

SELEÇÃO PÚBLICA POR CONCURSO Nº 005/2018 -FIOTEC

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com o apoio da Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação e por meio do seu selo de distribuição de audiovisuais em saúde FIOCRUZ VÍDEO, instituído pela Portaria nº 443, de 25 de julho de 2006 da Presidência da Fiocruz, do Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica (Icict) e apoio administrativo e operacional da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), torna público o Concurso de Apoio à Produção de Obras Audiovisuais Inéditas, nos gêneros animação e documentário, voltadas para temáticas de interesse da saúde pública, indicadas ou não pela instituição, destinado a fomentar as criações de empresas produtoras nas condições e exigências estabelecidas neste instrumento convocatório e seus anexos.

O Presente concurso é regido pelo Decreto nº 8.241/14 e Lei nº 9.610/98 e demais legislações pertinentes.

1. OBJETIVOS:

1.1 OBJETIVO GERAL

1.1.1 Fomentar e estimular a produção nacional de vídeos no gênero animação entre 17 (dezessete) e 22 (vinte e dois) minutos – vídeo único ou em partes; e no gênero documentários entre 10 (dez) e 15 (quinze) minutos; entre 20 (vinte) 26 (vinte e seis) minutos; e entre 50 (cinquenta) e 52 (cinquenta e dois) minutos, por meio da seleção de projetos por concurso público com apoio logístico, financeiro e administrativo da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) e técnico da Fundação Oswaldo Cruz.

O serviço considera-se prestado no local do estabelecimento do prestador, ou na falta do mesmo, no local do domicílio do prestador.

As obras deverão ser finalizadas em formato digital com alta definição. Desta forma, com o suporte dos recursos, das técnicas e da eficácia comunicativa dos meios audiovisuais,

a Fiocruz persegue uma mais efetiva democratização e uma disseminação mais ampla das informações sobre saúde.

1.1.2 Preferencialmente, serão selecionadas obras audiovisuais que versem sobre os seguintes temas:

- 1) Doenças Negligenciadas;
- 2) História da Saúde Pública e da Ciência (com ênfase em biografias);
- 3) Doenças Transmissíveis; (com ênfase em Dengue/ Chikungunya/Zika-microcefalia)
- 4) Doenças não Transmissíveis (com ênfase em crônicas-degenerativas);
- 5) Violência e Saúde;
- 6) Gravidez na adolescência; Direito à Amamentação;
- 7) Saúde nas prisões;
- 8) Saúde do Trabalhador;
- 9) Saúde Mental;
- 10) Saúde e Ambiente;
- 11) Determinação Social da Saúde;
- 12)-Vigilância em Saúde;
- 13) Estratégia Saúde da Família/Atenção Primária em Saúde;

Os textos de referência constam do anexo VIII deste edital.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.2.1 Promover a produção de vídeos por realizadores, representados por empresas produtoras, sobre temas ligados à saúde, que passarão a integrar o acervo videográfico da Fundação Oswaldo Cruz para distribuição e difusão gratuitas através da VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz e, a preço de custo, pelo selo de distribuição Fiocruz Vídeo através da Editora da Fiocruz, a partir de Contrato de Produção e Realização de Obra Certa e Cessão de Direitos Integrais de Obra Audiovisual Videográfica, conforme Anexo IV;

1.2.2 Incentivar a produção de vídeos sobre questões relevantes para a saúde pública no Brasil;

1.2.3 Contribuir, através do uso dos recursos audiovisuais e da adequada distribuição dos títulos disponibilizados, para uma melhor formação e capacitação dos profissionais de saúde, dos gestores, conselheiros e agentes de saúde e contribuir com a informação e comunicação do público em geral;

1.2.4 Apoiar as atividades acadêmicas e de ensino de níveis técnico, graduação e pós-graduação da área da saúde e áreas afins, através da distribuição e disponibilização dos títulos adquiridos pelo acervo audiovisual da Fiocruz.

2. JUSTIFICATIVA

A Fundação Oswaldo Cruz, vinculada ao Ministério da Saúde, com o reconhecimento e a tradição de mais de um século trabalhando no desenvolvimento da ciência, de serviços e produtos, de informação e educação para a saúde, busca, com a produção e distribuição de audiovisuais, ampliar o acesso da população ao conhecimento das nossas principais questões e reflexões de saúde pública. O registro e a difusão das informações científicas e das ações de saúde foram desde o início uma preocupação constante dos cientistas da Fiocruz, registrando sempre, com fotos e filmes, expedições científicas, as doenças, os vetores, os agentes patogênicos, o ambiente, as condições sanitárias e de vida dos brasileiros. Mantendo essa tradição, foram estruturados em Manguinhos, ao longo do tempo, arquivos e laboratórios fotográficos, estúdios de tratamento da imagem e de programação visual, a VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz, o Canal Saúde e outras iniciativas. Em 2006, instituiu o selo Fiocruz Vídeo com o objetivo de levar à população olhares e imagens sobre a saúde, através da edição de DVDs, com títulos especialmente selecionados e disponibilizados em congressos e feiras, universidades, escolas e outros pontos de aquisição, a baixo custo, por meio da Editora Fiocruz, ou gratuitamente através de doação para fins de ensino ou educação e constituição de acervos públicos.

A Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), fundação privada sem fins lucrativos, de apoio exclusivo da Fiocruz, com base no Convênio 185/2016 celebrado entre as mesmas, regida pela Lei 8958/94 e regulamentada pelo Decreto 7423/10, foi incumbida estatutariamente de prestar apoio administrativo e

operacional aos projetos da Fiocruz, tendo como missão agilizar as demandas provenientes destes atuando como agente facilitador para atingir ao objetivo final proposto.

3. CRONOGRAMA:

EVENTOS	DATAS
1-Publicação do instrumento convocatório (site) e Diário Oficial	06/03 /2018
2- Prazo de difusão da Seleção Pública por concurso (A partir da publicação)	90 dias
3 - Prazo para submissão da habilitação documental e dos projetos técnicos (Inscrição a partir da data de publicação do instrumento convocatório)	
4. Prazo final para Inscrições e entrega dos Projetos e Documentação	04/06/2018
5 - Divulgação das inscrições deferidas (Até 5 dias após o término das inscrições)	5 dias
6 Prazo para recurso - indeferimento das inscrições (3 dias a partir da divulgação das inscrições deferidas)	3 dias
8- Análise e julgamento dos projetos (20 dias a partir do prazo final para recurso) <u>Etapas:</u> a-Reunião com Conselho Curador para identificação da Comissão Julgadora ; b- Convite para Comissão Julgadora; c- Processo para recebimento da documentação e pagamento de Pró-labore da Comissão Julgadora; d- (3) Reuniões com a Comissão Julgadora; Distribuição dos projetos; Pontuação e julgamento dos projetos; Elaboração das atas; Definição do	20 dias

resultado; e- Reunião com o Conselho Curador para homologação do resultado; f- Preparativos do material para a divulgação do resultado na imprensa oficial (DOU) e site;	
9 – Divulgação dos resultados - projetos selecionados em publicação oficial - DOU (Até 10 dias após a análise e julgamento dos projetos)	Até 10 dias após item anterior
10- Prazo para recurso do resultado dos projetos selecionados (3 dias a partir da divulgação do resultado oficial)	Até 3 dias após data item anterior
11- Reunião Preparatória para a execução das produções (Fiocruz e Realizadores) (13 dias a contar do término do prazo de recurso)	Até 13 dias a contar do término do prazo de recurso
12 - Prazo para a execução dos projetos	A partir da data da liberação da primeira parcela do financiamento – Período de 240 dias para execução dos projetos

4. RECURSOS FINANCEIROS e LIBERAÇÃO DE RECURSOS:

4.1 O recurso total disponibilizado pela Fiocruz aos vencedores do concurso será no valor de 915.0000,00 (novecentos e quinze mil reais), sendo os mesmos repassados através da Fiotec, estando sujeitos a impostos, taxas e às retenções (ISSQN, PIS/PASEP, IR, CSLL, COFINS) previstas na legislação tributária federal, estadual e municipal, que estão assim alocados no concurso:

Gênero animação:

- a) Um filme entre 17 (dezessete) e 22 (vinte e dois) minutos – vídeo único ou em partes; Total R\$ 126.000,00 (cento e vinte e seis mil reais);

Documentários:

- a) Dois filmes entre 10 (dez) e 15 (quinze) minutos; R\$ 85.000,00 (oitenta e cinco mil reais) para cada produção, totalizando: R\$190.000,00 (cento e noventa mil reais);

b) Três entre 20 (vinte) e 26 (vinte e seis) minutos; R\$ 126.000,00 (cento e vinte e seis mil reais) para cada produção, totalizando R\$378.000,00 (trezentos e setenta e oito mil reais);

c) Um filme de 50 (cinquenta) a 52 (cinquenta e dois) minutos; Total R\$220.000,00 (duzentos e vinte mil reais);

4.2 Não haverá complementação de verba destinada ao apoio às produções audiovisuais, considerando que o prêmio deste concurso é suficiente para a produção das obras audiovisuais contempladas;

4.3 A liberação dos recursos se dará da seguinte forma:

a- 50% (cinquenta por cento) para o início dos trabalhos, mediante apresentação de cronograma de execução, com prazo não superior a 240 dias, contados a partir da liberação desta parcela.

b- 30% (trinta por cento) após apresentação de teste de movimento (animação), edição preliminar dos demais gêneros e, na finalização, edição com os recursos técnicos previstos no edital;

c- 20% (vinte por cento) após entrega da matriz final do vídeo em formato digital com alta definição e 01 cópia;

Obs:

- 1) Os pagamentos serão efetuados 05 (cinco) dias úteis após recebimento da Nota Fiscal.
- 2) O pagamento de todas as parcelas estará sujeito à impostos e contribuições previstas na legislação em vigor.

4.4. A dotação orçamentária será por conta do Projeto VPEIC-004-FIO-17-2-1-39.

5. PRAZOS

5.1 Os projetos a serem apoiados pelo presente concurso deverão ter seu prazo de execução estabelecido em, no máximo, 08 (oito) meses, ou 240 (duzentos e quarenta) dias contados a partir da data da primeira liberação de recursos.

6. PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO PÚBLICA POR CONCURSO

6.1 Os projetos para produção de vídeos concorrentes serão selecionados pelo Conselho Curador do Selo Fiocruz Vídeo, instituído pela Portaria nº 1334/2017-PR da Presidência da Fiocruz, de 06 de setembro de 2017, que dentro de suas prerrogativas, poderá constituir comissão de especialistas para a seleção, sendo o resultado final obrigatoriamente homologado pelo Conselho Curador.

6.2 Poderão concorrer ao presente concurso, empresas produtoras brasileiras da atividade audiovisual desde que devidamente habilitadas com suas obrigações fiscais e previdenciárias, bem como frente às demais exigências da legislação para a participação em concorrências públicas.

Poderão participar do concurso:

- a) Pessoas jurídicas que não estejam sob regime de falência, concordata, recuperação judicial ou extrajudicial, dissolução ou liquidação.
- b) Pessoas jurídicas não suspensas do direito de licitar ou contratar com a Fiocruz /Fiotec
- c) Pessoas jurídicas não declaradas inidôneas por qualquer órgão ou entidades públicas federal, estadual, distrital ou municipal.
- d) Pessoas jurídicas isoladamente, não reunidas em consórcio.
- e) Sociedades cooperativas para a prestação do serviço que não estejam contemplados no Termo de Conciliação Judicial celebrado entre o Ministério Público do Trabalho e a União.
- f) Instituições sem fins lucrativos que detenham objetivo social ou estatutário compatível com o objeto do certame.

6.3 É vedada a participação de uma mesma empresa produtora em mais de uma modalidade de concurso para apoio financeiro oferecido por este instrumento.

6.4 Não serão admitidas as inscrições de projetos de servidores da Fiocruz, daqueles que mantenham algum vínculo direto de serviços profissionais com a Instituição, funcionários da Fiotec, de membros do Conselho Curador do Selo Fiocruz Vídeo ou da Comissão Julgadora ou de Seleção designada por este, e respectivo cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau e servidores da Fiocruz bem como de pessoas ligadas direta ou indiretamente aos integrantes do Conselho Curador e da Comissão Julgadora ou de Seleção, nas condições de cônjuge, parentes até terceiro grau, inclusive afins e dependentes.

Os membros da Comissão Julgadora estarão impedidos de participar nos casos em que:

- a) Tenham interesse pessoal em determinado projeto concorrente;
- b) Tenham participado ou colaborado na elaboração de qualquer projeto concorrente;
- c) Estejam litigando judicial ou administrativamente com qualquer concorrente.

Os impedimentos estendem-se ao membro cujo cônjuge, companheiro ou parente até o segundo grau, consanguíneo ou por afinidade, incida em alguma das hipóteses previstas.

6.5 Identificado qualquer dos impedimentos descritos no item 6.4, caberá ao Conselho Curador do Selo Fiocruz Vídeo designar membro substituto.

A Comissão de Julgamento será presidida por representante do Selo Fiocruz Vídeo.

6.6 Será automaticamente indeferida, a qualquer tempo, a inscrição ou mesmo cancelada a seleção e o apoio do concorrente que incorrer nos impedimentos previstos no item 6.2, 6.3 e 6.4 deste Edital.

6.7 Serão indeferidas as inscrições postadas após a data especificada para o prazo final das inscrições.

6.8 As inscrições postadas pelo correio deverão conter o registro postal para possibilitar o acompanhamento da remessa enviada. A identificação deverá ser

encaminhada para o e-mail fiocruzvideo@fiocruz.br informando também o nome do projeto, a cidade e a data da postagem.

7. PARTICIPAÇÃO E INSCRIÇÕES

7.1 A inscrição é gratuita, compreendendo um período de 90 (noventa) dias, a contar da publicação do concurso no sitio eletrônico www.fiocruz.br/videosaude e www.fiotec.fiocruz.br, conforme orientações no item e Anexo I Formulário de Inscrição.

7.2 Os envelopes de habilitação e projetos técnicos podem ser entregues presencialmente ou por Sedex. Os envelopes deverão ser entregues à VideoSaúde - Distribuidora da Fiocruz, até a data estipulada no Cronograma - assim endereçadas:

Fiocruz Vídeo
(Julgamento e Seleção de Projetos)
Fundação Oswaldo Cruz – VideoSaúde – Distribuidora da Fiocruz
Avenida Brasil, 4036, sala 516 – Prédio da Expansão
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ
Cep: 21040-361
tel: (21) 3882-9209/ 9111 / 9112
e-mail: fiocruzvideo@fiocruz.br

7.3 Será admitida a remessa postal dos envelopes de habilitação e projetos técnicos para o endereço acima, por Sedex, desde que postadas à destinatária dentro do período de recebimento das inscrições.

7.4 A Fiocruz não será responsável pelo extravio os envelopes de habilitação e projetos técnicos, salvo as entregues diretamente à VideoSaúde - Distribuidora da Fiocruz.

7.5 É obrigatória a apresentação da documentação exigida para a inscrição e habilitação no concurso deste instrumento.

8- DA HABILITAÇÃO

8.1- Fazer constar em um primeiro envelope (ENVELOPE I – HABILITAÇÃO) a seguinte documentação:

8.1.1- Requerimento de Inscrição (Anexo I), Declaração de Aceitação do Realizador – Diretor (Anexo II) e Declaração de ausência de parentesco (Anexo III), encaminhados em 1 (uma) via, com todos os campos preenchidos e devidamente assinados;

8.1.2 – Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, comprovada mediante fornecimento de Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e a Dívida Ativa da União (Decreto nº 5.586/2005).

8.1.3 – Prova de Regularidade de recolhimento de Fundo de Garantia por tempo de Serviço – FGTS, comprovada através de apresentação do Certificado fornecido pela Caixa Econômica Federal.

8.1.4 – Prova de regularidade relativa à Seguridade Social (INSS), comprovada pelo fornecimento de Certidão Negativa de Débito – CND.

8.1.5 – Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual e Municipal. Para as empresas sediadas na Cidade do Rio de Janeiro estas certidões deverão estar acompanhadas das certidões negativas da Dívida Ativa, emitida pelo órgão próprio da Procuradoria Geral do Estado e Município.

8.1.6 – Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedade comercial e, no caso de sociedades por ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus administradores.

8.1.7– Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício.

8.1.8 Registro de produtora emitido pela Agência Nacional de Cinema (Ancine);

8.1.9 – Documentação de qualificação econômico-financeira, com a apresentação do Balanço patrimonial da seguinte forma:

8.1.10 - A comprovação da boa situação financeira da empresa será baseada na obtenção de índice de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG), e Liquidez Corrente (LC), maiores que um (hum), resultantes da aplicação das fórmulas:

Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo
LG = _____

Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo

Ativo Total
SG = _____

Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo

Ativo Circulante
LC = _____

Passivo Circulante

8.1.10.1 – A verificação da qualificação econômico-financeira, será realizada mediante análise do contrato social, do balanço e demonstrações contábeis e alterações que deverá ser assinado pelo contador responsável e pelo diretor da empresa licitante, devendo a comprovação ser feita relativamente à data da apresentação da habilitação na forma da Lei, admitida a atualização para esta data, através de índices oficiais.

8.1.10.2 – As empresas que apresentarem índices iguais ou inferiores a 1 (hum) deverão comprovar o capital social mínimo, que corresponderá a 10% (dez por cento) do valor total do prêmio.

8.1.11- Certidão Negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica. Para as interessadas sediadas na Cidade do Rio de Janeiro, esta prova será feita mediante apresentação de certidões emitidas pelo 1º, 2º, 3º e 4º Ofício do registro de Distribuição.

8.1.11.1 - As interessadas sediadas em outras Comarcas do Estado ou em outros Estados, deverão apresentar, junto com a Certidão Negativa exigida, declaração emitida pelo foro de sua sede, indicando os Cartórios ou Ofícios do Registro que controlam a distribuição de falências, não sendo, contudo, esta exigência motivo para inabilitação.

Observação: as certidões do subitem 8.1.11 terão validade nos prazos que lhes são próprios; inexistindo esse prazo, reputar-se-ão válidas por 90 (noventa) dias, contados a partir da data de sua expedição.

Os documentos necessários à habilitação deverão ser apresentados em original, cópia autenticada ou publicação na imprensa oficial, exceto os documentos extraídos da Internet.

8.2 Fazer constar em um segundo envelope (ENVELOPE II – PROJETO TÉCNICO) o Projeto Técnico (letras tamanho 12, entrelinhas 1,5, tipo Times New Roman), observando as seguintes características:

Projeto Técnico - Vídeo no Gênero Animação de 17 a 22 minutos vídeo único ou em partes. Entende-se por vídeo único aquele proposto abrangendo a duração integral, e em partes aquele que, com a mesma duração, é dividido em episódios, mas com o mesmo tema (ver item 1.1.2).

O PROJETO TÉCNICO deverá ser encaminhado em 7 (sete) vias e em cópia digital CD ou DVD, contendo os sete itens abaixo relacionados, com laudas sequencialmente numeradas e cada via encadernada em espiral com capa e contracapa plástica:

a) Justificativa, com no máximo 1.400 caracteres;

b) Plano de direção:

Apresentação dos procedimentos estilísticos que se pretende utilizar no filme, a ser redigida pelo diretor, com no máximo 6.000 (seis mil) caracteres, descrevendo como será a linguagem da obra cinematográfica e fazendo menção aos diversos setores do filme;

c) Roteiro, obrigatoriamente com divisão por sequência e com os diálogos desenvolvidos, se houver, e, no mínimo 5 (cinco) a 10 (dez) layouts conceituais que mostrem os personagens, alguns cenários e o estilo gráfico do projeto técnico técnica ou “storyboard” com marcação de diálogos; ou Argumento (contendo indicativo da estratégia de abordagem, detalhamento do tema, dos depoentes, dos personagens abordados, das ações investigativas e, quando for o caso, do material de arquivo e das locuções;

d) Público-prioritário do projeto

Identificação do público-prioritário do projeto, incluindo referências etárias, culturais e sócio-econômicas dos possíveis espectadores da obra.

e) Orçamento detalhado, com custo global de produção – despesas e impostos, incluindo matrizes finais em um HD portátil de mínimo 1TB que será incorporado ao Acervo

da VideoSaúde, de até R\$ Total R\$ 126 mil (cento e vinte e seis reais) para o vídeo de animação de 17 a 22 minutos.

f) Currículo do Diretor e da empresa produtora, e/ou portfólio, que ateste a capacidade técnica e de criação do diretor, do produtor ou da empresa produtora, comprovando a produção, realização e difusão de pelo menos 01 (uma) obra audiovisual de qualidade reconhecida (por exemplo: Certificado de Produto Brasileiro – CPB e notícias publicadas sobre a sua exibição) no gênero animação.

g) Cronograma da produção, prevendo as diversas etapas até a entrega das matrizes.

Projeto Técnico – Vídeos de 10 a 15 minutos, de 22 a 26 minutos e de 50 a 52 minutos no Gênero Documentário

O PROJETO TÉCNICO deverá ser encaminhado **em 7 (sete) vias** e em cópia digital CD ou DVD, contendo os documentos abaixo relacionados, com laudas sequencialmente numeradas, sendo cada via encadernada em espiral com capa e contracapa plástica: DVD, contendo os sete itens abaixo relacionados, com laudas sequencialmente numeradas e cada via encadernada em espiral com capa e contracapa plástica:

a) Justificativa, com no máximo 1.400 caracteres;

b) Plano de direção:

Apresentação dos procedimentos estilísticos que se pretende utilizar no filme, a ser redigida pelo diretor, com no máximo 6.000 (seis mil) caracteres, descrevendo como será a linguagem da obra cinematográfica e fazendo menção aos diversos setores do filme;

c) Roteiro, obrigatoriamente com divisão por sequência e com os diálogos desenvolvidos, se houver, e, no mínimo 5 (cinco) a 10 (dez) layouts conceituais que mostrem os personagens, alguns cenários e o estilo gráfico do projeto técnico ou “storyboard” com marcação de diálogos; ou Argumento (contendo indicativo da estratégia de abordagem, detalhamento do tema, dos depoentes, dos personagens abordados, das ações investigativas e, quando for o caso, do material de arquivo e das locuções;

d) Público-prioritário do projeto

Identificação do público prioritário do projeto, incluindo referências etárias, culturais e sócio-econômicas dos possíveis espectadores da obra.

e) Orçamento detalhado, com custo global de produção – despesas e impostos, incluindo matrizes finais em um HD portátil de mínimo 1TB que será incorporado ao Acervo da VideoSaúde, de até R\$ 85.000,00 (oitenta e cinco mil reais), para filmes de 10 (dez) e 15 (quinze) minutos; R\$ 126.000,00 (cento e vinte e seis mil reais) para filmes de 20 e (vinte) e 26 (vinte e seis) minutos); e R\$ 220.000,00 (duzentos e vinte mil reais) para documentários de 50 a 52 minutos;

f) Currículo do Diretor e da empresa produtora, e/ou portfólio, que ateste a capacidade técnica e de criação do diretor, do produtor ou da empresa produtora, comprovando a produção, realização e difusão de pelo menos 01 (uma) obra audiovisual de qualidade reconhecida (por exemplo: Certificado de Produto Brasileiro/CPB e notícias publicadas sobre a sua exibição) no gênero documentário.

g) Cronograma da produção, prevendo as diversas etapas até a entrega das matrizes.

8.3 A documentação exigida, constante dos 2 (dois) envelopes, deverá ser encaminhada diretamente, ou por correspondência registrada, através dos serviços de empresas de postagem de correspondência, impreterivelmente no período de recebimento do projeto técnicos.

8.4 Os envelopes deverão ser entregues, devidamente fechados e rubricados no fecho. Contendo, em suas partes externas, os seguintes dizeres:

a) **ENVELOPE I – HABILITAÇÃO – SELEÇÃO PÚBLICA POR CONCURSO Nº 005/2018-FIOTEC – RAZÃO SOCIAL DO INTERESSADO – CNPJ - NOME DO PROJETO QUE ESTÁ CONCORRENDO;**

b) **ENVELOPE II – PROJETO TÉCNICO – SELEÇÃO PÚBLICA POR CONCURSO Nº 005/2018-FIOTEC – RAZÃO SOCIAL DO PARTICIPANTE – CNPJ – NOME DO PROJETO QUE ESTÁ CONCORRENDO;**

8.5 O Concorrente deverá fazer constar nos envelopes, no espaço destinado ao remetente, além de seu nome e endereço completo, o NOME DO PROJETO e E-MAIL para confirmação do recebimento da correspondência e da inscrição.

8.6 O Instrumento Convocatório e Anexos deste concurso estarão publicados no sítio eletrônico www.fiocruz.br/videosaude e sítio Fiotec www.fiotec.fiocruz.br e disponíveis na VideoSaúde – Distribuidora, Avenida Brasil, nº 4.036 sala 516 – Prédio da Expansão, Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ, tel: (21) 3882-9209, 9111 e 9112.

8.6.1. As orientações sobre as inscrições estão no item 7 deste instrumento convocatório.

8.7 É de responsabilidade do candidato manter seu endereço, endereço eletrônico e telefone atualizados para viabilizar os contatos necessários.

8.8 A falta de apresentação ou irregularidade em qualquer dos documentos exigidos neste concurso implicará imediato indeferimento da inscrição do concorrente.

8.9 Todas as certidões deverão estar em vigor quando da apresentação do projeto.

8.10 A inscrição no concurso implica o conhecimento e a tácita aceitação das normas e condições estabelecidas neste instrumento em relação às quais não poderá alegar desconhecimento.

8.11 Uma vez realizada a inscrição, não poderá ocorrer a troca do proponente, a troca do diretor da obra selecionada ou qualquer alteração que implique modificação das informações, documentos ou itens apresentados no ato da inscrição do projeto;

8.12 Não serão aceitos projetos que já tenham iniciado qualquer etapa de produção.

9. PROCESSO DE SELEÇÃO E JULGAMENTO

9.1 A seleção e o julgamento da habilitação e projetos técnicos dos concorrentes serão realizados sob a responsabilidade do Conselho Curador do Selo Fiocruz Vídeo, ou por comissão específica de julgamento, composta por especialistas designados por este, conforme disposto no item 6 deste Edital. A seleção e o julgamento dos projetos técnicos terão como base a pontuação, segundo os critérios técnicos e demais objetivos expressos neste instrumento.

9.2 Na primeira etapa da seleção, será analisada a condição de habilitação dos concorrentes para participar do presente Concurso, através do recebimento e da

conferência da documentação solicitada neste concurso, por meio da entrega em 2 (dois) envelopes distintos, a saber:

9.2.1 Um primeiro envelope contendo a seguinte documentação (**ENVELOPE I – HABILITAÇÃO**): Todos os documentos relacionados no item 8.1 deste instrumento convocatório.

9.2.2 Serão realizadas consultas ao Ceis (Cadastro de Empresas Impedidas e Suspensas); CNJ (Cadastro Nacional de Condenações por Ato de Improbidade Administrativa) e a CNDT (Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas) para aferição da regularidade da proponente.

9.2.3 Um segundo envelope contendo a seguinte documentação (**ENVELOPE II – PROJETO TÉCNICO**):

Projeto Técnico em formato exigido pelo concurso – Justificativa, roteiro, orçamento global, Currículo do Diretor e do Produtor, e/ou portfólio, que ateste a capacidade técnica e de criação do diretor, produtor, e da empresa produtora, comprovando a produção, realização e difusão de pelo menos 01 (uma) obra audiovisual de qualidade reconhecida, em conformidade com a modalidade e o gênero apresentado no projeto técnico pelo (a) concorrente e cronograma da produção.

9.2.4 A conferência da documentação é de responsabilidade da Editoria Executiva do Selo Fiocruz Vídeo que verificará se o concorrente encaminhou todos os documentos e demais itens solicitados neste instrumento. A falta de apresentação ou irregularidade em qualquer dos documentos exigidos implicará imediata inabilitação do concorrente.

9.2.5 Os projetos cujas inscrições tenham sido deferidas serão divulgados no sítio www.fiocruz.br/videosaude e sítio Fiotec: www.fiotec.fiocruz.br

9.2.6 O prazo para interposição de recurso pelo indeferimento da inscrição é de 3 (três) dias úteis, contados da data da divulgação. O recurso deverá ser apresentado por escrito, contendo argumentação e fundamentos consistentes encaminhado para o e-mail: fiocruzvideo@fiocruz.br

9.3 Segunda etapa de seleção: A segunda etapa do processo seletivo será realizada em duas fases distintas, uma classificatória e outra de seleção final, descritas a seguir.

a) PRIMEIRA FASE - CLASSIFICAÇÃO: nesta fase, todos os habilitados terão avaliados os itens constantes do projeto técnico. Cada um dos sete itens do projeto técnico contará até três pontos, num total máximo de 21 pontos. De acordo com esta avaliação e pontuação, os melhores seguirão para a seleção final.

b) SEGUNDA FASE – SELEÇÃO FINAL: os projetos selecionados na primeira fase serão avaliados e analisados por todos os membros da comissão julgadora indicada pelo Conselho Curador, sendo produzido um relatório final e uma justificativa de voto para a escolha dos projetos. O critério de avaliação para seleção final dos vencedores do concurso levará em conta como pontuação, num total geral de 10 (dez) pontos: a pertinência do tema apresentado + criatividade artística/plano de direção/roteiro e argumento propostos/comunicabilidade/adequação ao público prioritário sugerido (4 pontos); Currículo do diretor e da empresa produtora e/ou portfólio (2 pontos); viabilidade do orçamento e do cronograma propostos (2 pontos); Consistência em relação ao tema proposto - fontes, referências e pesquisa de conteúdo (2 pontos).

9.4 Os projetos selecionados serão divulgados no DOU (Diário oficial da União) e no sítios eletrônicos Fiocruz: www.fiocruz.br/videosaude e Fiotec: www.fiotec.fiocruz.br

9.5 O prazo para interposição de recurso será de 3 (três) dias úteis, a contar da data da divulgação do resultado. O recurso deverá ser apresentado por escrito, contendo argumentação e fundamentos consistentes encaminhado para o e-mail: fiocruzvideo@fiocruz.br

9.6 Será selecionado também um total de 6 (seis) projetos aptos a compor uma lista de reserva, destinada a atender eventuais desistências ou cancelamentos, sendo 01 (um) no gênero animação de 17 a 22 minutos, 02 (dois) documentário de 10 a 15 minutos, 02 (dois) documentário de 22 a 26 minutos e 01 (um) documentário de 50 a 52 minutos.

9.7 Não existindo projetos suficientes em uma das categorias mencionadas e/ou que não atendam as metas definidas, a Fiocruz poderá realocar as verbas destinadas a este concurso nas demais categorias;

9.8 As despesas correrão à conta dos créditos orçamentários do respectivo Orçamento da União destinados à Fiocruz.

9.9 Os créditos orçamentários da União destinados à Fiocruz cobrirão eventual utilização dos selecionados para a lista de reserva.

9.10 A avaliação e julgamento da comissão devem ser homologados pelo Conselho Curador do selo Fiocruz Vídeo. A decisão final cabe ao Conselho Curador, sendo a instância recursal formada pela Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação da Fiocruz.

9.11 A Fiocruz poderá descartar no prazo de 90 (noventa) dias toda documentação dos envelopes das empresas não habilitadas e arquivos enviados para a participação neste concurso, após o período da divulgação do resultado. Neste prazo, os documentos podem ser solicitados pelo responsável pela inscrição.

10. CONTRATAÇÃO DOS PROJETOS SELECIONADOS

10.1 Os concorrentes selecionados deverão receber a comunicação oficial de que seus projetos técnicos foram contempladas e deverão assinar no prazo de 10 (dez) dias úteis o Contrato de Produção e Realização de Obra Certa e Cessão de Direitos de Obra Audiovisual Videográfica (Anexo IV).

10.2 Os pagamentos dos valores correspondentes à cada um dos projetos contemplados e suas etapas, conforme descrito neste Edital, serão creditados em conta corrente a ser indicada pela contratada, sob sua titularidade mediante a apresentação de Nota Fiscal. Previamente aos pagamentos serão realizadas as consultas para certidão de regularidade fiscal da contratada no CEIS (Cadastro de Empresas Impedidas e Suspensas); CNJ (Cadastro Nacional de Condenações por Ato de Improbidade Administrativa) e ao TST (Tribunal Superior do Trabalho).

10.3 A Fundação Oswaldo Cruz, através da Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação e da Editoria Executiva do selo Fiocruz Vídeo, envidará esforços para a realização, às suas expensas, de Reunião de Planejamento acerca da sistemática de produção das obras selecionadas, ficando para tanto, desde já, OBRIGATÓRIA, a participação do Diretor da obra e da empresa produtora.

10.4 As empresas contratadas, em caso de não execução e/ou execução parcial do projeto selecionado, a contar da assinatura do contrato (Anexo IV), sofrerão pena de rescisão contratual e aplicação das penalidades cabíveis, conforme instrumento contratual.

10.5 O apoio aos projetos contemplados está condicionado à existência de disponibilidade orçamentária e financeira quando da celebração e assinatura do contrato, caracterizando a seleção pública como mera expectativa de direito do proponente.

11 – DAS PENALIDADES

11.1- Comete infração, o interessado, adjudicatário ou contratado que:

11.1.1- não assinar o termo de contrato ou aceitar/retirar o instrumento equivalente, quando convocado dentro do prazo estipulado neste instrumento;

11.1.2- apresentar documentação falsa;

11.1.3- deixar de entregar os documentos e projetos técnicos nos prazos exigidos no instrumento convocatório;

11.1.4- atrasar total ou parcialmente a entrega ou execução do contrato;

11.1.5- não mantiver o projeto técnico;

11.1.6- comportar-se de modo inidôneo;

11.2- O interessado, vencedor ou contratado que cometer qualquer das infrações discriminadas no subitem anterior ficará sujeito, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes penalidades:

11.2.1 - Pelo atraso injustificado na entrega ou durante a execução do contrato, será aplicada multa moratória de 0,5% (meio por cento) por dia de atraso, limitada ao valor total atualizado do contrato (valor do prêmio), acrescida dos juros e correção monetária. Caberá a devolução integral do valor pago, em caso de pagamento antecipado, acrescido dos juros e correção monetária;

11.2.2 - Ocorrendo o não cumprimento total ou parcial deste instrumento convocatório e/ou do Contrato, a FIOTEC poderá aplicar a multa de 10% (dez por cento), calculada sobre o valor total, e atualizado deste Contrato e dos Aditivos se for o caso;

11.2.3 - As multas dos subitens 11.2.1 e 11.2.2 poderão ser descontadas dos pagamentos do prêmio ou ainda, cobrados judicialmente;

11.2.4- O interessado/adjudicatário que cometer as infrações dos subitens 11.1.1, 11.1.2, 11.1.3, 11.1.5 e 11.1.6, será aplicada multa de até 10% (dez por cento), calculada sobre o valor total do prêmio;

11.3 - As infrações enumeradas no subitem 11.1 acarretará na suspensão de contratar com a FIOTEC por até 5 (cinco) anos.

Parágrafo Primeiro

Em qualquer dos casos acima referidos poderá acarretar Advertência através de Notificação Eletrônica, que não poderá ser recusada pelo Contratado, sob pena de serem aplicadas as penalidades ora previstas.

Parágrafo Segundo

A penalidade prevista no subitem 11.3 poderá ser aplicada juntamente com as demais.

12. APOIO FINANCEIRO

12.1 Serão apoiados 7 (sete) projetos nos gêneros animação e documentário, conforme previsto no item 4 deste concurso, sendo que a liberação dos recursos se dará da seguinte forma:

a) 50% (cinquenta por cento) para o início dos trabalhos, mediante apresentação de cronograma de execução, com prazo não superior a 240 dias, contados a partir de sua liberação.

b) 30% (trinta por cento) após apresentação de teste de movimento (animação) e 30% na primeira fase da edição para gênero documentário.

c) 20% (vinte por cento) após entrega das matrizes finais do vídeo em formato digital com alta definição.

13. OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

13.1 Cumprir fielmente o disposto no instrumento convocatório de Seleção Pública de Produção e Realização de Obra Certa e Cessão de Direitos de Obra Audiovisual Videográfica para com a Fundação Oswaldo Cruz e o Selo Fiocruz Vídeo, no contrato em

anexo a este Concurso e, ainda cessão da obra para repositórios institucionais digitais em acesso aberto, conforme políticas da Fiocruz para educação, informação e comunicação;

a) Entregar à Fiocruz/ Fiocruz Vídeo uma matriz final do vídeo em alta definição em um HD portátil de mínimo 1TB que será incorporado ao Acervo da VideoSaúde, em no prazo máximo e improrrogável de 240 (duzentos e quarenta dias), contados a partir da data de liberação da primeira parcela dos recursos.

As matrizes deverão obedecer aos seguintes parâmetros: formato .mov com compressão Apple ProRes 422 HQ ou Avid DNxHD com resolução de 1920 x 1080 ou superior;

a.1) A lista de diálogos (legendas com o tempo das falas) em português e a tradução para inglês e espanhol será de responsabilidade dos produtores e o selo se reserva de avaliar a correção. Os arquivos de legendas deverão ser entregues junto com as matrizes finais no formato .srt.

a2) As matrizes deverão ser entregues nas versões com e sem legendas incorporadas:

- idioma original sem legendas;
- idioma original legendado em português;
- idioma original legendado em espanhol;
- idioma original legendado em inglês;

a3) material fotográfico com cenas do documentário/animação (still) e imagens de making of - com resolução mínima de 4200 x 2690 -, para fins de preparação de capa e contracapa DVD e demais materiais gráficos e de divulgação da obra, sendo possível sua utilização por tempo indeterminado, sem ônus pecuniário;

a4) cópias assinadas de todas as autorizações de uso de imagens, som e trilhas e cópias assinadas de cessão de direitos da equipe técnico/artística da obra;

Ao final da execução do projeto, produtor contratado deverá fornecer a Fiocruz:

- Ficha Técnica da Obra contendo o CPF dos profissionais;
- Sinopse com até 5 linhas;
- Documento de Cessão de Direito Patrimonial, devidamente assinados, de cada um dos autores, coautores e demais titulares de direitos (diretor/autor do

argumento/roteirista/autor da trilha sonora original/autor do desenho, no caso de animação);

- Autorização para uso de imagens devidamente preenchida e assinada;
- Termo de responsabilidade dos produtores preenchido e assinado (Anexo V);

O HD portátil que será incorporado ao Acervo da VideoSaúde deverá trazer os arquivos divididos em distintas pastas, a saber:

- matriz da obra;
- Legendas em português e outras línguas;
- autorizações e cessões de direitos;
- fotografias still da obra;

b) Divulgar o nome do Selo Fiocruz Vídeo, da Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde e a MARCA DO GOVERNO FEDERAL vigentes, e dos demais realizadores, nos créditos iniciais, em cartela exclusiva e nos créditos finais, conforme modelo a ser posteriormente estabelecido pela Fundação Oswaldo Cruz, bem como fazer menção ao apoio recebido pela Fiocruz em entrevistas e outros meios de comunicação disponíveis ao beneficiado. As obras apoiadas também só poderão ser exibidas na página oficial da Fiocruz na internet e nas contas oficiais da instituição nas redes sociais. Qualquer inclusão das obras em outros espaços na internet e em redes sociais deverá ter expressa autorização da Fiocruz;

c) Ceder e transferir à Fundação Oswaldo Cruz, em caráter permanente, irrevogável e irreatável, com exclusividade, todos os direitos patrimoniais integrais comerciais e não comerciais de utilização da obra, inclusive os direitos de voz, imagem e conexos vinculados à OBRA, durante todo o prazo de duração dos direitos autorais e conexos, em qualquer idioma e em todos os países, de cada um dos autores, coautores e demais titulares de direitos autorais, conexos, voz e imagem, assegurando à Fundação Oswaldo Cruz a plena e exclusiva titularidade sobre a obra autoral, cabendo-lhe os direitos exclusivos de utilização que incluem, exemplificadamente, os direitos de disponibilização e comunicação pública da OBRA, em qualquer modalidade, meio ou veículo, digital ou analógico, inclusive mediante sua inclusão em Repositórios Digitais, bem como os direitos de reprodução, exibição,

execução, interpretação, declamação, encenação, recitação, exposição, arquivamento, inclusão em banco de dados, preservação, difusão, distribuição, divulgação, transmissão, retransmissão, radiodifusão, empréstimo, tradução, dublagem, legendagem, adaptação, criação de obras derivadas, inclusão em novas obras ou coletâneas, reutilização, edição, produção de recursos educacionais e cursos ou qualquer forma de utilização comercial e não comercial, a serem exercidos diretamente por meio da VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz, Selo Fiocruz Vídeo, Superintendência do Canal Saúde da Fiocruz, parcerias firmadas entre a Fiocruz e terceiros, distribuição e licenciamento aos distintos canais de exibição, inclusive internet e dispositivos móveis, em conformidade com a Política de Acesso Aberto da Fiocruz e Contrato de Produção e Realização de Obra Certa e Cessão de Direitos de Obra Audiovisual Videográfica, estabelecido no anexo V deste Edital;

d) Garantir o acompanhamento do desenvolvimento e finalização do projeto por consultor científico da área da saúde, assegurando assim a correção das informações científicas, médicas, de saúde pública, de descrição de doenças, de ações preventivas de saúde, de tratamento médico, de boas práticas de laboratório e de biossegurança, entre outras.

e) Devolver à Fundação Oswaldo Cruz, por intermédio da Fiotec, os recursos financeiros recebidos, atualizados na forma prevista na legislação vigente, no caso de não cumprir o prazo de entrega das cópias e/ou não apresentá-las conforme as características estabelecidas neste Edital e no projeto selecionado.

f) Fornecer todo material, equipamentos e contratação de profissionais, necessários para a perfeita execução dos serviços ora contratados, nos termos do projeto técnico.

g) Observar o estabelecido neste instrumento e seus anexos quanto aos deveres, direitos e obrigações. Os Anexos I, II e III deverão constar assinados e entregues com os envelopes, no ato da inscrição. Enquanto que o anexo V deverá ser devidamente assinado e entregue pelas produtoras selecionadas e contratadas, juntamente com a material finalizado.

h) Consulta à sua regularidade jurídica, fiscal e tributária de modo a resolver eventuais pendências e problemas.

i) Para o recebimento da última parcela da produção, apresentar as certidões regularizadas, constantes do item 10.2 deste concurso, junto aos órgãos competentes.

j) O lançamento da obra é de responsabilidade da Fiocruz. Qualquer exibição antes do lançamento oficial deve contar com a autorização da Editoria Executiva do Selo Fiocruz Vídeo, salvo em participação em festivais e mostras, mesmo assim com o devido acompanhamento e aprovação pela Fiocruz;

k) A inscrição em festivais e mostras é estimulada pela Fiocruz, mas deve ser feita de forma integrada e pactuada com a Editoria Executiva do Selo Fiocruz Vídeo.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 Para os efeitos deste instrumento, entende-se que:

a) Projeto inédito é aquele não realizado, bem como não esteja em fase de produção ou finalização.

b) Produtor e/ou empresa produtora é quem mobiliza e administra recursos humanos, técnicos, materiais e financeiros para realização do projeto, com vistas a sua execução.

c) Diretor é aquele que cria o planejamento da animação, a configuração artística das cenas, as guias de animação, os movimentos de câmera, através da análise e interpretação do roteiro e seu “storyboard”, adequando-os a sua realização, sendo o responsável pela qualidade da obra.

d) Conta corrente a ser informada é aquela aberta pela empresa produtora, com finalidade exclusiva de recebimento de créditos que serão pagos pela Fiotec, para execução exclusiva do projeto.

e) Declaração de Aceitação do Realizador é a Declaração em que o diretor da Obra conforme descrito no Projeto Técnico apresentado pela empresa produtora, compromete-se, para todos os efeitos legais e contratuais, a participar da produção integral da obra audiovisual.

14.2 É expressamente vedada:

a) A troca ou a substituição do Concorrente;

b) Qualquer alteração que implique modificação dos documentos estabelecidos e exigidos por este concurso;

c) O crédito adquirido pela contratada em razão de apoio financeiro não poderá ser transferidos a terceiros;

14.3 Na eventualidade de não ser possível manter o diretor da obra, originalmente indicado na inscrição dos projetos técnicos, a substituição dependerá de que o currículo do novo diretor seja, comprovadamente, igual ou superior ao do primeiro, sob avaliação da Fundação Oswaldo Cruz.

14.4 Não serão fornecidos atestados, declarações, certificados ou certidões relativos à habilitação ou classificação, valendo, para tal fim, as publicações referentes ao concurso;

14.5 Este instrumento será publicado no sitio eletrônico Fiocruz www.fiocruz.br/videosaude e no sitio da Fiotec www.fiotec.fiocruz.br , juntamente com seus anexos.

14.6 Informações adicionais poderão ser obtidas prioritariamente pelo e-mail fiocruzvideo@fiocruz.br fazendo constar no campo assunto a citação: **SELEÇÃO PÚBLICA Nº005/2018 e o Nome do Projeto.**

14.7 Os casos omissos serão dirimidos pela Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação da Fiocruz e pela Editoria Executiva do Selo Fiocruz Vídeo.

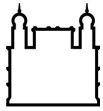
15. DOS ANEXOS

15.1.Requerimento de inscrição – Pessoa Jurídica (**Anexo I**);

15.2 Declaração de Aceitação do Realizador (Diretor) (**Anexo II**);

15.3 Declaração de Ausência de Parentesco (**Anexo III**);

15.4 Contrato de Produção e Realização de Obra Certa e de Cessão de Direitos de



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Obra Audiovisual Videográfica (**Anexo IV**);

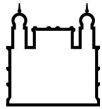
15.5 Termo de responsabilidade (**ANEXO V**);

15.6 Temas Preferenciais de Saúde Pública (**Anexo VI**);

Rio de Janeiro, 6 de março de 2018

Diretor do ICICT

Comissão de Seleção Pública



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



(Papel Timbrado da Empresa Proponente)

ANEXO I

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO – PESSOA JURÍDICA

_____, de _____ de 201...

À

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Vídeo

Requerimento de Inscrição de Projeto para participação na Seleção Pública por concurso nº 005/2018

_____ (*nome da empresa proponente*), inscrita no CNPJ nº - _____, registrada na ANCINE sob o nº _____, neste ato representada (o) por _____ (*nome do representante legal da empresa ou instituição proponente*), inscrito (a) no CPF nº _____, carteira de identidade nº _____, atendendo ao item 7 da Seleção Pública por Concurso nº 005/2018, de _____ 201___, encaminha o projeto intitulado _____, para concorrer ao Concurso de Apoio à Produção de Obras Audiovisuais Inéditas do Selo Fiocruz Vídeo da Fundação Oswaldo Cruz, com duração de _____ a _____ minutos, no gênero _____, a ser dirigido por (nome do diretor do vídeo).

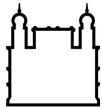
Atenciosamente,

(Assinatura do Responsável legal)

(Nome do Responsável legal)

(Nome da Empresa produtora proponente)

(Papel Timbrado da Empresa Proponente)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ANEXO II

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO REALIZADOR (DIRETOR)

Eu, _____, portador do RG nº _____, (órgão expedidor), inscrito no CPF sob o nº _____, conforme descrito no Projeto Técnico apresentado pela empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, para participação do Concurso de Apoio à Produção de Obras Audiovisuais Inéditas do Selo Fiocruz Vídeo da Fundação Oswaldo Cruz, com duração de ____ a ____ minutos, no gênero _____, comprometo-me a participar da produção da obra audiovisual como diretor.

Rio de Janeiro, de _____ de 201....

(Assinatura do Realizador)

(Nome do Realizador)

(Papel Timbrado da Empresa Proponente)

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO

(Razão Social da Participante)

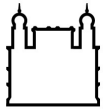
_____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, sediada na _____, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, declara, sob as penalidades da Lei e para todos os fins de direito, que não possui Sócios e Diretores que mantenham parentesco com servidores da Fundação Oswaldo Cruz ocupantes de cargo efetivo assim como com os integrantes do Conselho Curador, da Comissão Julgadora e do Selo Fiocruz Vídeo.

Rio de Janeiro, de _____ de 201....

(Assinatura do Responsável legal)

(Nome do Responsável legal)

(Nome da Empresa produtora proponente)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ANEXO IV

MINUTA DE CONTRATO DE PRODUÇÃO E REALIZAÇÃO DE OBRA CERTA E DE CESSÃO DE DIREITOS DE OBRA AUDIOVISUAL VIDEOGRÁFICA

CONTRATO Nº ____/____ QUE ENTRE SI CELEBRAM A FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO EM SAÚDE- FIOTEC - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ COMO INTERVENIENTE TÉCNICA E A EMPRESA VENCEDORA DO CONCURSO _____ PARA A PRODUÇÃO E REALIZAÇÃO DE OBRA CERTA E DE CESSÃO DE DIREITOS INTEGRAIS DE OBRA AUDIOVISUAL VIDEOGRÁFICA.

A FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO EM SAÚDE- FIOTEC com sede na Av. Brasil nº 4.036, Manguinhos, CEP 21.040-361, Rio de Janeiro, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.385.669/0001-74, representada legalmente pelo seu Diretor Executivo, **Hayne Felipe da Silva**, brasileiro, solteiro, portador da carteira de identidade n.º _____, inscrito no CPF-MF sob o n.º _____, na forma da Lei nº 8.958/94 regulamentada pelo Decreto nº 7.423/201, Decreto 8241/14 e Convênio nº 185/2016 celebrado entre FIOTEC e FIOCRUZ, doravante denominada **CONTRATANTE**; a **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**, entidade pública criada e mantida pela União Federal, na forma da Lei nº 5.019/66 e do Decreto nº 66.624/70, com Estatuto aprovado pelo Decreto nº 4.725/03, integrante da Administração Pública Federal Indireta e vinculada ao Ministério da Saúde, "ex vi" da Lei nº 7.596/87 e do Decreto nº 6.860/09, sediada na Av. Brasil nº 4.365, Manguinhos, nesta cidade do Rio de Janeiro - RJ, inscrita no **CNPJ sob o nº 33.781.055/0001-35**, doravante denominada simplesmente **FIOCRUZ**, através da Unidade **Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT/ CNPJ 33.781.055.0014-50**, neste ato representada por seu Diretor Rodrigo Murinho de Martinez Torres, portador da Carteira de Identidade nº 04.738.406-0/ Detran RJ, inscrito no CPF sob o nº 012.574.727-63, encontrado na Av. Brasil 4.365- Manguinhos- Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21040-900, designado pela Portaria 1.977 de 01 de agosto de 2017, publicada no D.O.U. nº 147, Seção II, de 02/08/2017, no uso das atribuições que lhe confere a Portaria nº 763/2017 do Sr. Presidente da **FIOCRUZ** e _____ (razão social da contratada), sediada _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____

_____, doravante denominada simplesmente **INTERVENIENTE**
TÉCNICA, neste ato representada pelo

____ (qualificação/cargo/nacionalidade/estado civil/nº RG-CI e nº CPF), no uso das atribuições que lhe confere _____ (indicação do instrumento que confere poderes para representar a empresa na assinatura do contrato), acostados às fls. _____, e _____ (**NOME DA EMPRESA VENCEDORA DO CONCURSO** (inserir CNPJ , endereço, representante legal com a qualificação) como **CONTRATADA** têm, entre si, justo e avençado, e celebram, por força do presente instrumento, de acordo com o disposto na Lei 8241/14, Lei 8078/90, Lei nº 9610/98, legislação correlata e pelos preceitos de direito público, aplicando-lhe, supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado na forma das disposições expressas nas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente contrato tem por objeto a produção e realização de obra certa e de cessão de direitos integrais de obra audiovisual, pela **CONTRATADA**, conforme o disposto no Projeto Técnico, da Seleção Pública por Concurso nº **005/2018** e projetos técnicos, constantes da RC nº 10051738, que independente de transcrição integram o presente instrumento pelo qual a **CONTRATADA** se obriga a produzir para a **CONTRATANTE** a obra assinalada _____ (nome se já estiver definido, e caracterização do formato original a ser empregado na produção – beta digital, Dvcam, HD, Película etc, e nome do diretor) no prazo de 08 meses a contar da assinatura deste CONTRATO e da liberação da primeira parcela do financiamento.

O serviço considera-se prestado no local do estabelecimento prestador, ou na falta do mesmo, no local do domicílio do prestador.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO E DA EXECUÇÃO

A **CONTRATADA** produzirá um vídeo de _____ a _____ minutos de duração, no gênero _____, no formato _____, fazendo entrega ao **CONTRATANTE**, dentro do prazo de execução estabelecido em, no máximo, **08 (oito) meses**, contados a partir da data da primeira liberação de recursos, a ser entregue **em alta definição em um HD portátil de mínimo 1TB que será incorporado ao Acervo da VideoSaúde/Fiocruz.**

CLÁUSULA TERCEIRA – DA CESSÃO DE DIREITOS

A **CONTRATADA**, como titular dos direitos autorais sobre a OBRA, **CEDE e TRANSFERE**, à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) , em caráter permanente, irrevogável, oneroso e **COM EXCLUSIVIDADE**, todos os direitos patrimoniais **COMERCIAIS e NÃO COMERCIAIS** de utilização da OBRA, inclusive os direitos de voz, imagem e conexos vinculados à OBRA, durante todo o prazo de duração dos direitos autorais e conexos, em

qualquer idioma e em todos os países, de acordo com os Termos e Condições desta Cessão, restando claro que são devidos os respectivos créditos autorais em todas as utilizações da OBRA e que o exercício pela **FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ** dos direitos aqui cedidos se e que o exercício dos direitos aqui cedidos pelas cessionárias ou seus autorizados, se dará imediatamente após a entrega da obra.

CLÁUSULA QUARTA - DO FINANCIAMENTO

A Fiotec se obriga a pagar à **CONTRATADA** a quantia total de _____ (valor total para cada projeto), a ser paga mediante depósito bancário pela aquisição de todos os direitos sobre a OBRA _____ (informar o nome da obra), descritos neste CONTRATO, mediante as seguintes parcelas:

a) 50% (cinquenta por cento) _____ (informar o valor) para o início dos trabalhos, após a assinatura deste CONTRATO e a apresentação do cronograma de execução da OBRA, que terá prazo de conclusão total e entrega não superior a 240 (duzentos e quarenta dias), contados a partir da liberação desta primeira parcela;

b) 30% (trinta por cento) _____ (informar o valor) após apresentação de teste de movimento para o gênero animação e 30% na primeira fase da edição para o gênero documentário;

c) 20% (vinte por cento) _____ (informar o valor) após a entrega da OBRA pronta em formato DVCAM ou, tecnologicamente, superior;

CLÁUSULA QUINTA - DA CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

O pagamento do valor financiado será mediante a prestação do serviço conforme cronograma especificado abaixo:

1ª parcela – O pagamento de 50% do valor correspondente à produção e realização do projeto contratado, que inicia-se a partir da apresentação de cronograma de execução (conforme projeto técnico), contados a partir da data de sua liberação, conforme concurso.

2ª parcela – O pagamento de 30% do valor correspondente à produção e realização do projeto contratado, inicia-se com a apresentação de teste de movimento para o gênero animação e apresentação da primeira fase da edição para o gênero documentário, conforme concurso.

3ª e última parcela – O pagamento de 20% do valor correspondente à produção e realização do projeto contratado será efetuado após a entrega das matrizes finais dos vídeos em formato DVCAM ou, tecnologicamente, superior, conforme concurso.

O período total de execução das 3 (três) etapas acima mencionadas, não poderá ter prazo superior a 240 (duzentos e quarenta) dias.

O pagamento de todas as parcelas estará sujeito à impostos e contribuições previstas na legislação em vigor.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - DA NOTA FISCAL - O pagamento será efetuado pela FIOTEC no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis) em conta corrente, conforme dados bancários a ser informado, sob a titularidade da CONTRATADA, na forma dos percentuais acima, contados do atesto da Nota Fiscal, após o aceite realizado pela fiscalização, de acordo com o serviço efetivamente executado.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - A **CONTRATADA** deverá encaminhar a Nota Fiscal para comprovação do serviço efetivamente executado, contendo o mesmo CNPJ do empenho para efeito de pagamento.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA- Previamente ao pagamento, será feita consulta ao CNJ (Cadastro Nacional de Condenações por Ato de Improbidade Administrativa), CEIS (Cadastro de Empresas Impedidas e Suspensas) e CNDT (Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas) para a aferição da regularidade da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA SEXTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

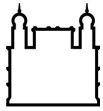
Pela execução do objeto deste contrato, a **FIOTEC** pagará à **CONTRATADA** a importância total de R\$_____ (valor total para cada projeto), por conta do Projeto VPEIC-004-FIO-17-2-1-39.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA FIOTEC

A FIOTEC obriga-se a:

- a- Prestar apoio administrativo, logístico e financeiro à Fiocruz no tocante ao Processo Seletivo objeto da Cláusula primeira do presente contrato.
- b- Efetuar o pagamento pelo serviço discriminado na Cláusula Primeira, à **CONTRATADA**, de acordo com as condições estabelecidas neste contrato.

CLÁUSULA OITAVA: DA RESPONSABILIDADE DA FIOTEC



- a- Zelar pelo fiel cumprimento do objeto do contrato, certificando-se de que as disposições contratuais estão sendo realizadas em conformidade com o estabelecido neste instrumento;
- b- Fornecer à Contratada todas as informações necessárias à execução do objeto do contrato.

CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DA FIOCRUZ

A **FIOCRUZ** obriga-se a:

- a- Promover através de seu representante, o acompanhamento e a fiscalização da execução deste contrato, anotando em registro próprio as falhas detectadas e comunicando à **CONTRATADA** as ocorrências e quaisquer fatos que, a seu critério, exijam medidas corretivas por parte da **CONTRATADA**;

CLÁUSULA DECIMA - DAS RESPONSABILIDADES DA FIOCRUZ

- a. Transmitir, retransmitir e exibir a OBRA em emissoras de televisão e Internet.
- b. Reproduzir e confeccionar cópias em qualquer modalidade e em qualquer suporte ou mídia, seja impressa, magnética, eletromagnética, ótica, eletrônica, digital, multimídia e quaisquer outros existentes ou que venham a existir.
- c. Integrar a OBRA ao acervo da Fiocruz, podendo a mesma utilizá-la e reutilizá-la no todo ou em parte, assegurando sempre os créditos do seu autor e realizador.
- d. Realizar empréstimos para exibição ou transmissão da OBRA, no Brasil e no exterior.
- e. Manter a OBRA em videotecas para consultas e empréstimos.

SUBCLÁUSULA ÚNICA - A Fiocruz, após receber a OBRA pronta, passa a ser a única e exclusiva responsável pelo cumprimento de todas as obrigações concernentes à difusão e bom uso da OBRA, notadamente no que concerne aos direitos do autor e de imagem, conforme previsto na legislação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

A **CONTRATADA** obriga-se a:

- a. Executar o serviço discriminado na Cláusula Primeira deste contrato, de acordo com o projeto técnico.

b. Fornecer todo material, equipamentos e contratação de profissionais, necessários para a perfeita execução dos serviços ora contratados, nos termos do projeto técnico.

c. Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto do presente contrato e os créditos adquiridos em razão deste, sob pena de aplicação das penalidades previstas

d. Manter durante toda a execução deste contrato as obrigações assumidas e as condições de habilitação e qualificação, sem prejuízo das demais obrigações.

e. A Inserir o nome do Selo Fiocruz Vídeo, da Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde e a MARCA DO GOVERNO FEDERAL, nos créditos iniciais, em cartela exclusiva e nos créditos finais do vídeo, conforme modelo apresentado pela Fundação Oswaldo Cruz/ Fiocruz.

f. Entregar à Fiocruz:

f.1) matrizes com os seguintes parâmetros: formato .mov com compressão Apple ProRes 422 HQ ou Avid DNxHD com resolução de 1920x1080 ou superior

f.2) Listas de diálogos (legendas com o tempo das falas) em português e a tradução para inglês e espanhol. Os arquivos de legendas deverão ser entregues junto com as matrizes finais no formato .srt.

f3) As matrizes deverão ser entregues nas versões com e sem legendas incorporadas:

- idioma original sem legendas;
- idioma original legendado em português;
- idioma original legendado em espanhol;
- idioma original legendado em inglês.

g. Garantir à Fiocruz que detém todas as autorizações necessárias à fixação e veiculação de sons e imagens que compõem a obra _____ (nome da obra) no que tange às pessoas, atores, músicas, profissionais e quaisquer obras intelectuais utilizadas na edição e produção da referida obra, ao preencher e assinar o anexo VI deste edital;

h. Estar devidamente capacitado a firmar este CONTRATO, sendo considerado o único responsável por qualquer pleito ou demanda judicial ou extrajudicial intentada contra a Fiocruz e/ou Fiotec e que tenha por fundamento a veiculação da citada obra, objeto do

presente licenciamento, especialmente no que diz respeito a indenizações, honorários advocatícios, custas judiciais e quaisquer outras que venham a ser imputadas ou cobradas da Fiocruz e/ou Fiotec.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA

A **CONTRATADA** se responsabiliza integralmente:

- a. Pelos danos causados diretamente à Fiocruz e/ou Fiotec ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução deste contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pela Fiocruz e/ou Fiotec
- b. Pelos encargos trabalhistas, fiscais, comerciais e previdenciários resultantes da execução deste contrato, não transferindo à Fiocruz e/ou Fiotec em caso de inadimplência da **CONTRATADA**, com referência a esses encargos, a responsabilidade por seu pagamento, nem podendo onerar o objeto deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO

13.1. Constituem motivos para rescisão deste Contrato:

- a) Não cumprimento de cláusulas, especificações ou prazos;
- b) Cumprimento irregular de cláusulas contratuais, especificações ou prazos;
- c) Atraso ou paralisação injustificados e/ou sem comunicação à CONTRATANTE, na execução dos serviços;
- d) Desatendimento às determinações da CONTRATANTE;
- e) Alteração social ou modificação da finalidade ou estrutura da CONTRATADA que impossibilite ou venha a prejudicar a execução do contrato;
- f) Ocorrência de caso fortuito ou força maior, regularmente comprovada, que impeça a execução deste contrato;
- g) Poderá, também, ser denunciado, a qualquer tempo, em razão da superveniência de impedimento legal que o torne formal ou materialmente inexecutável;

h) A subcontratação total ou parcial do objeto deste Contrato, a associação da CONTRATADA com outrem, a cessão ou transferência, total ou parcial, bem como a fusão, cisão ou incorporação, não admitidas neste Contrato;

i) Por desinteresse da CONTRATANTE, desde que comunicado com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

j) Amigável, por acordo entre as partes, reduzido a termo.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA- DAS PENALIDADES

14.1- Comete infração, o interessado, adjudicatário ou contratado que:

14.1.1- não assinar o termo de contrato ou aceitar/retirar o instrumento equivalente, quando convocado dentro do prazo estipulado neste instrumento;

14.1.2- apresentar documentação falsa;

14.1.3- deixar de entregar os documentos e projetos técnicos nos prazos exigidos no instrumento convocatório;

14.1.4- atrasar total ou parcialmente a entrega ou execução do contrato;

14.1.5- não mantiver os projetos técnicos;

14.1.6- comportar-se de modo inidôneo;

14.2- O interessado, vencedor ou contratado que cometer qualquer das infrações discriminadas no subitem anterior ficará sujeito, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes penalidades:

14.2.1 - Pelo atraso injustificado na entrega ou durante a execução do contrato, será aplicada multa moratória de 0,5% (meio por cento) por dia de atraso, limitada ao valor total atualizado do contrato (valor do prêmio), acrescida dos juros e correção monetária. Caberá a devolução integral do valor pago, em caso de pagamento antecipado, acrescido dos juros e correção monetária;

14.2.2 - Ocorrendo o não cumprimento total ou parcial deste instrumento convocatório e/ou do Contrato, a FIOTEC poderá aplicar a multa de 10% (dez por cento), calculada sobre o valor total, e atualizado deste Contrato e dos Aditivos se for o caso;

14.2.3 - As multas dos subitens 14.2.1 e 14.2.2 poderão ser descontadas dos pagamentos do prêmio ou ainda, cobrados judicialmente;

14.2.4- O interessado/adjudicatário que cometer as infrações dos subitens 14.1.1, 14.1.2, 14.1.3, 14.1.5 e 14.1.6, será aplicada multa de até 10% (dez por cento), calculada sobre o valor total do prêmio;

14.3 - As infrações enumeradas no subitem 14.1 acarretará na suspensão de contratar com a FIOTEC por até 5 (cinco) anos.

Parágrafo Primeiro

Em qualquer dos casos acima referidos poderá acarretar Advertência através de Notificação Eletrônica, que não poderá ser recusada pelo Contratado, sob pena de serem aplicadas as penalidades ora previstas.

Parágrafo Segundo

A penalidade prevista no subitem 14.3 poderá ser aplicada juntamente com as demais.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA REGULARIDADE DA CONTRATADA

A **CONTRATADA** comprovou a inexistência de débito para com as contribuições sociais, conforme consulta datada de ____/____/____ ao CNJ, CEIS e CNDT, às fls. ____ e _____, respectivamente, da Seleção Pública 005/2018.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- DO RECEBIMENTO DO OBJETO

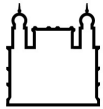
O recebimento definitivo da OBRA será realizado pelo fiscal do contrato mediante o aceite, como condição para o atesto da Nota Fiscal, que deverá ser efetuado no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento da referida Nota, como condição para o pagamento previsto neste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA FISCALIZAÇÃO

a. A execução dos serviços será fiscalizada por representante designado pela Fundação Oswaldo Cruz.

a.1. Fiscalizar o cumprimento das obrigações contratuais.

a.2. Solicitar da **CONTRATADA** ou providenciar junto à Administração da FIOCRUZ, tempestivamente, todas as medidas necessárias ao bom andamento dos serviços.



a.3. Emitir pareceres em todos os atos da Administração relativos à execução do contrato e, em especial, na aplicação de sanções, alterações e reajustes do contrato mediante apoio logístico, administrativo e de gestão financeira da Fiotec.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA VIGÊNCIA

O presente contrato terá vigência de 08 meses a contar da data da sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA PUBLICAÇÃO

O resultado da seleção pública do concurso será divulgado nos sites da Fiocruz e da Fiotec.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DO FORO

As partes contratantes ficam cientes de que o foro para dirimir as questões que não forem solucionadas na via administrativa será o da Foro Estadual da Comarca da Capital da cidade do Rio de Janeiro –RJ.

E, por estarem de acordo, depois de lido e achado conforme, o presente contrato foi lavrado em 3 (três) vias de igual teor e forma, assinado pelas partes abaixo.

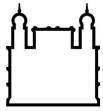
Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Autoridade competente

Representante legal

Testemunha

Testemunha



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE DOS PRODUTORES

O(s) AUTOR(es) e/ou TITULAR(es) declara(m) que a OBRA é criação original própria, responsabilizando-se integralmente pelo conteúdo e outros elementos que fazem parte da OBRA, inclusive os direitos de voz, imagem e conexos vinculados à OBRA, obrigando-se a indenizar terceiros por danos, bem como indenizar e ressarcir a Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ e/ou Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde- FIOTEC de eventuais despesas que vierem a suportar, em razão de qualquer ofensa a direitos autorais, conexos, voz ou imagem, principalmente no que diz respeito a plágio e violações de direitos.

Local e data

Assinatura responsável

ANEXO VI

TEMAS PREFERENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA

1. Doenças Negligenciadas

A expressão “doenças negligenciadas” vem dos anos 1970 e refere-se a um conjunto de doenças causadas por agentes infecciosos e parasitários (vírus, bactérias, protozoários e helmintos). São um subgrupo das “doenças transmissíveis” que tendem a ser endêmicas nas populações de baixa renda e presente, em sua maioria, nos países em desenvolvimento. Exemplos: dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, tuberculose, entre outras. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “mais de um bilhão de pessoas estão infectadas com uma ou mais doenças negligenciadas”.

O adjetivo “negligenciada” refere-se ao fato que, mesmo quando existem pesquisas relacionada a estas doenças, “o conhecimento produzido não se reverte em avanços terapêuticos como fármacos, métodos diagnósticos e vacinas”. O reduzido potencial de retorno lucrativo, uma vez que a população atingida é de baixa renda, não desperta o interesse da grande indústria farmacêutica. Mas o combate a estas doenças, que atingem principalmente as populações marginalizadas, é essencial para o cumprimento dos objetivos do milênio, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) para o desenvolvimento global e equitativo.

Portanto esta classificação, doenças negligenciadas, “representa uma evolução da denominação “doenças tropicais” por contemplar os contextos de desenvolvimento político, econômico e social. Ultrapassa a visão herdada do colonialismo de um determinismo geográfico da causalidade de doenças”.

Mais recentemente o tema entrou na agenda do Ministério da Saúde, que em 2008 promoveu um encontro - juntamente com a Fundação Oswaldo Cruz e diversas instituições e países - para definir estratégias de pesquisas transnacionais em doenças negligenciadas.

Referências:

Carlos M. Morel: Inovação em saúde e doenças negligenciadas. Cad. Saúde Pública v. 22 n.8. Rio de Janeiro, ago. 2006. Editorial.

MS: Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. Texto de difusão técnica-científica do Ministério da Saúde. Rev. Saúde Pública 2010; 44(1): 200-2.

Fiocruz: Doenças negligenciadas. [HTTP://www.edts.fiocruz.br/inct-idn/index.php?option=com_k2view=item&layout=it](http://www.edts.fiocruz.br/inct-idn/index.php?option=com_k2view=item&layout=it). (Acesso em 25/02/2013)

Wanderley de Souza: Grupo de estudos sobre doenças negligenciadas no Brasil. Site da Academia Brasileira de Ciências – www.abc.org.br

Portal Scielo Livros

<http://books.scielo.org/?lang=pt>

2. História da Saúde Pública

História, saúde e ciências formam um trinômio indissociável. História, nessa equação, não indica propriamente a disciplina e sim a opção por uma perspectiva, um modo de observar, interpretar e agir que considera espaço e tempo e é partilhado por várias especialidades acadêmicas e profissionais. Saúde opera como marca de distinção: circunscreve um universo de objetos possíveis e, ao mesmo tempo, define o lugar de sujeitos de conhecimento e atores sociais. As ciências, por sua vez, vêm sempre no plural – por serem múltiplos os campos disciplinares que lidam com os processos de vida e morte, e por ser a interdisciplinaridade condição *sine qua non* ao avanço dos conhecimentos tanto em ciências da vida como em ciências sociais. Nesse contexto, a história da saúde pública e das ciências biomédicas compreende não só a evolução – nem sempre linear – dos conteúdos técnico-científicos, mas também os processos políticos, sociais e culturais.

Atualmente, destaca-se a produção acadêmica de qualidade em história da saúde e das ciências que vem se expandindo nas universidades e instituições de pesquisa nacionais. E compartilhar tal produção com o grande público é o que este Edital almeja ao selecionar projetos cujos temas, com diferentes recortes espaciais e temporais, podem abarcar desde as biografias até a história dos saberes e práticas médicas e populares, da história das doenças e epidemias, das políticas e campanhas sanitárias, das vacinas e terapêuticas, das profissões e instituições de saúde e ciências, das relações de gênero, das questões de etnicidade, da divulgação científica, da recepção e circulação de teorias científicas etc. Por meio da linguagem audiovisual, busca-se ampliar o acesso a esses conhecimentos e, assim, contribuir para a compreensão do passado e do presente de nossa sociedade.

Referências:

Portal da Casa de Oswaldo Cruz: www.coc.fiocruz.br

História, Ciências, Saúde – Manguinhos e outros periódicos disponíveis no Portal SciELO : www.scielo.br

Observatório História e Saúde: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br>

Rede Latino-Americana de História e Patrimônio Cultural da Saúde:
www.redebrahpcs.saude.gov.br

BVS Historia y Patrimônio Cultural de la Salud: <http://hpcs.bvsalud.org>

BVS Adolpho Lutz: www.bvsalutz.coc.fiocruz.br

BVS Carlos Chagas: www.bvschagas.coc.fiocruz.br

BVS História da POLIOmielite: www.bvspolio.coc.fiocruz.br

Biblioteca Virtual Sergio Arouca: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br>

Coleção História e Saúde | Editora Fiocruz: www.fiocruz.br/editora

Portal SciELO Livros (buscar títulos em história): <http://livros.scielo.org>

Linha do Tempo | Fiocruz: www.fiocruz.br/linhadotempo/linha_do_tempo.html

Portal Scielo Livros

<http://books.scielo.org/?lang=pt>

3. Doenças Transmissíveis

A expressão “doença transmissível” é um termo técnico de uso generalizado e definido pela organização Pan-americana de saúde: “qualquer doença causada por um agente infeccioso específico, ou seus produtos tóxicos, que se manifesta pela transmissão deste agente ou de seus produtos, de uma pessoa ou animal infectado ou de um reservatório a um hospedeiro suscetível, direta ou indiretamente por meio de um hospedeiro intermediário, de natureza vegetal ou animal, de um vetor ou do meio ambiente inanimado”. A expressão doença transmissível pode ser sintetizada como doença cujo agente etiológico é vivo e é transmissível: vírus, bactérias, helmintos. São doenças transmissíveis aquelas em que o organismo parasitante pode migrar do parasitado para o sadio, havendo ou não uma fase intermediária de desenvolvimento no ambiente.

A maioria das doenças infecciosas está associada à pobreza e ao subdesenvolvimento. Nas economias fracas, dependentes, a causalidade das doenças transmissíveis, especialmente as chamadas doenças tropicais, está tão fortemente vinculada à miséria que, como suporte para as medidas de controle dessas doenças, poder-se-ia propor a remoção da miséria e seu cortejo (falta de acesso à terra, à escola, à água etc.). Medidas de caráter permanente, para suprir essa falta sairiam mais baratas em longo prazo e trariam o controle definitivo de várias dessas enfermidades (febre tifóide, cólera, tracoma, doença de chagas, leishmaniose, peste, esquistossomose e outras verminoses etc.).

Referências:

[HTTP://www.inf.furb.br/sias/saude/Textos/doencas_transmissiveis.htm](http://www.inf.furb.br/sias/saude/Textos/doencas_transmissiveis.htm) (Texto acessado em 25/02/2013:)

Medronho, R. A. Epidemiologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003.

Pereira, M.G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

Aedes: ampliando o foco (Radis 161/216)

<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/161/reportagens/aedes-ampliando-o-foco> (acesso em 21 de agosto de 2017)

Portal Scielo Livros

<http://books.scielo.org/?lang=pt>

4. Doenças Não Transmissíveis

O controle relativo das doenças infecciosas e parasitárias, a diminuição da taxa de fecundidade levando à queda da mortalidade infantil, aumento da população de idosos, maior cobertura dos serviços de saúde, mudança nos hábitos alimentares, sedentarismo, entre outros fatores, são geralmente associados a mudanças drásticas no padrão de morbimortalidade das populações. É o que se tem chamado de transição epidemiológica: mudança de um quadro sanitário em que prevaleciam as doenças transmissíveis (relacionadas a fatores etiológicos específicos como vírus e bactérias) para outro em que prevalecem doenças de etiologia multifatorial como hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, doenças renais, doenças músculo-esqueléticas, doenças e transtornos mentais. As doenças não transmissíveis (DNT) – às vezes também chamadas de crônico-degenerativas – resultam da interação de fatores hereditários ou adquiridos, condições de vida, estilo de vida, hábitos como o sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, riscos ocupacionais e outros.

Se às doenças não transmissíveis (DNT) acrescentarmos os agravos decorrentes do processo acelerado de urbanização e de mudanças sócio culturais responsáveis pelo aumento de acidentes e violências (causas externas), teremos as “doenças e agravos não transmissíveis” (DANT), que são responsáveis por dois terços da carga de doenças no Brasil.

A maior parte dessa carga de doenças não é um resultado inevitável da sociedade moderna e do envelhecimento da população – trata-se de um mal que pode ser prevenido, e geralmente a um custo muito baixo.

Referências:

Jarbas B. da S. Junior. Vigilância das Dant no contexto da vigilância em saúde no Brasil. In: Seminário nacional de vigilância em Dant e promoção da saúde: anais. MS: Brasília, DF, 2006. (<http://www.saude.gov.br/editora>)

Deborah C. Malta. Agenda de prioridades da vigilância e prevenção de doenças crônico não transmissíveis. In: Seminário nacional de vigilância em Dant e promoção da saúde: anais. MS: Brasília, DF, 2006. (<http://www.saude.gov.br/editora>)

Mariza Grimmer. Análise da situação dos agravos e doenças crônico não transmissíveis no Estado do Rio de Janeiro, 2005. In: Seminário nacional de vigilância em Dant e promoção da saúde: anais. MS: Brasília, DF, 2006. (<http://www.saude.gov.br/editora>).

Frenk, J. et AL. La transición epidemiológica en America Latina. Bol.Of. Sanit.Panam., [S.l.], v. 111, n.6, p.485-496, 1991.

Diabetes. Radis 157/15.

http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis157_web.pdf acesso em 23/08/17

Portal Scielo Livros

<http://books.scielo.org/?lang=pt>

5. Violência e Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu em 2002, o conceito de violência que é hoje adotado no setor saúde como o uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Antes, no Brasil, o Ministério da Saúde publicou um documento denominado Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência, (PRMAT Portaria MS/GM n. 737 de 16/05/01, visando orientar o setor quanto a sua atuação diante do problema. Com isso o setor saúde busca atender às mudanças do perfil de mortalidade e morbidade do país, propondo a articulação entre os setores da sociedade e destes com a sociedade civil, no sentido de reduzir as mortes e internações por causas violentas.

Apesar dos números dos sistemas de informação do Ministério da Saúde revelarem a gravidade do problema da violência, ainda se desconhece a verdadeira magnitude das violências, pois o que se observa é apenas a ponta de um iceberg, que são os casos graves, que vão a óbito ou que geram hospitalizações. A violência doméstica e sexual, os maus-tratos, que vitimam diariamente crianças, adolescentes, mulheres e idosos, o trabalho infantil, o tráfico de seres humanos, a violência no trabalho, a tortura, a violência doméstica e sexual cometida contra homens e mulheres, de todas as faixas etárias, dentre outras violências, ainda não são pouco dimensionadas em sua magnitude e gravidade.

A PRMAT também acrescenta a definição de acidente à de violência, porque, na Classificação Internacional das Doenças (CID), violência e acidentes vêm juntos. Os acidentes e violências configuram um conjunto de eventos e lesões que podem ou não levar a óbito, reconhecidos na CID como causas externas. Na CID, a categoria “causas externas” inclui os homicídios, os suicídios e os acidentes (de todas as espécies, mas os que mais vitimam a população são os de transporte e de trânsito). Nos traumas que provocam enfermidades ou incapacidades a OMS inclui as lesões físicas e psíquicas, os envenenamentos, os ferimentos, as fraturas, as queimaduras e as intoxicações. Na maioria dos países desenvolvidos há mais tempo, e no Brasil, nos últimos 20 anos, as enfermidades infecciosas vêm cedendo lugar às doenças crônicas e degenerativas e aos agravos provocados por violências e acidentes.

Esses problemas dependem, em grande parte, das condições de vida, das questões ambientais, dos avanços que estão ocorrendo na ciência e tecnologia do setor, sobretudo na biologia, e também, mas não prioritariamente, nas intervenções e nos procedimentos médicos. A esse movimento de mudança no perfil e no contexto das taxas de mortalidade e de morbidade, os estudiosos dão o nome de transição epidemiológica.

O caso da violência é exemplar para se entender a transição que junta questões sociais e problemas de saúde. No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 01 a 39 anos. Dados do Ministério da Saúde (MS) registraram em 2009, 138.697 óbitos por causas externas, representando 12,6% do total de óbitos. No período de 1980 a 2009 houve um incremento percentual de 35,5% (passou de 9,3% em 1980 para 12,6% em 2009) nos óbitos atribuídos a causas externas. Em

2009, o sexo masculino respondeu por 83,1% das mortes e o feminino por 16,9%. Entre 1980 e 2009, a composição da mortalidade por causas externas registrou um aumento de 269,8% das mortes por agressões, que passaram de 13.910, correspondentes para 51.434 e passando da segunda para a primeira causa de óbito entre as causas externas. No mesmo ano, a faixa etária que concentrou mais homicídios foi de 20 a 39 anos, desses, 63,2%, no sexo masculino, 54,1% no feminino. No processo de transição epidemiológica brasileiro, diferente de outros países, a inversão do peso das mortes por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) em relação às doenças crônicas não transmissíveis foi acompanhada pelo aumento das causas externas. Enquanto as DIP reduziram de 46%, em 1930, para 4,3% em 2009; as doenças do aparelho circulatório passaram de 12%, em 1930, para 29%, em 2009; as causas externas subiram de 3%, em 1930, para 12,6%, em 2009. Enquanto na população geral, as causas externas ocupam a terceira posição, na faixa etária de 1 a 39 anos, elas são a primeira de morte. Geralmente a natureza dos atos violentos pode ser reconhecida em quatro modalidades de expressão, também denominadas de abusos ou maus-tratos: física, psicológica, sexual e envolvendo negligência e abandono ou privação de cuidados.

Portanto, faz-se necessário ampliar o conhecimento sobre esse problema, inclusive caracterizando melhor o tipo e local da violência e identificando o perfil da vítima e do/a autor/a da agressão. Este desafio torna-se maior em relação às informações sobre violência sexual, psicológica e doméstica, onde ainda impera a lei do silêncio, do medo, dos tabus e do preconceito. Há também o desafio de se conhecer a violência que acomete homens, as formas de assédio moral, as tentativas de suicídio, o tráfico de pessoas e as intervenções legais feitas por agentes da lei no exercício da profissão contra homens e mulheres, em qualquer faixa etária.

Como se observa, a violência afeta muito a saúde: ela provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos psíquicos; diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; mostra a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca novos problemas para o atendimento médico; e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos. A maioria dos óbitos e das lesões e

traumas (cerca de 80%) ocorre nos grandes centros urbanos do país e estão relacionadas sobretudo aos grupos vinculados ao tráfico de drogas, a agressões interpessoais e a acidentes de trânsito e de transporte.

No entanto, nos últimos anos tem havido uma interiorização da violência por conta do tráfico de drogas e armas, além da violência doméstica que ocorre no silêncio dos lares e está presente em cidades grandes, médias e pequenas. Um fator muito importante na produção da violência que se concentra nas cidades são as armas de fogo, embora ainda se registre a presença de armas brancas como canivetes e punhais. A importância de conhecer a dimensão e o perfil dos agravos impulsionou a criação da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências) que implica em coletar dados a partir de várias fontes de dados (Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, Sistema de Internações Hospitalares - SIH, Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN, boletins de ocorrências policiais, mídia, dentre outros. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a notificação é compulsória quando da suspeita ou confirmação de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, tentativa de suicídio, tráfico e intervenção legal.

A maioria das vítimas fatais dos acidentes e violências são do sexo masculino, adolescentes, jovens e adultos jovens, que morrem precocemente, sendo essas causas campeãs de anos potenciais de vida perdidos. Nos hospitais que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), em 2011, as internações por causas externas representaram aproximadamente 8,6% do total por todas as causas e ocupando o quarto lugar nas hospitalizações (excluindo-se o grupo gravidez, parto e puerpério). Na distribuição das internações por causas externas segundo sexo e idade observou-se que 70,3% eram homens e 29,7% mulheres. As hospitalizações concentraram-se nas faixas etárias de 15 a 39 anos (45% do total), e de 40 a 59 anos (23%).

Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/
(Ensp/Fiocruz)

Referências:

Temáticas relevantes de serem exploradas:

- Perfil das pessoas vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais ou autoprovocadas, que são atendidas nos serviços sentinela;
- Perfil das pessoas vítimas de acidentes, que são atendidas nos serviços de urgência e emergência;
- Perfil dos autores/as da agressão;
- Tipos de atendimentos decorrentes das violências (interpessoais ou autoprovocadas) e dos acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, intoxicações, dentre outros) atendidos em unidades de urgência/emergência e outros serviços de referência para violências;
- Eventos decorrentes dos acidentes e das violências de menor gravidade, que não geraram internação ou levaram ao óbito;
- Violência doméstica, sexual e outras formas de violências interpessoais e autoprovocadas;
- Políticas públicas de prevenção, atenção, proteção e promoção da saúde e cultura de paz.

Marcos legais:

Lei n. 8.069, de 13/07/1990, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Lei n. 10.741, de 01/10/2003, que instituiu o Estatuto do Idoso;

Lei n. 10.778, de 24/11/2003, que instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher em serviços de saúde públicos e privados. Esta lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei n. 5.099 de 03/06/2004;

Lei n. 12.461, de 26 de julho de 2011, que altera a Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde;

Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009, que altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072,

de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.

Livros e sites:

Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde) - http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0315_M.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf

Minayo, MCS. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006

Minayo, MCS; Souza, ER. (orgs.) Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003

Krug EG et al., eds. World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde). Geneva, World Health Organization, 2002.

Não é não. Episódios recentes evidenciam a cultura do estupro no país (Radis 166/16)

http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_166_web.pdf (acesso em 29/08/17)

Portal Scielo Livros

<http://books.scielo.org/?lang=pt>

6. Gravidez na adolescência/Amamentação

Gravidez na adolescência

No Brasil, quase 20% dos partos ocorrem em mulheres adolescentes, ou seja, com até 19 anos de idade. Embora não haja consenso na literatura em relação aos prejuízos biológicos da gravidez nessa fase da vida, é reconhecido que parir na adolescência aponta desigualdade importante em relação às adultas, sendo muito mais frequente em países em desenvolvimento, regiões com baixo IDH e em grupos socialmente desfavorecidos.

Dentre as desvantagens sociais para estas mães se destaca a formação acadêmica, havendo enorme evasão escolar, sendo uma grande parcela de forma definitiva. Questão também relevante é a maior chance de criarem os filhos sem o suporte paterno, estando a maioria sem companheiro desde o nascimento.

Quanto à magnitude da gravidez na adolescência no Brasil, ainda que tenha se observado uma queda de 17% entre os anos de 2004 e 2015 (Ministério da Saúde, 2017), comparado aos países desenvolvidos (2,1% no Reino Unido, por exemplo) ainda é muito elevada a nossa proporção, especialmente nas regiões mais pobres do país. Pelos dados da pesquisa Nascer no Brasil, o parto em adolescentes representa 26,7% dos nascimentos no Norte do país, 21,3% no Nordeste, 20,1% na região Centro-Oeste e 16,5% no Sul e no Sudeste. Destes partos, são realizados pelo Sistema Único de Saúde quase 95%. Em relação à cor da pele da mãe, é bem maior a proporção de partos de adolescentes pretas e pardas quando comparadas às adultas. Do mesmo modo, enquanto 21,6% das adultas pertencem às classes econômicas D e E, nas adolescentes esse valor é de 34,7%, dados que apontam estreita relação da gravidez na adolescência com a pobreza.

De um modo geral é baixa a intenção de engravidar entre puérperas brasileiras. Segundo dados da pesquisa Nascer no Brasil 44,6% das mulheres no pós-parto imediato declararam que queriam ter engravidado. Entretanto, nas adolescentes esse percentual foi mais baixo, 34,4%. Resultado que aponta dificuldades de acesso destas adolescentes nos programas de planejamento familiar.

Sobre a assistência pré-natal, dentre as grávidas, são nas adolescentes que os prejuízos de uma atenção precária à gestação se mostram mais intensos. O pré-natal como prática protetora dos desfechos desfavoráveis na gravidez, contribui, dentre outros, para uma menor incidência de morbimortalidade materna e perinatal. Alguns estudos mostram que a grávida adolescente inicia mais tardiamente o acompanhamento pré-natal e termina por fazer um menor número de consultas, quando comparadas às mulheres com 20 anos e mais.

Contudo, nem sempre a gravidez representa algo negativo ou indesejado para as adolescentes. Faz-se necessário pontuar que a gestação e maternidade podem possuir significados diversos, podendo variar de pessoa para pessoa, de acordo com os diferentes contextos socioeconômicos e culturais. Em condições de vida de grande adversidade, a maternidade pode, em alguns casos, trazer um novo sentido para estas adolescentes, com novas escolhas e planos de vida, visando oferecer melhores condições de vida ao filho.

Silvana Granado Nogueira da Gama
Escola Nacional de Saúde Pública/Ensp-Fiocruz

Direito à Amamentação

A Declaração Universal dos Direitos Humanos estabeleceu o direito à vida, que é o primeiro e mais elementar dos direitos fundamentais do ser humano. Nesse contexto, torna-se importante trabalhar o direito ao aleitamento materno e à nutrição adequada como uma questão de direito fundamental, por se tratar não apenas de um fator de sobrevivência para recém-nascidos, como também de um recurso natural e sustentável capaz de definir a qualidade de vida que terá um indivíduo.

Considerado o alimento padrão ouro, o leite humano possui inúmeros benefícios para a criança, podendo influenciar sua história de vida até a fase adulta. Além de proteger contra diarreias e infecções respiratórias, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e complementar até os dois anos ou mais, diminui o risco de alergias, colesterol alto, diabetes e obesidade.

Portanto, garantir o acesso ao leite humano como salvaguarda da vida de milhares de recém-nascidos do mundo inteiro e, além disso, contribuir para o desenvolvimento sustentável em suas diversas dimensões, torna-se fundamental e tem sido o compromisso diário de profissionais que atuam nas 311 unidades de bancos de leite humano (BLHs) que compõem a Rede Global de Bancos de Leite Humano (rBLH).

Coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em ação integrada com a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) do Ministério da Saúde (MS-Brasil), a rBLH se destaca no cenário nacional e internacional pelo impacto positivo para a saúde materno-infantil de suas ações. Com um pouco mais de uma década de cooperações bilaterais e multilateral, a Fiocruz, em conjunto com a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e o MS-Brasil, a rBLH colabora com 23 nações, 18 da América Latina, duas da Península Ibérica e três da África.

O modelo brasileiro em funcionamento pelo mundo é o de casa de apoio à amamentação, no sentido de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, o que

inclui fortemente a defesa pelo direito de amamentar e de ser amamentado. E os números da rBLH falam por si só: de 2009 a 2016, a Rede Global contou com mais de 1,8 milhão de doadoras. Foram coletados mais 1,5 milhão de litros de leite e quase 1,9 milhão de recém-nascidos foram beneficiados.

A conscientização sobre a importância do aleitamento materno nessas unidades se inicia ainda no pré-natal, com a realização de grupos educativos para os futuros papais, onde é possível tirar dúvidas, compartilhar experiências e desmistificar crenças antigas que possam contribuir para o desmame precoce. Dessa forma, os BLHs seguem contando com a solidariedade de milhares de doadoras de leite humano que, com esse simples gesto, ajudam a salvar vidas. Todo leite doado aos BLHs ou Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH) passa por um rigoroso processo de seleção, classificação e pasteurização, até que esteja pronto para ser distribuído com qualidade certificada aos bebês prematuros e/ou de baixo peso internados nas UTIs Neonatais.

Coordenação da Rede Global de Bancos de Leite Humano/Fiocruz

Referências

ALENCAR, S.M.S.M. Doadoras e Doações. Banco de Leite Humano: Funcionamento, Prevenção e Controle de Riscos. Anvisa. Brasília, 2008. Disponível em <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

ALMEIDA, J.A.G. de. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ALMEIDA, J.A.G; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, supl. 5, p. 119-125. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

ALMINO, J.; LIMA, S.E.M. 30 Anos da ABC: Visões da Cooperação Técnica Internacional Brasileira. Brasília. Editora Fundação Alexandre de Gusmão, 2017. <https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/8/30anos_abc.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC-ANVISA nº. 171, de 04 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. ANVISA: resoluções, Brasília, DF, 4 set. 2006. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/rdc_171.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <
<http://www.saude.gov.br/>> Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília, 2004. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. REDEBLH. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Disponível em: <www.rblh.fiocruz.br>. Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. REDEBLH. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Programa IBERBLH. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em: < <http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/>> Acesso em: 20 ago. 2017.

IberBLH - Programa Iberoamericano de Bancos de Leche Humana. Carta de Brasilia 2005. [Internet]. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: <http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/images/cartadebsb1.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2017.

IberBLH - Programa Iberoamericano de Bancos de Leche Humana. Carta de Brasilia 2010. [Internet]. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: <
http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/images/carta_bsb_2010_port.pdf> Acesso em: 20 ago. 2017.

IberBLH - Programa Iberoamericano de Bancos de Leche Humana. Carta de Brasilia 2015. [Internet]. Rio de Janeiro; 2015. Disponível em: <
http://www.iberblh.org/images/cartaBSB2015/carta_bsb_2015_port.pdf> Acesso em: 20 ago. 2017.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <
https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/8/declaracao_universal_dos_direitos_humanos.pdf> Acesso em 20 ago. 2017.

RABUFFETTI, A.G. Cooperação técnica internacional em bancos de leite humano: um estudo da horizontalidade nos projetos bilaterais. Rio de Janeiro, 2014. Dissertação (Mestrado na Modalidade Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <
<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4015>> Acesso em: 20 ago. 2017.

YouTube. (2015, Outubro 2). A rRBLH no contexto da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Video file]. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=3CP-ZA13keM>

YouTube. “Rede de Bancos de Leite Humano”. Retrieved from <http://www.youtube.com/user/rBLHvideos>

Aleitamento materno. Especial Agência Fiocruz de Notícias. <https://agencia.fiocruz.br/aleitamento-materno> Acesso em 31/08/17

Portal Scielo Livros

<http://books.scielo.org/?lang=pt>

7. Saúde nas prisões brasileiras

O sistema prisional brasileiro vem ocupando cada vez mais espaço entre as preocupações nacionais em razão dos inúmeros problemas colocados pelo crescente aumento do número de pessoas privadas de liberdade, pela deterioração das condições de encarceramento e pelo aumento da violência dentro dos presídios, que a cada dia toma mais espaço nos noticiários em razão de rebeliões, mortes, diversos tipos de ilicitudes e graves problemas de saúde que afetam esta população.

Desde finais do séc. XX, o número de pessoas presas no Brasil vem crescendo de modo acelerado, alcançando, em junho de 2017, 711.463 pessoas presas. Este número colocou a população prisional brasileira entre as três maiores do mundo, atrás apenas dos EUA e China. Já em março de 2013, o Grupo de Trabalho das Nações Unidas sobre Detenção Arbitrária, que esteve no Brasil mostrava preocupações com o uso excessivo da prisão no país (OEA, 2013).

Ao se observar o perfil da população prisional brasileira, verifica-se que a prisão tem adquirido contornos de verdadeira repressão e criminalização da pobreza e de segregação de grupos sociais marginalizados. De acordo com dados do Departamento Penitenciário Nacional (Depen), em sua maioria eles são jovens, negros, em idade produtiva, com baixa escolaridade, pouca qualificação profissional e reduzidas chances de ingressar no mercado de trabalho. Entre as ações penais pelas quais respondem, 40% correspondem a crimes

contra o patrimônio e 27% a crimes relacionados às drogas, enquanto o homicídio e o latrocínio respondem, respectivamente, por 11% e 3% dos registros,

Aliada a estes processos de seletividade penal observa-se, também, a precariedade da assistência jurídica de que dispõem: das pessoas presas no Brasil, 1/3 não foram sequer julgadas. Estas pessoas, que, em sua maioria, viviam em comunidades desfavorecidas, em precárias condições sociais, econômicas, habitacionais, educacionais e sanitárias, sem a garantia de acesso a direitos sociais básicos, vêm sua situação de saúde agravar-se na prisão.

Celas superlotadas, escuras, mal arejadas, sem higiene, infestadas de insetos, além de uma alimentação de má qualidade, como se vê em geral nas prisões brasileiras, constituem o ambiente propício à multiplicação e transmissão de doenças infectocontagiosas. Leptospirose e doenças de pele, como escabiose e pediculose, são frequentes, assim como as doenças sexualmente transmissíveis, entre as quais a Aids. Entre as doenças respiratórias, destaca-se a tuberculose.

Estudos apontam que o risco de que as pessoas presas desenvolvam tuberculose durante o encarceramento é considerável. Dados do Ministério da Saúde apontam que a incidência de tuberculose (TB) ativa nas prisões é cerca de vinte vezes superior à da população geral. Pesquisas realizadas em prisões das regiões Sul e Sudeste (1) (2) mostram que 5 a 10% dos detentos apresentam TB ativa, o que faz com que se considere que esta doença constitui, de fato, uma segunda pena para muitos detentos no Brasil.

A situação de confinamento num ambiente violento, fortemente hierarquizado, atravessado por conflitos e tensões com a administração e dos presos entre si concorre também para o desenvolvimento de sentimento de insegurança pessoal e de sofrimentos psíquicos que marcam de modo relevante a vida nas prisões. A depressão e o estresse são apontados como graves problemas de saúde nas prisões, bem como a adição ao uso de drogas, tanto lícitas como ilícitas.

Agravando este quadro, a atenção à saúde pautada por uma abordagem estritamente biomédica e submissa à ordem disciplinar não encontra estratégias efetivas para prevenção e promoção da saúde nem para a garantia de acesso às ações e serviços de saúde, configurando às vezes uma completa desassistência. Levantamento recente do MPRJ

nas unidades prisionais do Estado, encontrou que que 517 pessoas presas morreram em decorrência de diversas doenças, entre janeiro de 2015 e agosto de 2017, um número maior do que os assassinatos na prisão que, no mesmo período, fizeram 37 vítimas.

As dificuldades de acesso nas prisões não se limitam às barreiras impostas pelas grades e pela reduzida mobilidade dos detentos. Neste contexto, elas se referem também à concepção de saúde como um privilégio e não como um direito, à sua utilização como moeda de troca, à hierarquização dos riscos à vida e à saúde nesse ambiente violento que envolve conflitos e tensões tanto entre presos e o pessoal de segurança como dos presos entre si.

Nas prisões, os agentes penitenciários são atores chave no acesso a saúde. No entanto, sem informação, sentindo-se descompromissados com as ações de saúde e não percebendo os benefícios que teriam com a melhora das condições de saúde nas prisões, eles acabam por dificultar o acesso aos serviços de saúde, realizando triagens informais, muitas vezes baseadas no mérito, na disciplina e na segurança.

Porém, estes profissionais, por trabalharem diretamente com os detentos nestes ambientes confinados e sem higiene, também estão expostos ao contágio de inúmeras doenças. Estudos em prisões no exterior e no Brasil sobre a infecção por tuberculose entre os agentes penitenciários apontam que eles estão entre os grupos ocupacionais com maior risco de contrair tuberculose.

Os profissionais de saúde, mal remunerados, com contratos de trabalho precários, são sobrecarregados e isolados nas unidades prisionais com limitadas ferramentas para diagnóstico e tratamento dos doentes e exercem suas funções no limite da ética profissional. Nesse contexto, as ações de prevenção e de promoção da saúde são negligenciadas em favor de práticas prescritivas e biomédicas.

Mulheres presas

No Brasil, as mulheres respondem apenas por 6% da população prisional. Em junho de 2014, havia no sistema penitenciário brasileiro 37.380 mulheres. Entretanto, observa-se um crescimento acelerado do encarceramento feminino. Enquanto a taxa total de

aprisionamento aumentou 119%, entre 2000 e 2014, a taxa de aprisionamento de mulheres, no mesmo período, cresceu 567%. Este crescimento espantoso é, certamente, um dos fatores que vêm tirando da invisibilidade as questões colocadas pela prisão de mulheres.

De acordo com o INFOPEN, do total de unidades prisionais do país (1.420), apenas 103 são exclusivamente femininas (7% do total), enquanto 1.070 são masculinas e 239 são consideradas mistas (abrigam homens e mulheres). Apenas 34% dos estabelecimentos femininos dispõem de cela ou dormitório adequado para gestantes e 32% com o espaço

De acordo com relatórios (BRASIL, MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014) sobre mulheres encarceradas no Brasil, as unidades não são construídas respeitando as particularidades femininas e tampouco apresentam condições de habitabilidade e salubridade necessárias. A precariedade e a inadequação das instalações aliadas às normas e regulamentos que orientam as relações e práticas nestes estabelecimentos incorporam as assimetrias de gênero e ocasionam constantes violações dos direitos das mulheres aí confinadas. Inúmeros relatos apontam problemas que vão desde a inadequação dos banheiros até a falta de absorventes e roupas íntimas, dificultando a higiene e os cuidados pessoais e de saúde das mulheres presas (BRASIL, MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2008; BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2008).

De acordo com o Relatório do Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional, o controle e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis não são oferecidos às mulheres em situação de prisão ou o são de forma assistemática, assim como os exames de rotina de prevenção de câncer de colo de útero e de mama, bem como o planejamento familiar, num claro desrespeito à lei e às normas sanitárias, impondo a estas mulheres sofrimentos evitáveis, gerando um cenário de iniquidade em saúde ainda mais grave do que aquele que se observa no Brasil entre as mulheres pobres.

As desigualdades de gênero quando combinadas com a prisão também impõem às mulheres presas maiores dificuldades do que aos homens, visto que muitas delas são responsáveis pela família, arcando com a responsabilidade da criação dos filhos e a manutenção da casa. Seu encarceramento piora a situação financeira da família e fragiliza os

vínculos familiares, pois são poucos os pais que permanecem com os filhos, que, na maioria das vezes, passam aos cuidados das avós.

Muitas dessas mulheres encontram dificuldades para referenciar os filhos no momento em que são presas e a falta de ações ou políticas públicas que deem suporte a essas crianças que deixam de contar com os cuidados e a proteção materna faz com que, muitas vezes, elas sejam entregues para guarda de outras famílias sem qualquer acompanhamento ou proteção, em total desacordo com as garantias constitucionais e legais que garantem proteção integral à infância e prioridade absoluta para políticas sociais que garantam a efetivação de seus direitos.

Tendo em vista o fechamento do cárcere e as relações de dominação que caracterizam a vida nestes estabelecimentos, as famílias são um recurso muito importante para o acesso a serviços externos como, por exemplo, o acompanhamento do processo penal, mas, também, para a garantia de acesso a medicamentos, roupas íntimas e produtos de higiene que, por mais absurdo que possa parecer, não são fornecidos pela administração penitenciária. Assim, as dificuldades das famílias para visitá-las reduzem os recursos de que as mulheres presas dispõem para enfrentar as limitações e o sofrimento produzido pelo encarceramento.

Do mesmo modo, embora a Constituição Federal assegure a todos os brasileiros o direito à assistência à saúde, direito também previsto na Lei de Execução Penal – LEP, e ainda que o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, atualmente substituído pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, tenha sido instituído no ano de 2003 com o objetivo de promover a atenção integral à saúde da população penitenciária, observa-se que a assistência à saúde é extremamente deficitária nas prisões brasileiras, em especial a atenção à saúde da mulher e a seus direitos sexuais e reprodutivos.

Mudanças neste quadro, que confronta os regramentos nacionais e internacionais que asseguram às pessoas presas o direito à saúde, à integridade física e à dignidade pessoal, constitui um grande desafio. Sua efetivação requer articulações intersetoriais, a participação de diferentes atores que atuam neste contexto e, especialmente, decisões políticas que

enfrentem simultaneamente, a superlotação carcerária e as condições insalubres das prisões tendo por base penas e medidas alternativas à prisão.

Alexandra Roma Sánchez
Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz

Referências

Portal Scielo Livros

<http://books.scielo.org/?lang=pt>

8. Saúde do Trabalhador

O termo Saúde do Trabalhador designa uma área específica do campo de práticas da Saúde Coletiva / Saúde Pública que trata das relações entre a Produção, o Ambiente e a Saúde (P/A/S) e neste caso (Saúde do Trabalhador). Refere-se, particularmente, às relações que se estabelecem entre as atividades próprias do trabalho e a saúde dos trabalhadores que as executam, ou seja, de como o processo de produção de bens determina em seus agentes (força de trabalho) também a produção de processos de saúde-doença. Em outras palavras, os processos de trabalho são processos dinâmicos que reúnem insumos (objetos de trabalho), instrumentos e meios de trabalho (máquinas e outros objetos e substâncias) e agentes (trabalhadores de todos os tipos e com funções variadas) num determinado microambiente (fábricas, escritórios, campos de cultivo agrícola, estabelecimentos financeiros, laboratórios, escolas, hospitais, salas de espetáculos, entre outros) para produzir uma mercadoria (produtos variados). São os próprios elementos constituintes e suas relações técnicas em condições determinadas que caracterizam cada processo de produção e trabalho e criam as situações onde se originam os riscos à saúde a que os trabalhadores estarão expostos na dependência das relações sociais vigentes, isto é, naquelas condições de trabalho concretas que são permitidas de acordo com as formas e estágio com que as relações capital/ trabalho se encontram naquela específica formação social.

Deste ponto de vista, considera-se que seja o processo de Produção – Trabalho em suas relações, considerado num determinado modo de produção, em tempo e momento históricos definidos e numa dada sociedade, o determinante principal da Saúde dos Trabalhadores.

A produção de quadros mórbidos pelo trabalho é uma questão presente em todos os setores e níveis da produção e perpassa todos os tipos de atividades do sistema, inclusive aquelas que se constituem nos processos de produção do conhecimento, das tecnologias e das artes.

Dada a existência dos riscos à saúde presentes no trabalho, os trabalhadores sendo a eles expostos, vão desenvolver danos à saúde de vários tipos, tais como, lesões e doenças, além de sofrimento psíquico, e com gravidades variáveis que podem ter como consequências negativas incapacidades temporárias ou crônicas de vários graus e, inclusive levar ao óbito. Devemos assinalar que alguns destes riscos são de difícil controle e outros, ainda que possuam condições técnicas para serem banidos ou abolidos, não o são concretamente, por várias razões, entre as quais: as imposições e restrições exercidas poderosamente pelos setores econômicos vis a vis a densidade política dos organismos que representam os trabalhadores; a ausência ou não utilização de equipamentos coletivos e/ou individuais de prevenção e segurança; as atuais lacunas do conhecimento sobre sua patogênese ou sobre as técnicas de prevenção e controle apropriadas; as falhas e incompletudes da legislação pertinente ou dos sistemas de vigilância à saúde e de fiscalização do cumprimento das leis e normas de saúde e segurança no trabalho e, por último, mas não menos importante, a ausência de vontade política do estado em valorizar e proteger a saúde, especialmente a dos trabalhadores.

Assim, os trabalhadores são submetidos no trabalho a exposições aos riscos para a saúde de frequências, intensidades e durações variáveis de uma ampla gama de riscos de diferentes naturezas. A exposição pode se dar em relação a mais de um risco simultaneamente ou a vários riscos em tempos diferentes. Além disso, em alguns tipos de atividades e de acordo com a especificidade do risco, há um duplo ou triplo padrão de exposição: no trabalho, na sua residência e entorno e ao consumir os produtos do trabalho

sob a forma de mercadorias. É o que acontece no caso dos agrotóxicos onde há exposições no trabalho (produção de agrotóxicos ou produção agrícola de alimentos que fazem uso destas substâncias), exposições dadas pelo consumo de alimentos contaminados e exposições ambientais de entornos e na moradia do trabalhador contaminados pelos processos de produção. Caso parecido é o da exposição (ocupacional, ambiental e alimentar) por mercúrio usado nos processos de extração e separação do ouro, onde há exposição no trabalho (mineração) com conseqüente poluição ambiental de cursos de água que vão contaminar os peixes que ao serem ingeridos pelas pessoas causam intoxicações, como também há poluição aérea urbana pelo processo de queima do ouro já tratado com mercúrio em fundos de quintais na região norte do país.

Em princípio, os riscos ocupacionais são classificados como: riscos físicos, químicos, biológicos e psicossociais. Cada um destes grupos contém tipos diferentes de elementos que atuam sobre o corpo ou mente humanas de formas específicas, como por exemplo:

- Os riscos mecânicos produzem uma grande variedade de lesões, entre elas: as provenientes de choques mecânicos em acidentes de trabalho e de percurso que lesam a integridade de órgãos e tecidos das vítimas provocando fraturas, contusões, ferimentos e rompimentos internos e externos, além de concussões cerebrais, entre outros; as provenientes de movimentos repetitivos que levam a moléstias musculoesqueléticas como no caso dos digitadores; as lesões da coluna vertebral dos trabalhadores da construção civil no transporte de meios de trabalho acima de sua capacidade de física de suporte.

- Os riscos químicos produzem intoxicações agudas e crônicas, doenças degenerativas, inclusive cânceres, desequilíbrios endócrinos, lesões neurológicas que levam a vários tipos de incapacidades, como também provocam alterações psicológicas e comportamentais, além das alergias em suas diferentes formas de apresentação. Devemos acentuar que as substâncias químicas isoladamente ou presentes em compostos derivados e também nos alimentos podem causar problemas em todos os órgãos, aparelhos e sistemas orgânicos e atingir os fetos em gestação, como também podem causar alterações de cromossomas nos adultos, algumas das quais são transmitidas aos seus descendentes. Os trabalhadores que exercem atividades de trabalho com agrotóxicos, em todas as etapas da

produção (fábricas), comércio (transporte e venda) e consumo (aplicação na lavoura e nas campanhas contra vetores ou agentes biológicos de doenças) estão entre aqueles detentores das maiores taxas de exposição a estas substâncias e os mais atingidos pelas consequências negativas à saúde por eles produzidas.

Porém, em razão do uso intensivo destas substâncias e seus derivados na indústria, em geral, considera-se que, nas condições de trabalho deficitárias em termos sanitários que ainda se encontram presentes em nosso país, haja um número bastante elevado de trabalhadores expostos e intoxicados sem diagnóstico no país. Além disso, há grande produção de novas substâncias e compostos que são utilizadas industrialmente sem que a ciência tenha tido tempo e competência para verificar seus atributos, enquanto potenciais agentes de doenças nos seres vivos, inclusive nos humanos.

- Os riscos biológicos que levam a doenças infecciosas e parasitárias estão presentes nos trabalhadores de saúde ao lidarem com pacientes ou “portadores sãos” de agentes infecciosos transmissíveis por diversas formas. Também, os trabalhadores que se deslocam para compor as frentes de trabalho localizadas em áreas endêmicas destas doenças, mormente das que necessitam de vetores presentes na natureza para existir e se disseminar entre as populações humanas, como a malária, a febre amarela, a esquistossomose, entre outras, estão sujeitos a estes riscos, como por exemplo, os operários da construção de hidrelétricas e de rodovias na Amazônia. Por outro lado, aqueles trabalhadores que já vivem em áreas endêmicas, mas que por força de sua atividade particular de trabalho, são forçados a aceitar as condições de vida (principalmente habitação, alimentação e transporte) oferecidas pelo patrão, delimitadas em termos espaciais dentro da propriedade deste e regidas pelo contrato de trabalho podem estar submetidos a riscos biológicos particulares, como por exemplo, os camponeses que vivem em habitações precárias nas regiões onde persiste a doença de Chagas ou aqueles que trabalham em locais onde existem cobras venenosas e há perigo de envenenamento por sua picada.

- Os riscos psicossociais são ocasionados na maioria das vezes por formas e exigências no trabalho, quaisquer que sejam suas atividades, que não levam em conta as reais possibilidades físicas e mentais dos trabalhadores, sua saúde ou bem-estar. Decorrem das

“necessidades” do capital pela maior produtividade dos processos de produção ou se processam em momentos de crise dos sistemas econômicos quando se recebe a contenção de gastos / custos da produção onde são priorizados os custos da mão de obra. Nestas situações são criadas fórmulas de gestão dos recursos humanos e normas convenientes para justificar as demissões com menores ônus para os patrões que se revestem de uma neutralidade aparente baseada numa organização científica do trabalho que impõe grandes constrangimentos ao trabalhador. Entre estes: ritmos e intensidades de trabalho superiores aos alcançáveis para uma porção considerável dos trabalhadores, regras que impedem o convívio livre e saudável ou a própria relação entre os trabalhadores, regras que impedem a satisfação de necessidades fisiológicas básicas durante o período de trabalho, estímulo a formas agressivas de competitividade no trabalho, exposição pública das deficiências ou vulnerabilidades, prêmios por delações das formas de resistência e atitudes de luta de trabalhadores considerados “rebeldes”.

Enfim, várias providências são tomadas para que o trabalhador comum se sinta diminuído frente a colegas tidos como “mais aptos” e confiáveis pela empresa que o levam a se considerar como um perdedor, fraco, inábil, incompetente e um potencial candidato ao desemprego. Estas situações caracterizam um processo de desvalorização do trabalhador que é vivido por ele com dor, medo e perda de autonomia que se exterioriza por sinais e sintomas no plano psíquico e que tem sido chamado de “sofrimento mental”.

Devem ser considerados também os riscos da fadiga, do stress e da carga de trabalho que se consubstanciam nos esforços persistentes acima da capacidade física dos trabalhadores levando em consideração o tipo de esforço requerido, na intensidade e ritmo do trabalho e na duração da jornada. Estes riscos levam a uma variedade grande de desgastes físicos e mentais e no limite podem provocar a morte repentina do trabalhador em seu local de trabalho como já tem acontecido no Japão e também nas lavouras de cana do interior do estado de São Paulo.

Ademais da importância de pensar o trabalhador em uma dimensão coletiva, ela não é suficiente para a elaboração de possibilidades de prevenção e, principalmente de promoção da saúde dos trabalhadores. Neste sentido, devemos nos aproximar deste sujeito,

em sua singularidade, no que se refere às maneiras diferenciadas como interpretam suas experiências de vida e trabalho, inclusive seus episódios de doença e incapacidade e às formas como compreendem e atuam frente às situações e condições de risco no trabalho e fora dele, ao sofrimento e receios que acompanham o processo mórbido e sua procura por alívio, por atenção e cuidado da saúde. A inclusão da dimensão individual é muito importante na tentativa de aproximação da integralidade deste sujeito, o trabalhador.

Entende-se, enfim, que a Saúde do Trabalhador, se propõe como área da saúde com objetivos e função de produzir conhecimentos científicos e técnicos, atuar no serviço de saúde e nos processos educativos em todos os níveis, colaborando com a sociedade civil e com o estado na formulação de políticas públicas de saúde e trabalho que levem maiores níveis de saúde e qualidade de vida a população trabalhadora.

Referências

Gómez, C.M; Machado J.M.H. e Pena P.G.L. (organizadores). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2011.

Machado, J. M. H.. [A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador](#).
Revista “Ciências e saúde coletiva” 10(4): 987-992, ABRASCO, 2005. Acesso no SciELO
Brasil

Portal Scielo Livros

<http://books.scielo.org/?lang=pt>

9. Saúde Mental

A área da Saúde Mental e Atenção Psicossocial tem no conceito de *desinstitucionalização* sua principal diretriz atual. Neste sentido as orientações que inspiram o campo são:

Os processos de fechamento de estruturas hospitalares psiquiátricas com a consequente construção de redes de atenção psicossocial de base territorial;

As experiências de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de Residências e Repúblicas Terapêuticas, de Projetos Culturais (que envolvem práticas como pintura, música,

vídeo, tv's comunitárias, teatro, dentre outras), de Projetos de Geração de Renda e Economia Solidária; de Atividades de lazer e esportes.

Além de diversas outras onde os sujeitos, antes confinados nos manicômios, possam usufruir de um bem estar em sua vida, na cidade. Os vídeos devem explorar a riqueza da diversidade de experiências que existem no território brasileiro e garantir a manutenção constante do debate sobre os direitos essenciais das pessoas em sofrimento psíquico, os ditos loucos.

Paulo Amarante
Professor e Pesquisador Titular
Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
LAPS/DAPS/ENSP - Fundação Oswaldo Cruz

Referências:

www.abrasme.org.br - Associação Brasileira de Saúde Mental. Acesso em 10/07/2013.

<http://drogasedireitoshumanos.org/> - Frente Nacional Drogas e Cidadania – Pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política sobre Drogas. Acesso em 10/07/2013.

<http://saudecosol.org/> - Rede de Saúde Mental e Economia Solidária. Acesso em 10/07/2013.

Portal Scielo Livros

<http://books.scielo.org/?lang=pt>

10. Saúde e Ambiente

Na Constituição Federal de 1988, assim como consta o direito universal e igualitário do cidadão à saúde, se estabelece o direito a um meio ambiente equilibrado, com condições de saneamento básico, moradia e água potável condizentes com uma vida digna e com a saúde socioambiental.

Ao passo que limites de orçamento impossibilitam o Estado de custear todos os direitos do cidadão a partir de políticas públicas e, por outro lado, a população avança em ações de forte impacto negativo sobre o ambiente, distorções deste equilíbrio são

identificadas, fazendo do tema – que já alarma o mundo em diversos aspectos – também uma questão de saúde pública.

A exposição a fatores ambientais e seu impacto sobre a saúde motivaram a Organização Mundial de Saúde, na década de 1990, a estimular a criação de organismos que tivessem na relação do meio ambiente com a saúde sua preocupação central. Sucessivas reuniões internacionais entre instituições de pesquisa proporcionaram o desenvolvimento de um marco teórico de análise da causalidade dos efeitos do meio ambiente sobre a saúde e hoje a interssetorialidade se apresenta como principal alternativa na elaboração de políticas públicas de saúde ambiental. É do estudo da relação do homem com o meio ambiente que nascem os subsídios de definição de estratégias de prevenção e controle de doenças e agravos.

Neste contexto, temas como sustentabilidade e saúde, economia verde e saúde, governança em saúde e meio ambiente para o desenvolvimento sustentável, presentes, por exemplo, no documento [Saúde na Rio+20: Desenvolvimento Sustentável, Ambiente e Saúde](#), tornam-se recorrentes em fóruns de debate e trocas de conhecimento de diversos setores da sociedade, cada vez mais articulados para fazer valer a máxima já idealizada na Lei brasileira.

Referências:

Saúde e ambiente. PENSESUS. <http://pensesus.fiocruz.br/saude-e-ambiente>

À margem do São Francisco (Radis 117/2017).

<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/177/reportagens/margem-do-sao-francisco>

Acesso em 22/08/2017

Portal Scielo Livros

<http://books.scielo.org/?lang=pt>

11. Determinação Social da Saúde

De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e

fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

Estudos sobre determinantes sociais apontam que há distintas abordagens possíveis. Além disso, que há uma variação quanto à compreensão sobre os mecanismos que acarretam em iniquidades de saúde. Por isso, os determinantes sociais não podem ser avaliados somente pelas doenças geradas, pois vão além, influenciando todas as dimensões do processo de saúde das populações, tanto do ponto de vista do indivíduo, quanto da coletividade na qual ele se insere.

Entre os desafios para entender a relação entre determinantes sociais e saúde está o estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, não havendo um a simples relação direta de causa-efeito.

Daí a importância do setor saúde se somar aos demais setores da sociedade no combate às iniquidades. Todas as políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer são importantes neste processo, além da própria conscientização do indivíduo sobre sua participação pessoal no processo de produção da saúde e da qualidade de vida.

Paulo Buss e Alberto Pelegrinni

Fundação Oswaldo Cruz

Referências

BUSS, P; PELEGRINNI, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais; *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

Determinantes sociais. PENSESUS. <http://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso em 20/07/2017.

Site Determinantes sociais da saúde. Portal e Observatório sobre Iniquidades em Saúde. <http://dssbr.org/site/> acesso em 29/08/17

Cidadania de papelão. Radis 165/16. http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_165_web.pdf Acesso em 28/08/17

Agenda 2030. Radis 177/17. <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/177/reportagens/agenda-2030> acesso em 29/08/17

12) Vigilância em Saúde

No Brasil, o registro mais antigo de ações de prevenção e controle de doenças é a adoção de medidas para conter uma epidemia de febre amarela no Porto de Recife, no século XVII. A partir da transferência da Coroa Portuguesa (1808) estrutura-se uma política sanitária que adota, entre outras medidas, a quarentena. Em 1889 é promulgada a Regulamentação dos Serviços de Saúde dos Portos para prevenir a chegada de epidemias e possibilitar um comércio seguro. A partir de 1903, quando Oswaldo Cruz assume a Direção Geral de Saúde Pública, inicia-se a reorganização dos serviços de higiene conferindo ao Governo Federal a responsabilidade de coordenar ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis.

Durante a maior parte do século XX, o Estado brasileiro organizou as ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis como programas verticalizados, coordenados pelo Governo Federal, e estabelecidos em 1941 como Serviços Nacionais encarregados de controlar as doenças mais prevalentes da época. Em 1968 foi criado o Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE) na Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), que aplicou os conceitos e as práticas da moderna vigilância, nascida nos Estados Unidos na década de 1950, no programa de erradicação da varíola. O CIE instituiu, a partir de 1969, o primeiro sistema de notificação regular para o monitoramento da situação epidemiológica de um conjunto de doenças. A V Conferência Nacional de Saúde (1975) propôs a criação de um sistema de Vigilância Epidemiológica no país, recomendação operacionalizada com a criação o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), baseado no Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais de Saúde, seguido pela instituição da notificação compulsória de casos e/ou óbitos de 14 doenças para todo o território nacional.

Em 2003 o Ministério da Saúde reorganizou a área de epidemiologia e controle de doenças, extinguindo o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) e criando a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Esta passou a reunir todas as atribuições do CENEPI e dos programas que integraram a extinta Secretaria de Políticas de Saúde. A alteração na denominação correspondeu a uma importante mudança institucional, reunindo todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças numa mesma estrutura, consolidando o processo de ampliação do objeto da vigilância, para responder de forma mais efetiva aos desafios apresentados pelo complexo perfil epidemiológico do Brasil contemporâneo. A efetiva descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as secretarias estaduais e municipais de saúde iniciou-se com a publicação da Portaria GM/MS 1.399/99, que regulamentou a Norma Operacional Básica 01/96 quanto às competências da União, estados e municípios na área de epidemiologia e controle de doenças. A Portaria GM/MS 1.172/04 aprimora o processo de descentralização das ações de vigilância, definindo as atividades sob o título *vigilância em saúde*, a saber: vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco, vigilância ambiental em saúde e análise de situação de saúde. Em 2007 a gestão federal da saúde do trabalhador é transferida da Secretaria de Atenção à Saúde para a Secretaria de Vigilância em Saúde (portaria GM/MS nº 1.956/07). A portaria GM/MS 3.252/09 fortalece o papel gestor dos estados e municípios e amplia o escopo das ações de Vigilância em Saúde, compreendendo vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária. A Portaria GM/MS 1.387/13, vigente atualmente, revoga a Portaria 3.252/09 mas mantém os conceitos desta e regulamenta as responsabilidades e diretrizes para a execução e o financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), criado pela portaria 2031/2004 da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), desempenha papel central no sistema de vigilância em saúde do país. É composto por um conjunto de redes de laboratórios, organizadas em sub-redes de agravos ou programas

hierarquizadas por grau de complexidade das atividades, de forma a atender as ações de vigilância em saúde e de assistência médica. Cada laboratório de referência tem como atribuições gerais, de acordo com a hierarquização e com os agravos específicos a que se dedica: realizar exames de alta complexidade; desenvolver pesquisas e cooperações para a obtenção de conhecimentos sobre novas tecnologias; capacitar recursos humanos; participar da redação de manuais e normas técnicas; supervisionar e controlar a qualidade dos exames realizados pelos laboratórios componentes das sub-redes; assessorar e monitorar as atividades dos Laboratórios Centrais (LACEN) dos estados; disponibilizar aos gestores do SUS relatórios técnicos periódicos.

O reconhecimento do surgimento de doenças transmissíveis emergentes e reemergentes com frequência cada vez maior nos últimos anos alertou para a necessidade de investir na vigilância em saúde permanente e sistemática, com ampla capacidade laboratorial e monitoramento contínuo, através do estabelecimento de sistemas ágeis de identificação de problemas, capazes de prever, investigar, detectar precocemente e divulgar de forma rápida a ocorrência de agravos de importância sanitária. Em sintonia com o Regulamento Sanitário Internacional esses sistemas devem incluir ferramentas e ações para: integrar e equipar os laboratórios no âmbito do Sislab apoiando as atividades das áreas técnicas da vigilância em saúde; estimular a comunicação e a circulação de informações sobre agravos emergentes e determinar estratégias de controle e prevenção; fortalecer a infraestrutura de saúde pública no país, permitindo o estabelecimento da vigilância e a implementação dos programas de prevenção e controle. Adicionalmente, o perfil epidemiológico brasileiro contemporâneo caracteriza-se por uma carga de doença composta de persistência de agravos transmissíveis característica de países subdesenvolvidos e de uma crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e violência. Essa complexidade traz a necessidade de ampliação do foco da atenção da vigilância em saúde, especialmente nas áreas de vigilância ambiental e de agravos não transmissíveis, ao mesmo

tempo em que mantêm os sistemas mais bem estabelecidos de vigilância de doenças transmissíveis

Temáticas relevantes de serem exploradas:

- Vigilância de febre amarela: mosquitos, primatas não humanos e seres humanos;
- Mudanças ambientais e doenças emergentes / reemergentes;
- Vigilância da resistência bacteriana;
- Vigilância em Saúde do trabalhador;
- Papel e funcionamento do Laboratório de referência;
- Investigação de surtos e análises de situação em saúde: os exemplos da Zika e da Chikungunya;
- Políticas públicas de vigilância em Saúde;
- A vigilância em saúde em um contexto de alta mobilidade geográfica;
- Vigilância sanitária e o controle de qualidade em saúde.

Marília Santini

Instituto Nacional de Infectologia (INI/Fiocruz)

Referências

Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde, 2006 - Ministério da Saúde.

Em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume13.pdf

Campos, CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2>

Sabroza, P et al. O mestrado profissionalizante em vigilância em saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Em: <http://books.scielo.org/id/sp/pdf/leal-9788575412855-12.pdf>

Vigilância em saúde. Canal Saúde (31/07.2017)

<http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=Vigilancia-em-Saude-LES-1903>

acesso em 28/03/17

Vigilância em saúde. Canal Saúde (21/08/17)

<http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=Vigilancia-em-Saude-UND-0774>

acesso em 28/03/17

Vigilância em saúde. Canal Saúde (31/07.2017)

<http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=Vigilancia-em-Saude-LES-1903>

acesso em 28/03/17

Vigilância em saúde. Canal Saúde (21/08/17)

<http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=Vigilancia-em-Saude-UND-0774>

acesso em 28/03/17

Portal Scielo Livros

<http://books.scielo.org/?lang=pt>

13) Estratégia Saúde da Família/Atenção Primária em Saúde

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o principal programa relacionado à atenção básica do Brasil, que, por sua vez, é considerada a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde. É, dessa forma, um programa central no contexto da saúde pública brasileira. Atualmente, o programa tem cerca de 33 mil equipes atuando em 96,7% dos municípios brasileiros, o que abrange cerca de trinta milhões de famílias. Existem no Brasil cerca de 260 mil agentes comunitários de saúde (Brasil, 2012).

A ESF integra um conjunto de medidas de organização da atenção básica na perspectiva de se construir uma das estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde da população no âmbito do SUS. Tem como finalidade contribuir para a reorientação do modelo assistencial tendo como base a atenção básica, com a prestação de serviços no próprio domicílio – com o objetivo de humanizar o atendimento, abordar a saúde dentro do contexto social e intervir em fatores de risco nas residências.

As equipes da ESF são formadas pelos profissionais a seguir, com as respectivas atribuições:

- Um médico: atende a todos os integrantes de cada família e desenvolve com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população;

- Um enfermeiro: supervisiona o trabalho de agentes comunitários de saúde e do auxiliar de enfermagem; realiza consultas nas unidades de saúde e assiste as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem no domicílio;

- Um auxiliar de enfermagem: realiza procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Atenção (UBS) e no domicílio e executa ações de orientação sanitária;

- Quatro a seis agentes comunitários de saúde: fazem ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio mensalmente; realizam o mapeamento das áreas, o cadastramento das famílias e estimulam a comunidade a se envolver no programa.

Cada equipe é responsável pela por uma área geográfica que engloba de sessenta a oitenta famílias. Cada profissional da equipe dispõe de suas próprias atribuições e responsabilidades. As equipes têm como função promover o conceito de saúde como direito à cidadania, humanizar o atendimento à saúde, realizar consultas médicas e de enfermagem, prevenir doenças e identificar fatores de risco, além de fazer visitas domiciliares e reuniões com a comunidade.

As equipes não devem trabalhar isoladamente, mas buscar parceria com diversos segmentos da sociedade e desenvolver ações de educação e promoção da saúde, difundindo permanentemente as informações. Dessa forma, busca-se ampliar a participação das organizações populares no planejamento, execução e avaliação do programa.

Para garantir a atenção direta às famílias, a ESF colocou com figura central agente comunitário de saúde (ACS). A origem da figura do agente de saúde comunitária remete ao Ceará, em 1987, com o duplo objetivo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área de seca, ao mesmo tempo que se contribuísse para a queda da mortalidade infantil.

De acordo com Nardi (2014), essas equipes espalhadas pelas 5.228 cidades brasileiras vêm prestando atenção a 55, 21% da população nos diversos e mais diferentes territórios de suas atuações marcadas por visíveis êxitos em termos de resultados de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades a eles vinculados.

A construção da ESF no Brasil concentra-se, nas três últimas décadas, em um contexto de redemocratização e reforma dos serviços públicos. Tendo como base a mobilização de profissionais da saúde do movimento sanitário, que criticavam o modelo de saúde vigente e propunham alternativas para a construção de um novo modelo, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) quando da instalação da Constituição Federal de 1988. Em relação aos princípios e diretrizes, o SUS conseguiu assegurar a universalidade, a integralidade, a equidade e o foco na descentralização.

Desde as diretrizes do SUS, em 1993, começou a se formar o modelo de Saúde da Família no sertão do Ceará. Era inspirado em programas anteriores, como o Serviço Especial de Saúde Pública, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Pias) e os programas de médicos de família, de Cuba. A experiência do Saúde da Família, juntamente com a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) no estado (iniciada em 1987) e com as experiências de médicos de família em Niterói, São Paulo e Rio Grande do Sul, foram amplamente discutidas e, em 1994, o programa foi oficializado pelo Ministério da Saúde.

Fonte principal: Lotta, Gabriela Spanghero. Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

Outras referências

Cuidado em domicílio. Radis 178/17. <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/178/reportagens/cuidado-em-domicilio> acesso em 23/08/17

Entre ganhos e perdas. Radis 178/17
<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/178/reportagens/entre-avancos-e-retrocessos> acesso em 23/08/17

Especialistas em gente. Radis 171/16.
http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_171_web.pdf acesso em 29/08/17

Atenção às pessoas. Radis 171/16.
<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/171/reportagens/atencao-pessoas> acesso em 29/08/17

Souza, Maria Fátima de. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Campinas: Saberes Editora 2014.

Cuidado em domicílio. Radis 178/17. <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/178/reportagens/cuidado-em-domicilio> acesso em 23/08/17

Entre ganhos e perdas. Radis 178/17
<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/178/reportagens/entre-avancos-e-retrocessos> acesso em 23/08/17

Especialistas em gente. Radis 171/16.
http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_171_web.pdf acesso em 29/08/17

Atenção às pessoas. Radis 171/16.
<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/171/reportagens/atencao-pessoas> acesso em 29/08/17

Portal Scielo Livros

<http://books.scielo.org/?lang=pt>