. Não conhecia esses setores.

– Pode me seguir. Vou te levar até o quarto do senhor.

– Obrigado.

Segui-la por um longo corredor, um desses corredores de hospital. Longos, largos e cheios de pessoas doentes andando. Em alguns momentos passam médicos ou enfermeiras apressados. Há menos de três dias, eu passava assim, correndo... Agora, não tenho pressa, tenho oito dias para esperar. Não farei nada, só farão uns procedimentos em mim. Só me resta esperar pacientemente.

– Esse é o quarto do senhor, apto 2.604.

– Obrigado!

Ao entrar no quarto percebi um senhor de 60 anos, deitado na cama ao lado com os óculos na ponta do nariz. Ao lado da cama dele, eu podia ver uma





Bíblia e outros dois livros que eu não conseguia ler os títulos. Com um sorriso mecânico me recebeu e falou:

– Bom dia. Eu me chamo Augusto. Fique a vontade! E o que precisar é só falar, mas devo estar indo embora hoje.

Ao lado tinha outra cama vazia. Sentei na ponta da cama para ficar distante do senhor Augusto. Não queria interagir com ninguém.

Todos os quartos de hospitais são iguais. Apenas nas prisões e nos hospitais as pessoas perdem seu direito de ir e vir. E alguém pode invadir meu quarto para perguntar se estou bem ou para me dar algum remédio.

As duas janelas grandes laterais dão vista para a uma árvore. Talvez o único verde que pode ser visto no hospital, no mais tudo é cinza/branco. As roupas dos profissionais são brancas e me deram uma camisa e calça cinzas. Essa seria minha nova roupa nos próximos oito dias. Tudo é cinza. Tudo é igual. Apenas o meu código de barras da pulseira é único.

A Selma (técnica de enfermagem) entrou e se apresentou, ficou oito minutos no quarto, mediu minha pressão, frequência cardíaca, temperatura... E disse que a cada quatro horas retornará para conferir se algo mudou. Tentei explicar para ela que isso era desnecessário, mas foi em vão.

Nesses oito dias minha rotina será:

– Selma entrará no quarto a cada quatro horas.

– Visita da família/amigo de uma hora, duas vezes por dia.

– Telefonemas dos parentes, acho que 30-60 minutos por dia.

– Visita dos médicos, total de três por dia. Acho que mais 30-60 minutos.

Terei muito tempo para escrever. Resolvi que não falarei mais sobre o meu passado, como é ser médico, neurocirurgião ou sobre meu primeiro livro “após um tumor cerebral”. Acredito que um ciclo se fechou com ele. Só quero falar dessa internação, a primeira da minha vida. Não importa quem fui ou serei. Agora sou o paciente do leito 2.604.





# Respeitável Público

**Médicos usam os fundamentos do circo para manter a forma, fazer amigos e até mesmo refletir sobre a prática profissional**

Leonardo Gomes Nogueira • Fotos: Marina Bustos



> Adriana Ribas e Leonardo Sampaio (pág. ao lado) tornaram-se amigos nas aulas de circo e enfatizam o caráter lúdico da prática

“Odeio circo. Aliás, odeio tudo que me encanta e depois vai embora”. Escreveu Caio Fernando Abreu. Nesta reportagem, respeitável leitor, você irá conhecer atividades circenses praticadas fora do espaço tradicionalmente pensado para isso: o picadeiro. Pois a tenda do circo, como nos lembra e lamenta o falecido escritor, é um lugar nômade, sempre em constante mudança.

Em uma academia na zona oeste da cidade de São Paulo, mé-

dicos usam os fundamentos do circo para manter a forma, fazer amigos e até mesmo refletir sobre a prática profissional. Entrevistamos dois deles. Normalmente, nos contaram, são até cinco profissionais a cada aula.

Adriana Ribas e Leonardo Sampaio se conheceram e ficaram amigos nessas aulas de circo (que acontecem duas vezes por semana em uma academia localizada na Rua Oscar Freire). Quando perguntados sobre o que essa

prática trouxe de melhor em suas vidas, eles responderam em uníssono: amigos.

Cada aula, de cerca de uma hora e meia, consiste em três etapas: aquecimento, alongamento e aparelhos. Nas duas primeiras, todos estão juntos. Na última, cada aluno escolhe o aparelho ou modalidade da sua preferência (aliás, pode ser mais de uma). A saber: trapézio, cama elástica, solo e/ou tecido. Tudo sob a supervisão de instrutores.

Adriana, formada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), tem como preferência o tecido. Ela conta que quando conheceu uma professora de tecido, há cerca de oito anos, logo se apaixonou pela prática (até porque sempre gostou de atividades lúdicas e ao ar livre). Trata-se, basicamente, de sustentar o corpo por meio de grossos tecidos pendurados nos mais variados lugares.

“Comprei um tecido e a gente pendurava nas árvores de Salvador”, recorda de quando ainda morava na capital baiana. “Você cria uma relação com a natureza muito forte”, diz. Ela conta que o tecido é, sem dúvida, a sua prática circense predileta. “É como se fosse uma extensão do meu corpo. Rola uma sinergia muito forte”, diz a médica.

Em março de 2014, quando soube que havia esse tipo de aula perto da sua casa, agora morando em São Paulo, começou a frequentá-la. Quando pode, no entanto, ainda pratica o tecido pendurando-o em árvores de parques e praças da capital paulista (não é incomum, infelizmente, que policiais e guardas civis metropolitanos se afobem para impedir a prática).

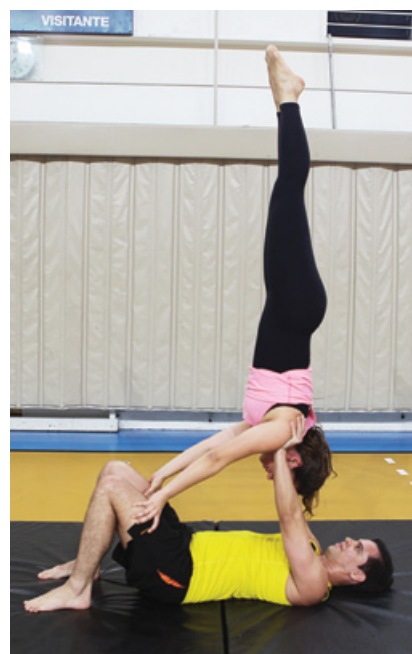
O psiquiatra Leonardo Sampaio, formado pela Universidade Federal do Ceará (UFC), nem imaginava que fundamentos do circo pudessem ser usados como uma maneira para pessoas comuns se exercitarem. “Nem sabia que era uma atividade física que se praticava”, conta.

O seu encontro com o circo foi por um feliz acaso. Ele diz que já frequentava a mesma academia pelas aulas de vôlei (que ele pratica desde pequeno). Antes do vôlei, acontecia uma, até então, desconhecida aula de circo. O médico decidiu experimentar e conta que a paixão foi imediata. Leonardo diz que, assim como Adriana, sempre gostou do tecido, mas que agora tem migrado, ainda que parcialmente, para o solo.

Ele pensa em usar o circo, no futuro, como uma ferramenta terapêutica. Já que, no seu entendimento, práticas circenses possibilitam trabalhar não apenas o físico, mas também o psíquico. “Dentro do circo você consegue trabalhar muita coisa”, diz. Seria uma forma de intervenção, sem o uso de medicamentos, para tratar transtornos mentais. “Isso é viável”, avalia.

Os dois médicos concordam que o caráter lúdico do circo contribui para a permanência dos praticantes na atividade. Já que muitos outros exercícios podem, ao menos em um primeiro momento, nos parecer bem menos divertidos. “Circo agrega tudo isso. Te deixa forte, com equilíbrio e com a cabeça boa também”, garante Adriana.

Contudo, ressalta a médica, é necessário muito empenho em cada aula. “Precisa levar a sério. Você não pode passar muito tempo sem vir”, avisa aos possíveis interessados. O bom é que, nesse caso, não há pressa para começar. O circo vai continuar onde está.





# O primeiro ano do resto de nossas vidas

**“Eu não quero fazer sucesso. Eu quero fazer sentido”, diz vestibulando que criou página com dicas para si e outros pretendentes ao curso de medicina**

Leonardo Gomes Nogueira

Hoje o vestibular, para muitos jovens, é quase como um rito de entrada na vida adulta. E, como muitos sabem, a depender do curso e faculdade pretendidos, pode ser um difícil e até mesmo prolongado rito de passagem. Afinal, não é incomum anos de estudo até o ingresso na instituição almejada.

Foi para se motivar (e “motivar a galera”) que o vestibulando Gabriel Bittencourt, hoje com 20 anos, criou a página do facebook “Futuro Médico”. Já que o objetivo de Gabriel, no futuro, é entrar em um dos cursos de medicina mais concorridos do país: o da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

“Eu sentia falta de um conteúdo para vestibulando”, conta. “Desde dicas até motivação”, acrescenta. A página, criada em 2013, hoje tem 227 mil curtidas. Para tratar do mesmo assunto, ele criaria, posteriormente, um blog de mesmo nome. “Ele tem objetivo, mas não tem propósito”, pondera a respeito do modelo, na maioria dos casos, ainda vigente de vestibular.



> “Sempre quis ser médico”, diz Gabriel Bittencourt

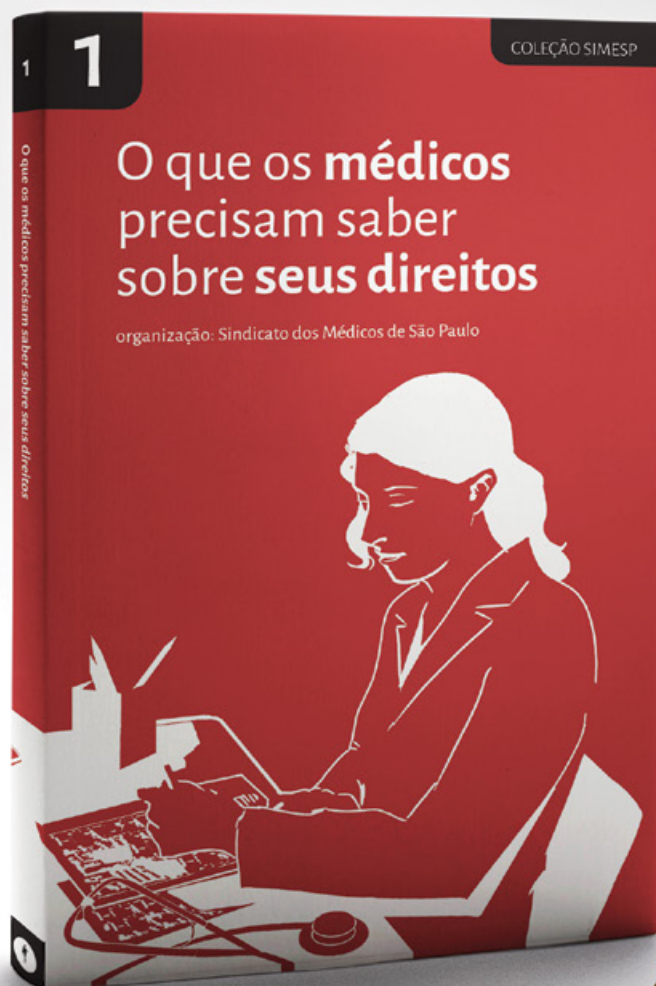
Embora admita que isso possa mudar no futuro, Gabriel já pensa em uma possível área de atuação: pediatria. “Eu me enxergo cuidando de crianças”, ressalta. Um pouco mais à frente, também pensa em virar militar e ingressar como médico na Marinha. Pois admira muito o trabalho feito pela força entre os ribeirinhos da região norte do país.

“As viagens que os Navios de Assistência Hospitalar (NAsH) da Marinha do Brasil realizam pela Amazônia atendendo à população carente daquela região são chamadas de Operações de Assistência Hospitalar à População Ribeirinha, ou simplesmente Assshop”, diz a página oficial da Marinha que, ao lado do Exército e da Força Aérea, constitui o conjunto das Forças Armadas do país.

“Eu nunca realmente quis ser outra coisa. Sempre quis ser médico”, diz o carioca. “Hoje cheguei à conclusão que quero ser médico para fazer. E eu sinto que como médico eu possa fazer alguma coisa, ter uma função”, avalia. “Eu não quero fazer sucesso. Eu quero fazer sentido”, antecipa o porvir pretendido.




CONHECIMENTO FUNDAMENTAL  
PARA ENFRENTAR OS DESAFIOS DO MERCADO  
DE TRABALHO E DA PRÁTICA DA MEDICINA



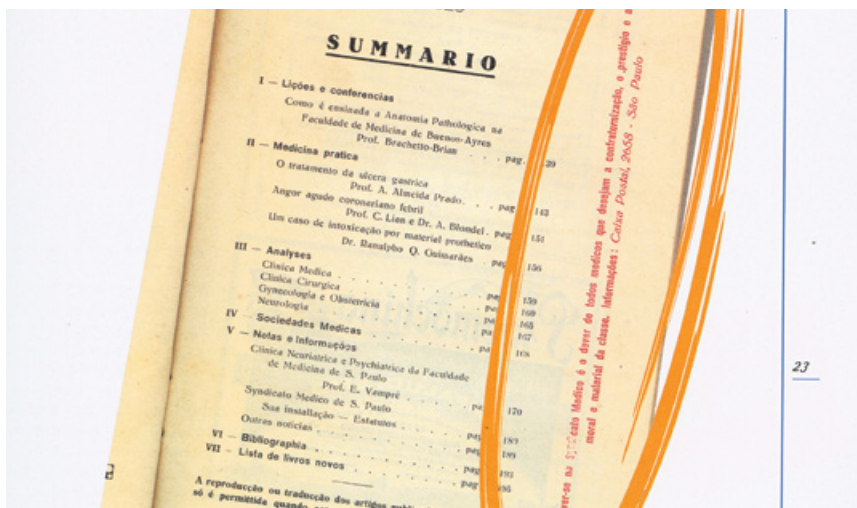
SIMESP

SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO

[simesp.org.br](http://simesp.org.br)    /simespmedicos



# Os Primeiros Anos



> Simesp faz campanha de sindicalização em 1929, ano da sua fundação

“Inscrever-se no Sindicato Médico é o dever de todos médicos que desejam a confraternização, o prestígio e a elevação moral e material da classe.” Isso é o que dizia campanha de sindicalização de março de 1929, ano de fundação do Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp). Sindicato, com “y” no lugar do primeiro “i”, e ausência de acentos não estão incorretos. É apenas como se escrevia na época.

Dois anos mais tarde, em 1931, aconteceria no Rio de Janeiro, então capital do país, o primeiro Congresso Médico Sindicalista. “O congresso promoveu inúmeros debates e exposição de teses, muitas delas apresentadas por membros do Sindicato paulista”, narra o livro *Simesp 75 anos de história*.

O congresso, lembra a mesma

publicação, promoveu a exposição de teses como: “Código de deontologia médica e ética profissional” (apresentada por Afrânio Peixoto, Flaminio Fávero e J. F. Porto Carrero). Fávero foi o primeiro presidente do Simesp e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Ainda em 1931, é lançado na revista *São Paulo Médico* (que publicava regularmente decisões e encaminhamentos sindicais) o Programa-Manifesto do Sindicato.

O texto tratava, entre outras coisas, do estímulo a novas associações, da elaboração de um código de ética e da necessidade da aquisição de uma sede própria (o que seria alcançado apenas em 1968; assunto do qual iremos tratar na próxima edição).

## Associada



**Luciana Vitorino de Araujo**  
Especialista em Medicina de Família e Comunidade

“Eu me associei recentemente ao Simesp”, recorda a médica que trabalha na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim São Jorge, na região do Butantã, zona oeste da capital paulista.

Ela e outros dois colegas, diz, sindicalizaram-se por causa da crise que impacta o trabalho de profissionais e a vida de pessoas que buscam atendimento.

A troca da organização social responsável pela gestão das UBSs da área, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, provocou demissões e a troca de profissionais sem quaisquer justificativas.

Luciana, formada em 2008 pela Faculdade de Medicina de Marília, afirma que, por causa desse turbulento processo de transição, o vínculo entre pacientes e trabalhadores da saúde “foi quebrado”. “São pessoas novas que não conhecem a população nem o território”, explica.

Hoje, ela é delegada sindical na região e participa de negociações que tentam superar os problemas relatados.



## É tempo para um novo rumo nas portas de urgência no Brasil

**Gerson Alves Pereira Júnior**

*Professor de cirurgia de urgência e trauma da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, coordenador do projeto de ensino de urgência da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e membro da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE)*

A situação caótica do atendimento às urgências nos setores público e privado do Brasil nos ambientes pré e intra-hospitalares é conhecida por todos e amplamente divulgada diuturnamente pelas diversas mídias. A questão é multifatorial, envolvendo diversos problemas: na formação dos profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiros; na infraestrutura dos serviços de saúde; na disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos; na educação permanente dos recursos humanos; e na organização hierarquizada da rede de urgência.

Há um paradoxo conhecido e mantido mostrando que, mesmo com a inadequada formação em urgência na graduação e na residência médica, o médico e o enfermeiro recém-formados têm como principais oportunidades de emprego os plantões de urgência no atendimento pré-hospitalar móvel (Samu) e fixo (UPAs), nos pronto-socorros hospitalares e na atenção primária. Em todos esses

cenários de atuação estão expostos ao atendimento de urgências.

Assim, os profissionais de saúde ainda inexperientes ficam bastante expostos a todo risco de problemas de ordem pessoal, ético-profissional e jurídico. De outro lado, a população fica exposta ao atendimento de urgência por profissionais mal preparados para atuação individual e em equipe multiprofissional, o que pode comprometer a segurança dos pacientes.

Um projeto da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e da Organização Panamericana de Saúde em 2014 realizou o diagnóstico situacional do ensino de urgência nos cursos de graduação de medicina no Brasil e definiu as recomendações para a matriz curricular. Com a publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de Medicina em 2014, os cursos estão revendo suas matrizes curriculares e poderão incorporar essas recomendações para melhorar a formação médica em urgência. Os demais cursos da área

da saúde também estão revendo suas DCNs, precisam definir as competências de seus alunos em urgência e fazer as incorporações necessárias nas matrizes curriculares para que os profissionais de saúde possam trabalhar de forma competente dentro de uma equipe multiprofissional.

Com o reconhecimento da Medicina de Emergência como a 54ª especialidade médica no Brasil no segundo semestre de 2015, a Abem e a Associação Brasileira de Medicina de Emergência (Abramede) têm trabalhado conjuntamente para estabelecer os marcos educacionais de competências que permitirão a avaliação e o acompanhamento do progressivo desenvolvimento profissional, desde a graduação passando pela residência médica até o processo de recertificação garantindo a necessidade de educação permanente dos médicos emergencistas. Aguarda-se uma política de Estado que, entre outras coisas, crie uma carreira pública com medidas de valorização para fixação desses profissionais.





# Letra de Médico

---

**Conheça médicos escritores, como Guimarães Rosa, que usaram a medicina como ferramenta ou fonte de inspiração para criar personagens e novos mundos ou ainda narrar o cotidiano da profissão**

*Leonardo Gomes Nogueira*

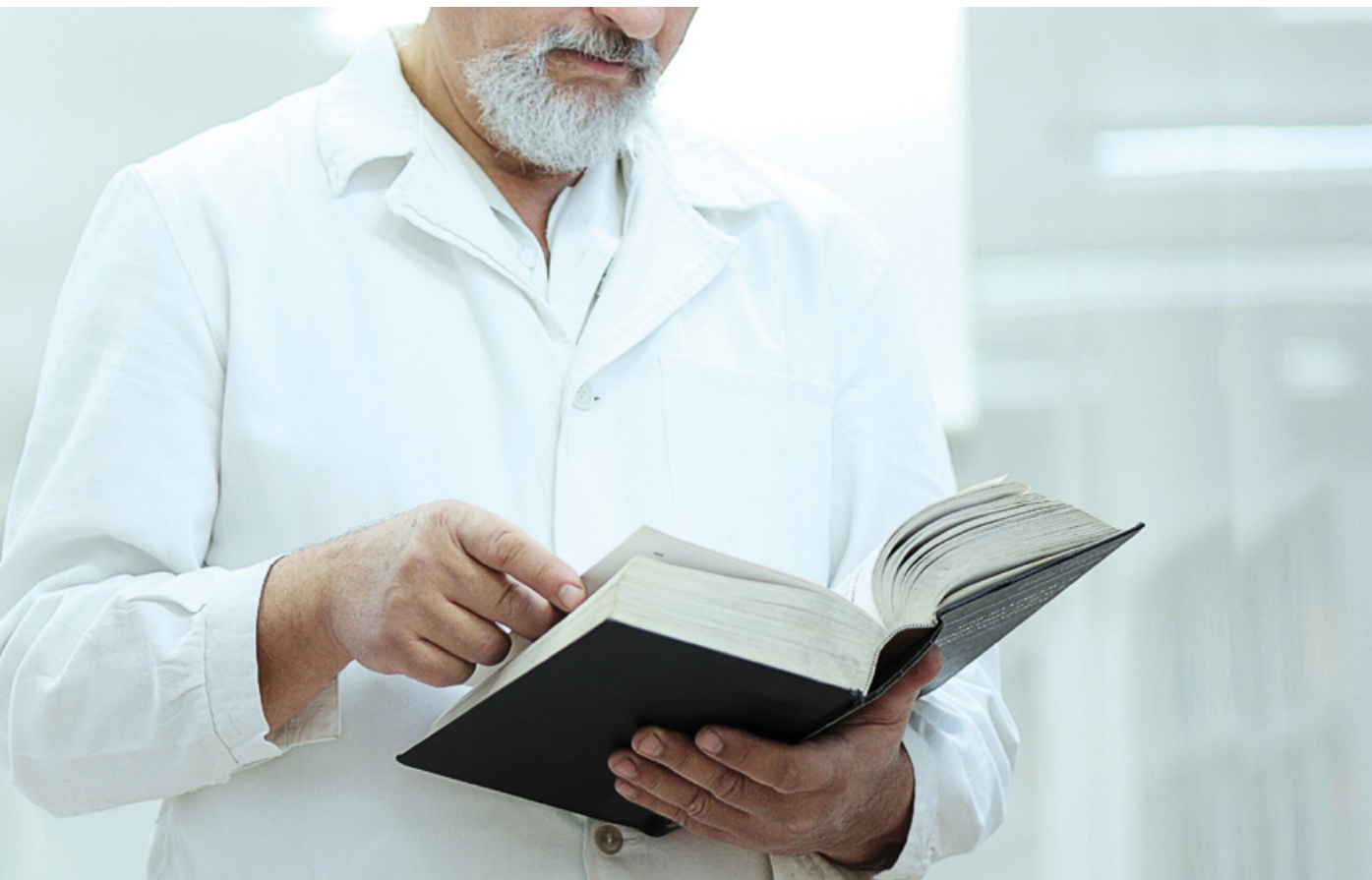
---

“Quando o homem começou a xingar ao invés de agir, ele inventou a civilização.” A frase, proferida pela médica e escritora Josyanne Rita de Arruda, pode parecer contraditória em um momento no qual ofender o outro, sobretudo nas redes sociais, é um recurso comum e sinal, para muitos, de que essa coisa chamada civilização não vai lá muito bem.

A pediatra, citando o inventor da psicanálise Sigmund Freud, refere-se ao momento no qual, há muito tempo, o ser humano cria um novo tipo de linguagem: a oral. O que ela considera um avanço no processo civilizatório. Afinal, o ser humano começa a usar palavras para “manifestar questões internas ao invés de sair batendo em todo mundo.”

Mais tarde, muito depois do advento da oralidade, uma parcela da humanidade começaria a desenvolver a linguagem que hoje ocupa parte do tempo de muitos médicos como Josyanne: a escrita.

Nada a ver com os garranchos dos quais esses, com frequência, são acusados de preencher os prontuários



médicos. Seja a acusação justa ou não. A letra do médico, nesse caso, seja qual for o suporte, pode até, eventualmente, ser tortuosa, mas ela está no âmbito da ficção ou da escrita não científica.

Em um lugar que transcende a medicina ou qualquer outra carreira, em um lugar no qual a carreira ou profissão exercida talvez pouco importe. Ou isso importa?

#### ***“As pessoas não morrem, ficam encantadas”***

Talvez o maior dos médicos brasileiros que enveredaram pelo campo da ficção tenha sido Guimarães Rosa. Desde a sua morte, em 1967, três dias após tomar posse na Academia Brasileira de Letras, de-

bate-se a influência da medicina nas suas publicações.

“Analisando-se em ordem cronológica a sua obra, pode ser identificada constantemente a influência da sua formação médica sobre aquilo que escrevia”, garante Eugênio Marcos Andrade, professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em livro de 2011.

Rosa se formou, em 1930, na mesma instituição e foi capitão médico da antiga Força Pública do Estado de Minas Gerais (hoje Polícia Militar) antes de se tornar diplomata.

O professor cita o primeiro livro de Rosa (“Magma”) e diz que,

com frequência, são encontrados termos do vocabulário médico, ao menos daquele tempo, como “fêmures de homens primitivos”.

No livro “O viés médico na literatura de Guimarães Rosa”, Andrade dá muitos outros exemplos dessa influência. Em um dos contos do clássico “Sagarana”, é descrita em detalhes (dignos de um profundo conhecedor) a anatomia humana. Ele ainda mostra como o escritor abordou temas como hanseníase, tuberculose e varíola.

Talvez seja no menino Miguelim, um dos personagens mais famosos de Rosa, em que medicina e literatura se fundem de forma mais sublime. O menino, que possui problemas de visão, irá fazer a



> A pediatra Josyanne destaca que ouvir histórias é importante para a criação de narrativas

### A Sociedade

A Sociedade Brasileira de Médicos Escritores (Sobrames) veio ao mundo, em 23 de abril de 1965, às 20h, na sede da Associação Paulista de Medicina. Prédio que hoje abriga a regional paulista da sociedade. A sede nacional da Sobrames fica no Recife (PE).

Com o tempo a sociedade foi agregando não médicos interessados em literatura. “Alguém sempre trazia gente de fora, até que decidimos oficializar a participação dessas pessoas”, explica Helio Begliomini. Houve uma mudança no estatuto permitindo que a sociedade seja composta por no máximo 30% de integrantes não médicos. E para não perder a característica original, os cargos de presidente e vice-presidente só podem ser ocupados por médicos.

travessia da infância para a vida adulta no momento em que passa a usar óculos e perde, com isso, o olhar infantil. Verá tudo mais nítido e de forma clara, mas, talvez, sem a mesma poesia de outrora.

No artigo “Guimarães Rosa e a Medicina”, o professor emérito da UFMG, Luiz Otávio Savassi Rocha, lembra de frase, hoje muito famosa, que Guimarães Rosa teria pronunciado diante do caixão de um colega de faculdade vitimado pela febre amarela: “As pessoas não morrem, ficam encantadas.”

Luiz Otávio Savassi Rocha também lista, em seu artigo, temas médicos abordados na obra de Rosa como a malária (Sarapalha) e a doença mental (Soroco, sua mãe, sua filha).

“Em abril de 1933, após ter participado, como médico voluntário da Força Pública, da Revolução Constitucionalista, Guimarães Rosa

transferiu-se para Barbacena, na condição de Oficial Médico do 9º Batalhão de Infantaria. Naquela cidade da Mantiqueira, concluiu que deveria abandonar a Medicina e abraçar a carreira diplomática”, escreve Rocha.

Para Josyanne Rita de Arruda, o médico é alguém habituado a escrever (ela cita até mesmos os prontuários). Mas, além disso, é alguém acostumado a ouvir histórias. O que é muito importante, em sua opinião, para quem pretende criar narrativas ficcionais ou mesmo contar experiências por meio da escrita.

### Passos literários

Parte dos médicos que hoje segue os passos literários de Guimarães Rosa, como a pediatra Josyanne, se reúne na Sociedade Brasileira de Médicos Escritores (Sobrames). Moradora de Jundiá, no interior





> Márcia Etelli descobriu o talento durante a faculdade, quando os amigos passaram a elogiar seus textos

de São Paulo, ela se dedica a prosa e poesia e já publicou quatro livros.

### O encontro

O médico urologista Helio Begliomini, que colabora, eventualmente, com textos para a revista DR!, foi presidente da Sobrames entre os anos 1998 e 2000. Escritor prolífico, ele já teve cerca de 20 livros publicados reunindo ensaios, crônicas e ainda volumes de biografias e historiográficos.

Até o final do ano, Begliomini pretende publicar mais um livro. Ele conta que será uma biografia sintética desse “estupendo escritor brasileiro” que foi Monteiro Lobato. “Ele foi, na minha modestíssima opinião, um dos mais importantes e populares escritores que o Brasil já teve”, avalia o médico. “Ele teve uma influência enorme na cultura do país todo”, acrescenta.

“Eu sempre tive muita facilidade de escrever parte científica”, diz outra integrante da Sobrames. A médica ocupacional Márcia Etelli Coelho explica que, na época da faculdade, era, quase sempre, escolhida como a redatora dos trabalhos em grupo. “Nunca pensei em escrever algo não científico”, ressalta.

Mas também foi durante a faculdade, conta, lá pelos seus 20 e poucos anos, que ela começou a escrever outros textos. A médica fazia parte de um grupo de ioga e sempre que tinha aniversário de algum dos integrantes desse grupo, ela escrevia um cartão com alguma mensagem parabenizando-o.

E ela começou a ser muito elogiada não apenas pela sua bonita letra (contrariando os prognósticos de que garranchos e médicos caminham, invariavelmente, jun-

tos), mas também pelo conteúdo das mensagens. “Até que eu percebi que as pessoas gostavam e que eu tinha certo talento pra isso”, lembra. A partir daí, recorda, começou a frequentar saraus de poesia (que, aliás, é a sua especialidade) e outros eventos literários.

Até o momento ela publicou cinco livros. “Todos independentes”, ressalta. Parte dos quais através da “Coleção Letra de Médico”, uma espécie de consórcio literário que, a cada mês, possibilita a publicação de um autor diferente.

Em São Paulo, na terceira quinta-feira de cada mês, a regional paulista da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores, promove um encontro chamado “A Pizza Literária”, quando integrantes da sociedade leem os seus trabalhos e jantam na pizzaria Bonde Paulista. Uma boa chance para conhecer Helio, Josyanne, Márcia...



> Com cerca de 20 livros publicados, Helio Begliomini deve lançar até o final do ano obra sobre Monteiro Lobato

### **Obra de médico**

Moacyr Scliar e Pedro Nava, cada um a seu modo, são bons exemplos de médicos escritores com uma obra eminentemente ficcional. Mas não é incomum, pelo contrário, que o médico aborde em seus textos experiências do seu cotidiano ou vivências bastante pessoais. Scliar, aliás, foi vencedor, em diversas oportunidades, do Jabuti (tido como o prêmio literário mais importante do Brasil).

Na Festa Literária Internacional de Paraty (Flip) deste ano, um dos destaques foi o médico e, é claro, escritor Henry Marsh. Em “Sem causar mal – Histórias de vida, morte e neurocirurgia”, ele admite erros e narra a difícil e imprevisível rotina de um neurocirurgião.

Em “Diário de Um Plantonista”, Luiz Gustavo Omena narra, como o título indica, o cotidiano de um médico plantonista. Em julho de 2012, ele criou uma página no Facebook com o mesmo nome. O sucesso foi tanto, hoje ela alcança mais de 61 mil curtidas, que depois virou livro com o subtítulo “Causos & Acasos de Dr. Greg” (o seu pseudônimo).

Já o médico Gastão Wagner de Sousa Campos, professor titular da Universidade Estadual de Campinas, e militante da luta pela formação do Sistema Único de Saúde na década de 80, transita, em dezenas de livros, entre o campo da ficção e da sua pesquisa em saúde coletiva. No romance “Tomar a Terra de Assalto”, conhecidas figuras da história (já falecidas) formam um exército e planejam uma incursão ao nosso mundo, o dos vivos.

### **Errata**

#### **Revista DR! 89**

Diferentemente do que foi publicado na reportagem intitulada “Bibliotecas Modernizadas”, na seção Cultura da edição anterior (nº 89) da Revista DR!, a Biblioteca de São Paulo (BSP) fica no bairro de Santana, na zona norte da capital paulista, e não no Carandiru, região central, como foi publicado. Além disso, a organização social SP Leituras – Associação Paulista de Bibliotecas e Leitura – não é responsável pela gestão da Pinacoteca do Estado de São Paulo e da Sala São Paulo. Pedimos desculpas pelos transtornos.





# Mãos Ocupadas

Leonardo Gomes Nogueira

“Mãos Livres” é o título do primeiro livro da médica Francine Stela Camillo Camargo. Mãos muito ocupadas, no entanto, tem sido a rotina da pediatra desde que começou a escrever “publicamente” há cerca de dois anos. “Eu escrevo desde pequena, desde menina”, recorda.

Embora escreva ficção desde muito cedo, a médica começou a expor e publicar o seu trabalho apenas mais recentemente. “Há um ano fiz um blog, onde coloco os meus textos. Depois de uns meses decidi compilar alguns contos e crônicas, mandei para editoras e acabei tendo sucesso”, explica.

Na página “Papo de Fran”, ela se apresenta como “mãe de dois meninos incríveis, esposa (exemplar?), médica apaixonada, cantora de chuveiro, escritora vaga nas horas dispersas, pronta para o que couber em palavras”.

A edição do livro “Mãos Livres”, conta a médica formada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), começa no fim de 2015 e a publicação aconteceu em fevereiro deste ano.

A editora que publicou o livro, em sua página, diz que a autora possui “escrita poética e fabulizada”. “As palavras surgem de forma a realçar e tecer a realidade em uma sequência de emoções, narrando eventos inusitados como o encontro com um cão desordeiro, o diálogo de livros à estante e um lugar chamado Aboborolândia, ou passando por temas universais como o amor, a amizade, a maternidade, a morte, a rotina e a timidez, sempre fugindo das explicações comuns”, diz a sinopse.

Ludimila Freitas



> Francine criou o blog “Papo de Fran” para expor seus textos

O livro está à venda no site da editora ([www.chiadoeditora.com](http://www.chiadoeditora.com)), mas também pode ser adquirido diretamente com a sua autora. Basta entrar em contato por e-mail ([francinesc-camargo25@gmail.com](mailto:francinesc-camargo25@gmail.com)) que a médica promete enviar um exemplar autografado do livro.

Francine S. C. Camargo (pois é assim como ela assina) já tem um novo livro em desenvolvimento. Um romance. “Um romance psicológico”, ressalta. É por esse nome que você também pode encontrá-la no Facebook e acompanhar um pouco mais do seu trabalho.



# Simesp+: benefícios 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

**BMJ e EVIMED**

10 a 25% de desconto em cursos regulares.

[+ benefícios no site do Simesp]

## **CEL-LEP Idiomas**

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

## **Cruzeiro do Sul**

30% de desconto em graduação EAD (a distância) ou semipresencial.

[+ benefícios no site do Simesp]

## **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

### **Amanita Estalagem - Monte Verde/MG**

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

### **Aquário de São Paulo**

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

### **Associação de Hotéis Roteiros de Charme**

10% de desconto sobre o valor da diária com café da manhã, exceto em feriados, fins de semana prolongados e pacotes especiais.

### **Colônia de férias Aojesp - Caraguatatuba/SP**

A parceria com a Aojesp possibilita que os associados desfrutem da colônia de férias.

### **Costão do Santinho**

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

### **CW Tour**

10% de desconto no seguro viagem.  
[+ benefícios no site do Simesp]

### **Grinberg's Village Hotel - Socorro/SP**

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

### **Hot Park - Rio Quente/GO**

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

### **Hotel Panorama - Águas de Lindóia/SP**

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

### **HPlus Hotelaria - Brasília**

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

### **Marulhos Resort - Porto de Galinhas/PE**

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

### **Pousada Villa Harmonia - Paraty/RJ**

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



#### **Rio Quente Resorts - Rio Quente/GO**

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

#### **TAM Viagens**

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

#### **Villa Di Mantova Resort - Águas de Lindóia/SP**

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

#### **Wet'n Wild São Paulo**

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

---

#### **+ Ofertas especiais**

##### **Cestas Michelli**

20% de desconto + brinde.

##### **Compra Certa**

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

#### **Fast Shop**

Até 30% de desconto nas compras online.

#### **Giuliana Flores**

20% de desconto + brinde.

#### **Havana**

20% de desconto nas compras online.

#### **NetShoes**

10% de desconto nas compras online.

#### **Saraiva**

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

#### **Subaru Ribeirão Preto**

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

#### **Vento Haragano Morumbi**

10% de desconto sobre o valor do rodizio, de segunda a sexta, exceto em feriados.

#### **+ Serviços**

##### **Avallon Blindagens**

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

##### **Conube Contabilidade**

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

##### **GHT Contabilidade**

10% de desconto sobre o valor da mensalidade.  
[+ benefícios no site do Simesp]

##### **Quality Lavanderias**

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

##### **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]

**Termos e condições + outros benefícios:** [www.simesp.org.br/simesp+](http://www.simesp.org.br/simesp+)  
Importante: as regras para utilização dos benefícios estão descritas no site oficial do Simesp.



## Preservação

*“Na imensidão da floresta amazônica, fica uma região fantástica, chamada parque nacional de Anavilhanas que abrange cerca de 400 ilhas, no rio Negro. No local houve um belo trabalho de conscientização da população sobre o benefício da conservação ambiental. Antigos desmatadores passaram a guias turísticos e diversas comunidades foram organizadas focadas na produção de artesanato com sementes e produtos amazônicos. O artesanato permite agregar valor aos produtos, reduzindo a necessidade de extrativismo e ajuda a divulgar e preservar a região. Esta imagem retrata uma peça de artesanato local, que pode ser vista apenas como uma bela foto ou como um bom exemplo de como a preservação pode ser usada para melhorar a vida da população nativa, sem desfigurá-la ou removê-la do seu local de origem.”*

**André Zonetti**  
Médico Gastroenterologista



Seu olhar pode ser publicado nas próximas edições da DR!,  
envie sua foto para [imprensa@simesp.org.br](mailto:imprensa@simesp.org.br)



## Podemos ir muito mais longe com o seu apoio

O Grupo de Assistência Social Bom Caminho desenvolve e implementa programas educacionais voltados para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

Trabalhamos com programas de promoção de saúde e educação voltadas à população.

Além de doações em dinheiro, alimentos não perecíveis, roupas e calçados, contamos com sua participação na condução de palestras educativas.



11 3788.2529

Rua Severiano Leite da Silva, 433  
Jd. São Jorge – Butantã (Raposos Tavares)  
[www.facebook.com/casabomcaminho](http://www.facebook.com/casabomcaminho)  
[www.bomcaminho.com.br](http://www.bomcaminho.com.br)

**BOM  
CAMINHO**  
grupo de assistência social





# BENEFÍCIOS POR TODA PARTE

Condições especiais e descontos  
para os associados ao Simesp



## OFERTAS

DESCONTOS EXCLUSIVOS  
EM LIVROS, SMARTPHONES  
E MUITO MAIS



## LAZER

PLANEJE VIAGENS  
COM DESCONTOS  
EM HOTÉIS E RESORTS



## SERVIÇOS

DESCONTOS EXCLUSIVOS EM  
LAVANDERIAS, CONTABILIDADE  
E MUITO MAIS



## CAPACITAÇÃO

APRIMORE SUA FORMAÇÃO  
COM CURSOS ESPECIAIS  
E UM NOVO IDIOMA

## SIMESP+ SEGUROS

CONDIÇÕES ESPECIAIS OFERECIDAS PELAS PRINCIPAIS SEGURADORAS DO PAÍS

BAIXE NOSSO APLICATIVO



SIMESP 

BENEFÍCIOS PARA ASSOCIADOS

[www.simespmais.org.br](http://www.simespmais.org.br)