

NESTA EDIÇÃO

Bancos de leite

5º Congresso Brasileiro debate desafios e conquistas no Brasil e no mundo

Comunicação

Regular não é censurar, defende artigo, na seção *Pós-Tudo*

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982

Nº 101 • Janeiro de 2011

Av. Brasil, 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ • 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis



Mala Direta
Postal

9912233515/2009-DR/RJ
FIOCRUZ

...CORREIOS...



O desafio de uma política equilibrada para as

DROGAS

atuação integral
SEGURANÇA

JUSTIÇA

descriminalização

participação do usuário

redução de danos

aspectos globais x aspectos médicos

necessidades do usuário

Solidariedade sem fronteiras, em exposição

Quando participava de uma ação de prevenção ao HIV/aids no Camboja, a enfermeira paulista Kelly Cardoso ficou emocionada ao ser convidada por uma senhora para dividir sua refeição. Incluída no programa de nutrição do da organização Médicos Sem Fronteiras (MSF), a dona de casa pesava 28 quilos e tinha apenas um pedaço de abóbora para comer. O pediatra mineiro Sérgio Cabral não esquece os repetidos agradecimentos de um pai afegão, cujo filho foi salvo por uma traqueostomia de urgência. O economista carioca Igor Moraes, integrante da equipe administrativa de uma ação de planejamento familiar na Libéria, ficou tocado com o caso de um bebê, abandonado pela mãe horas depois do parto.

Relatos de privação e dor e imagens de superação e esperança são compartilhados com a sociedade na exposição *Experiências de vida*, da MSF, com acesso permanente pela internet (www.experienciasdevida.org.br/) e que percorre o país desde o fim de 2010. A declaração “Só nos sentimos completos quando completamos a vida de quem tem fome”, na página inicial, resume o clima da exposição, que mostra como vivem e trabalham profissionais brasileiros que levam ajuda humanitária a lugares remotos em situações de catástrofes naturais, fome, conflitos e epidemias.

São relatos emocionantes, como os de Kelly, Sérgio e Igor, que revelam a disponibilidade de brasileiros para a causa humanitária — médicos, enfermeiros, psicólogos, administradores, economistas, engenheiros — e sua disposição em trabalhar em equipe e ajudar, atuando em realidades inóspitas como o Haiti após o terremoto, a conflituosa região do Complexo do Alemão, no Rio de Janeiro, ou bolsões de fome como a Etiópia.

Na exposição física — que já passou pelo Rio de Janeiro e Brasília, em 2010,

* A exposição fica até 13 de janeiro no Shopping Bay Market, em Niterói (RJ), e de 15 a 30 no aeroporto Santos Dumont, no Rio de Janeiro. Do Rio, segue para Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba e São Paulo. As datas ainda não estão confirmadas pelo MSF. A exposição online pode ser vista no site <http://www.experienciasdevida.org.br/>



FOTO: © BARVAL ZIA

Histórias como a do pediatra Sérgio Cabral (D), que não esquece os agradecimentos de um pai afegão por ter a vida de seu filho salva, podem ser acessadas também na versão virtual

e percorre várias cidades em 2011* — as histórias são apresentadas em quatro totens, que representam os eixos de atuação da organização (catástrofes, fome, conflitos e epidemias), equipados com aparelho de MP4 e fone de ouvido, para ouvir os depoimentos dos profissionais. Quatro vídeos mostram as experiências dos brasileiros nos projetos do MSF.

APOIO INTERATIVO

Um monitor *touchscreen* de 50 polegadas mostra um mapa digital com as fotos dos mais de 40 brasileiros em missão. Ao clicar no rosto do profissional, o visitante fica sabendo onde ele nasceu, em que países já trabalhou e onde está atuando no momento. Na internet, o visitante virtual tem acesso aos mesmos conteúdos — vídeos, depoimentos e fotos — também organizados pelos mesmos eixos de atuação do MSF, e pode navegar no mapa que mostra em que países atuam os brasileiros. Há, ainda, a opção de gravar em vídeo uma mensagem de incentivo aos profissionais, que é incluído no site da exposição e poderá ser compartilhado em redes sociais. Os dez vídeos mais acessados serão premiados com brindes da organização. “Queremos sensibilizar as pessoas a participarem do nosso trabalho. Seja fazendo parte do quadro de profissionais, ou contribuindo com doações”, diz o diretor executivo do MSF no Brasil, o canadense Tyler Fainstat.

O resultado confirma o poder de “mobilização e intervenção do MSF”, destacado pela psicóloga gaúcha Débora Noal, em seu depoimento gravado no Haiti, revestido de esperança: “Impressionante a capacidade do ser humano para se recuperar, encontrar saídas”.

A sensação de troca também aparece nas “ações rápidas, que oferecem cuidados de saúde e possibilitam a vida”, de acordo com a psicóloga paulista Elaine Teixeira, do projeto de co-infecção tuberculose e aids, na Suazilândia, Sul da África; na “resiliência da população”, observada pelo anestesiologista Otávio Omati, de São Paulo, que atuou no Paquistão após terremoto, em 2005, e passagem do ciclone Yemyin, em 2007: “Sua solidariedade e alegria de viver nos relembram como é bela a vida”; e na sensação de dever cumprido, narrada pela enfermeira Kelly: “O trabalho comunitário tem o poder de aquecer o coração”. (A.D.L.)



REPRODUÇÃO

Na abertura da exposição, fotos 'surtadas'

As faces do cuidado

“A integralidade na atenção à saúde não significa dar conta de tudo, mas de um todo”. Essa definição presente na matéria sobre o 10º Seminário Nacional do Projeto Integralidade, sintetiza o que orienta a ação de dezenas de gestores e profissionais da saúde e de outras áreas ouvidos nas diferentes reportagens desta edição. “Cuidado, assim como acolhimento e atenção, relaciona-se a sentimentos de solidariedade coletiva” lembra um convidado do seminário promovido pelo Lapis/UERJ. É preciso libertar o cuidado dos dispositivos “funcionalistas, produtivistas e fragmentários” ainda presentes nas políticas de saúde, acrescenta outra participante.

Os primeiros depoimentos desta edição vêm de médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, administradores, economistas e engenheiros brasileiros que integram a organização Médicos Sem Fronteiras e levam ajuda profissional a qualquer lugar do planeta onde haja catástrofes naturais, fome, conflitos armados e epidemias. Na interação com cada criança, cada coletividade, eles se surpreendem com a capacidade humana de recuperar forças e recomeçar.

Esta “resiliência” é o que permite reencontrar ânimo e alegria, a partir do pouco que resta. Nela apostam os especialistas quando defendem o foco na saúde do usuário para lidar com o consumo de drogas, que movimentam indústria milionária de produção e comercialização ilegal e associada ao tráfico de armas e lavagem de dinheiro. Nossa matéria não traz apenas um debate polarizado entre proibição ou legalização.

Transita na complexidade das gradações do controle de produção e comércio, nas implicações da criminalização e penalização do uso, no pragmatismo de políticas de redução de danos para usuários ou dependentes de drogas ilegais ou legais. Estudiosos da questão analisam aqui o quanto o modelo “proibicionista de controle” realimentou toda essa indústria, as limitações ao enfoque da saúde por conta do viés jurídico e penal dos tratados internacionais, as resistências às bem sucedidas estratégias de redução de danos e “consultórios de rua” no Brasil, a redução do consumo de drogas em países que resolveram enfrentar o problema de forma mais flexível, como Portugal.

Por fim, um tema que sempre dá muita satisfação abordar nesta revista: aleitamento materno e bancos de leite humano. A criação e articulação dos bancos e os excelentes resultados dessa política para a saúde das crianças e na redução da mortalidade infantil, contribuem para alcançar antecipadamente um dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio estabelecidos pelas Nações Unidas, compromisso com o qual a Fiocruz está inteiramente envolvida. No relato de brasileiros e companheiros de países ibéricos, da América Latina e Caribe, a alegria por cada novo banco de leite inaugurado e articulado em rede entre os países - vários ainda sem nenhum - e o interesse em identificar as fragilidades a serem analisadas e superadas.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

- ♦ Solidariedade sem fronteiras, em exposição 2

Editorial

- ♦ As faces do cuidado 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

5

Radis adverte

6

Toques da Redação

7



5º Congresso Brasileiro de Bancos de Leite Humano

- ♦ O aleitamento materno e os objetivos do milênio 8



Drogas

- ♦ Quebra-cabeça 13
- ♦ Entre a legalização e a proibição 16
- ♦ Entrevista – Luciana Boiteux: “Modelo proibicionista de combate às drogas falhou” 18



10º Seminário Nacional do projeto integralidade

- ♦ Em nome do cuidado 19

Serviço

22

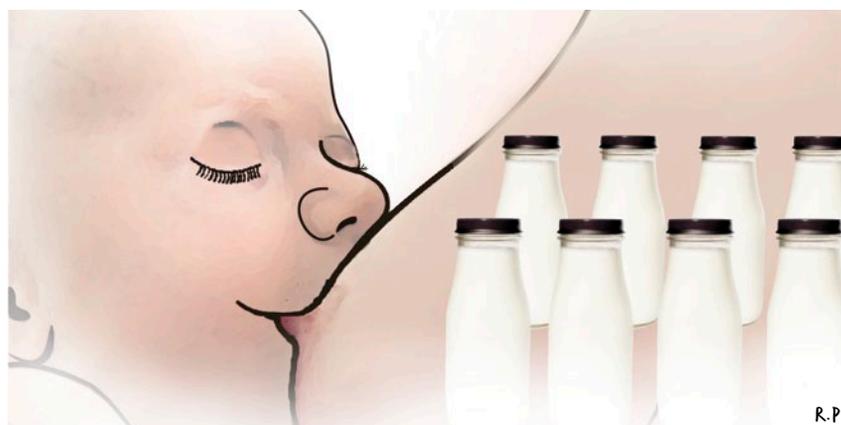
Pós-Tudo

- ♦ Regulação da comunicação não é censura 23

Capa Dayane Pereira Martins

Ilustrações Dayane Martins (D.M.) e Sérgio Eduardo de Oliveira (S.E.O.)

CARTUM



ROSÂNGELA PRIZOLATTI



CARTAS

SAÚDE MENTAL

Sou enfermeira especialista em Saúde da família, cursando especialização em saúde mental. Achei muito interessante a matéria sobre o assunto (*Radis* 97). É importante ressaltar como era o atendimento ao portador de transtorno mental, simplesmente jogado em porões da santa casa, abandonado pela família e rejeitado pela sociedade. Não existia respeito em relação a esse paciente, que passava por maus tratos, como eletrochoques e lobotomias, e ficava preso. Com a desinstitucionalização, houve grande avanço, diminuindo-se os manicômios e as internações hospitalares e propondo-se, com a Reforma Psiquiátrica, a inserção do paciente em sua família e na sociedade. Mas, a meu ver, a saúde mental pode avançar muito mais se houver parceria entre os CAPs e a atenção básica, que pode intervir, proporcionando melhoria na qualidade da assistência prestada de forma digna e humanizada.

- ♦ Maisa Matias Pereira, Conselheiro Lafaiete, MG

Fiquei muito satisfeita com a matéria sobre saúde mental (*Radis* 97). É de fundamental importância mostrar a realidade que, infelizmente, ainda existe na área, mas nota-se que está em pleno crescimento e com grandes conquistas a questão da intersectorialidade, para as pessoas que sofrem de algum distúrbio psiquiátrico, facilitando a reinserção social.

- ♦ Camila Canestrini Cáceres, Rosário do Sul, RS

CONFERÊNCIA DE EDUCAÇÃO

Parabenizo a *Radis* pela excelente abordagem e descrição da Conferência Nacional de Educação (*Radis* 94), e trago a fala de Claudia Werneck – “Contrariar a educação inclusiva é contrariar a Constituição” – para enfatizar que para a Educação há uma política nacional de educação inclusiva, e para a saúde? E acrescento: como estão sendo assistidas pelo SUS as pessoas com necessidades especiais? Como estão sendo preparados e qualificados os profissionais de saúde?

- ♦ Daiane Maria Nunes Martins, Jequié, BA

MODELO BIOPSISSOCIAL

Quero agradecer e parabenizar esta revista pelo compromisso com a comunicação em saúde pública. No artigo *Ética da diversidade na abordagem da deficiência* (*Radis* 92), são descritas duas abordagens diferentes, a médica e a social. Achei muito importante a separação, mas, atualmente, na Saúde Pública, visando aumentar o princípio da INTEGRALIDADE do atendimento no SUS, pelo qual o indivíduo é visto holisticamente, é necessária uma união dos dois modelos, no modelo BIOPSISSOCIAL. Este aborda o BIO (Biológico), o PSICO (Individual) e o Social, integrando várias perspectivas de funcionalidade. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) apresenta abordagem baseada nas consequências das doenças, priorizando a funcionalidade como um componente da saúde e considerando o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas. Espero que a CIF seja mais divulgada. Desde já, agradeço pela atenção.

- ♦ Frederico R. C. Silva, Sabará, MG

EXPEDIENTE



Ministério
da Saúde



RADIS® é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 72.000 exemplares
Assinatura grátis
(sujeita à ampliação do cadastro)

Presidente da Fiocruz Paulo Gadelha
Diretor da Ensp Antônio Ivo de Carvalho

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Eliane Bardanachvili (Milênio)
Reportagem Katia Machado (subedição/
Milênio), Adriano De Lavar e Bruno Dominguez (Milênio)

Arte Dayane Martins (subedição/Milênio),
Natalia Calzavara e Sérgio Eduardo
de Oliveira (estágio supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira,
Laís Tavares e Sandra Benigno

Secretaria e Administração Onésimo
Gouvêa, Fábio Lucas e Vitor Gomes
Neto (estágio supervisionado)
Informática Osvaldo José Filho

Endereço
Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Fale conosco (para assinatura, sugestões
e críticas)
Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119
E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (confira
também a resenha semanal *Radis* na
Rede e o *Exclusivo para web*, que
complementam a edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762
Site www.fiocruz.br/ouvidoria

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente reproduzido, desde que acompanhado dos créditos. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.

RADIS TAMBÉM AGRADECE

Gostaria de agradecer a todos quando recebo a *Radis* em casa. O conteúdo é de ótima qualidade e o trabalho é de alto nível e nos traz muito conhecimento. Fico ansiosa todo mês, esperando pela revista. Muito obrigada.

- ♦ Cleuza Carneiro Sousa Xavier

Fiquei muito feliz ao receber minha primeira edição em agosto de 2010 e espero fazer parte deste time por muito tempo, pois é de suma importância ficar sempre bem informada sobre o que acontece, principalmente, na área da saúde. E isso vocês fazem muito bem.

- ♦ Tatiana Ramacciotti, Salvador, BA

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha nome, endereço e telefone. Por questão de espaço, o texto pode ser resumido.

SÚMULA

RELATÓRIO DA ONU: EPIDEMIA DE AIDS EM DESACELERAÇÃO



Relatório divulgado pela ONU (23/11) informa que a estimativa de pessoas portadoras do vírus da aids no mundo é de 33,3 milhões e que a epidemia está começando a se desacelerar, apontando para uma reversão de cenário, informou a *Folha de S. Paulo*. De acordo com o relatório, o total de soropositivos em 2009 era ligeiramente inferior aos 33,4 milhões do ano anterior e a taxa de novas contaminações caiu quase 20%, nos últimos dez anos, em especial, entre os jovens, nos 15 países mais afetados, o que mostraria uma disseminação das práticas sexuais mais seguras. “Pela primeira vez, podemos dizer que estamos rompendo a trajetória da epidemia de aids. Paramos e começamos a reverter. Menos gente está sendo contaminada com o HIV e menos gente está morrendo de aids”, disse o diretor-executivo do Programa Unids, das Nações Unidas, Michel Sidibé.

No entanto, aponta o documento, estima-se que cerca de 10 milhões de pacientes em países pobres não tenham acesso a medicamentos importantes para controlar a doença e que crianças e grupos marginalizados, como usuários de drogas e profissionais do sexo, também têm menos chances de receber tratamento. Há, ainda, duas pessoas sendo contaminadas para cada paciente que começa a ser tratado — embora este seja um índice menor do que o de poucos anos atrás, com cinco novas infecções para cada duas pessoas que iniciavam o tratamento, de acordo com Sidibé, em entrevista ao jornal.

Para o diretor da Unids, os bons resultados não significam “missão cumprida”, pois há preocupação com a redução nas verbas para o combate à doença, que em 2009 se mantiveram estáveis pela primeira vez. No entanto, os cerca de US\$ 15,9 bilhões registrados no ano representam US\$ 10 bilhões aquém do necessário. “A demanda está superando a oferta. Estigma, discriminação e leis ruins continuam representando obstáculos às pessoas que vivem com HIV e a pessoas marginalizadas”, disse Sidibé ao jornal. Desde o início da epidemia, na década de 1980, mais de 60 milhões de pessoas já foram contaminadas pelo

vírus, e quase 30 milhões morreram. A aids pode ser controlada com remédios, mas ainda não tem cura.

MEDICAÇÃO CONTRA HIV PREVINE INFECÇÃO

Estudo pioneiro publicado no *New England Journal of Medicine*, chamado iPrEx (sigla para Iniciativa Profilaxia Pré-Exposição), mostrou que os indivíduos com alto risco de infecção pelo HIV que tomaram uma pílula diária, PrEP, contendo dois medicamentos contra o vírus amplamente utilizados — emtricitabina e tenofovir (FTC/TDF), — experimentaram uma média de 43,8% menos infecções do que aqueles que receberam uma pílula placebo. É a primeira evidência de que esse método de prevenção reduz o risco de infecção em humanos — outros estudos já haviam constatado que a PrEP era altamente eficaz em animais.

No Brasil, a Fiocruz, a Universidade de São Paulo e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, pelo Projeto Praça Onze, fazem parte do estudo, realizado desde 2007 também em outros cinco países (África do Sul, Equador, Estados Unidos, Peru e Tailândia), envolvendo 2.499 pessoas com alto risco para a infecção pelo HIV — homens e mulheres transexuais que fazem sexo com homens.

Todos os participantes receberam serviços de prevenção ao longo do estudo, incluindo teste de HIV, aconselhamento intensivo para sexo seguro, preservativos e tratamento para doenças sexualmente transmissíveis. Metade também recebeu a pílula PrEP, enquanto a outra metade recebeu placebo. Ao todo, 64 infecções pelo HIV foram registradas entre os 1.248 participantes do estudo que receberam uma pílula de placebo, enquanto 36 infecções pelo HIV foram registradas entre os 1.251 participantes que receberam a droga em estudo. A redução média no risco de infecção pelo HIV de 43,8% inclui mesmo aqueles que não tomaram a pílula diariamente de forma consistente. “Espero que esta descoberta suscite um renovado compromisso das comunidades, indústria e governo para impedir a propagação do HIV”, disse o presidente do Protocolo iPrEx, Robert Grant, dos Institutos Gladstone, da Universidade da Califórnia, em São Francisco.

Outros estudos da profilaxia entre homens e mulheres heterossexuais,

casais sorodiscordantes e usuários de drogas injetáveis estão em andamento. Cerca de 20 mil participantes estão ou deverão ser incluídos em estudos em todo o mundo. Ainda há muito a ser aprendido sobre como maximizar o impacto da PrEP e usar essa nova ferramenta de modo mais eficaz. Novo estudo de 18 meses, ao qual participantes do estudo original não infectados pelo HIV podem aderir, se desejarem, terá início em 2011 e deverá fornecer informações adicionais sobre eficácia, segurança, comportamento e a ingestão do comprimido. Os participantes HIV positivos também serão convidados a se inscrever nesta fase do estudo para contínuo monitoramento.

O PAPA E OS PRESERVATIVOS

O papa Bento 16 admitiu o uso de preservativos “em certos casos”, especialmente para reduzir o risco de contaminação pelo vírus da aids, em entrevista que concedeu para o livro *Luz do mundo: o papa, a Igreja e os sinais do tempo*, lançado em 23/11, na Alemanha, informou o portal G1 (21/11), citando a agência France Presse. No livro, que se baseia em 20 horas de entrevistas ao jornalista Peter Seewald, Bento 16 cita como exemplo uma prostituta que, ao usar o preservativo para se proteger, estaria dando “o primeiro passo para uma moralização”. Embora o papa tenha acrescentado também que os preservativos “não são realmente a melhor maneira de lidar com o mal da infecção por HIV”, a afirmação sobre seu uso aparenta uma flexibilização da Igreja em relação ao tema — o Vaticano proíbe o uso de qualquer forma de contracepção, mesmo que para evitar doenças sexualmente transmissíveis. Para o diretor da Unids, programa das Nações Unidas de combate da propagação do vírus da aids, Michel Sidibé, trata-se de “passo adiante significativo e positivo do Vaticano”, conforme nota, divulgada pelo portal G1 (21/11). “Este avanço reconhece que um comportamento sexual responsável e o uso do preservativo têm papel importante na prevenção do HIV/aids”, analisou, na nota, Sidibé, que, em 2009 teve conversas com representantes do Vaticano sobre a prevenção da aids. “Juntos podemos construir um mundo sem novas infecções, sem discriminação

e sem mortes como consequência da doença”, destacou.

ANALGÉSICO NA GRAVIDEZ: RISCO PARA BEBÊS MENINOS EM DEBATE

O uso prolongado de paracetamol e outros analgésicos durante a gravidez pode trazer riscos à saúde de bebês meninos. Estudo realizado na Dinamarca, Finlândia e França vinculou a ingestão desses medicamentos a um maior número de nascimentos de bebês com criptorquidia, informou o site da BBC (9/11). O distúrbio deixa os testículos escondidos ou fora do lugar e está associado à infertilidade e ao câncer no final da vida. Publicado na revista científica *Human Reproduction*, o estudo levou especialistas a pedir que mais pesquisas sobre o assunto sejam feitas. Eles recomendaram às mulheres grávidas que evitem tomar analgésicos, embora o uso ocasional para aliviar a dor não deva causar mal ao bebê, como orienta o serviço nacional de saúde britânico, NHS.

O estudo envolveu mais de 2 mil mulheres grávidas e seus filhos. Os pesquisadores concluíram que as mulheres que usaram mais de um analgésico simultaneamente, como por exemplo o paracetamol e o ibuprofeno, apresentaram sete vezes mais riscos de ter filhos com criptorquidia do que as que não tomaram analgésicos. O segundo trimestre de gestação (de 14 semanas a 27 semanas) pareceu ser um período particularmente sensível: o uso de qualquer analgésico nessa fase foi associado a risco dobrado de nascimentos com criptorquidia. O uso simultâneo de mais de um analgésico, incluindo o paracetamol, no período aumentou os riscos 16 vezes, e tomar analgésicos por mais de duas semanas também pareceu aumentar os riscos significativamente. Os pesquisadores

suspeitam de que analgésicos interferem na atividade natural dos hormônios masculinos em fetos de meninos, atrapalhando seu desenvolvimento normal. Allan Pacey, especialista em andrologia da Universidade de Sheffield, na Inglaterra, observou que há relativamente poucos exemplos concretos de que a exposição da mãe a substâncias químicas durante a gravidez cause problemas de reprodução em bebês meninos e que a maioria dos trabalhos desenvolvidos até hoje é de fundo teórico. “É prioritário que mais pesquisas sejam feitas”, disse. O médico Basky Thilaganathan, da Faculdade Real de Obstetrícia e Ginecologia da Grã-Bretanha, também atenta para a importância de os resultados da pesquisa serem interpretados com cuidado. “O estudo mostra uma associação em vez de uma relação causal. É possível que as mães tenham tomado esses analgésicos por causa de alguma doença, durante a gravidez. Essa doença pode ter sido a causa real dos problemas.

CAMPANHA PELO REMÉDIO FRACIONADO

Para tornar obrigatória a venda de medicamentos fracionados (permitida desde 2006, mas não obrigatória) e possibilitar que o consumidor compre a quantidade exata para o tratamento prescrito, a Proteste Associação de Consumidores e o Instituto Ethos lançaram campanha pela aprovação do projeto de lei 7.029 de 2006, em tramitação na Câmara Federal. As entidades vão coletar assinaturas em uma petição online pela aprovação do projeto, informou *O Globo* (10/11). A adesão pode ser feita no site www.proteste.org.br. O projeto, que está na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, sofreu várias alterações em relação à proposta original: foi mantida a obrigatoriedade do fracionamento, mas

com prazo de 24 meses — e não mais seis — para a indústria se adaptar. Além disso, é exigida a presença do farmacêutico para a venda desses medicamentos. De acordo com Maria Inês Dolci, coordenadora institucional da Proteste, só 15 laboratórios pediram registro da Anvisa para produzir 175 tipos de medicamentos fracionados, a maioria genéricos. A venda de medicamentos apenas em caixas completas obriga o consumidor a jogar fora o que não utiliza, ou coloca-o em risco de intoxicação pela possibilidade de consumo das sobras estocadas. O medicamento fracionado auxilia o consumo do medicamento na quantidade certa, prevenindo, no caso dos antibióticos, o aumento da resistência das bactérias, provocado pelo uso desordenado.

Oded Grajew, presidente emérito do Instituto Ethos, lembra que a maioria dos grandes laboratórios é multinacional e que nos países de origem vendem os remédios fracionados. “Por que não o fazem aqui? Porque ganham dinheiro não fazendo”, aponta. O Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo (Sindusfarma), que reúne os maiores laboratórios do Brasil, explicou, em nota, que a indústria farmacêutica é favorável ao fracionamento desde que baseado no modelo adotado no resto do mundo, em que a venda é feita só com receita médica, prática não recorrente no Brasil. Mas posiciona-se contra a obrigatoriedade, considerando “complexa” a questão, e observando que o bem sucedido processo de lançamento dos medicamentos genéricos não foi obrigatório. Para o sindicato não há demanda para alavancar o mercado e incentivar os altos investimentos necessários ao fracionamento.

Dados da Anvisa apontam que 28% de todos os casos de intoxicação atendidos pela rede pública hospitalar, nos últimos dez anos, foram causados por uso indevido de medicamentos guardados em casa. Em 2005, a Anvisa estimou que 20% de toda a produção farmacêutica no Brasil foram para o lixo, desperdício que custou cerca de R\$ 20 milhões.

DIREITO DE SER FELIZ

A Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) do Senado aprovou (10/11) a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) do senador Cristovam Buarque (PDT-DF) que inclui a busca da felicidade entre os direitos fundamentais do cidadão, informou o *Correio Braziliense* (11/11). Segundo o senador, é uma proposta “para humanizar a redação da Constituição”. Ele explicou que o projeto não visa a ações concretas, mas condicionar a bus-



ILUSTRAÇÃO: SÉRGIO EDUARDO DE OLIVEIRA

toques da redação



DESCULPAS TARDAM, MAS VÊM

— Em uma cena considerada sem precedentes, o cineasta Michael Moore recebeu pedido de desculpas em cadeia nacional de televisão de um dos ex-executivos da gigante Cigna, empresa do ramo de seguros de saúde dos Estados Unidos. O motivo foi a campanha de difamação arquitetada contra o documentário *Sicko*, de Moore, lançado em 2007, abordando as seguradoras de saúde americanas privadas (*Radis* 66). O pedido foi feito durante o programa *Countdown*, do canal NBC, em 22 de novembro de 2010, em entrevista realizada pelo jornalista progressista Keith Olberman, com Moore e Wendell Potter, ex-diretor de comunicação empresarial da Cigna, informou o site português www.esquerda.net (30/11).

Potter, que acabara de lançar seu livro *Deadly spin: An insurance company insider speaks out on how corporate PR is killing health care and deceiving americans (Giro mortal: um informante explica como as relações públicas das empresas*

de seguros estão acabando com o sistema de saúde e enganando os americanos), no qual considera o filme de Moore “comovente e eficaz”, explicou no ar que, antes de *Sicko* estrear, as seguradoras estavam preparadas para desprestigiar a pessoa e o trabalho do documentarista. Havia um temor de que o filme desencadeasse um movimento social a favor da aprovação do seguro médico público universal, do qual os americanos não dispõem (*Radis* 93). De acordo com Potter, o trabalho consistia em investigar os filmes de Moore, sua vida e a de sua família, e possíveis ângulos de ataque, apontar que os dados no filme eram incorretos e que Moore era um realizador anti-Estados Unidos e queria impor o comunismo no país.

Durante o programa, Michael Moore aceitou as desculpas, mas acrescentou: “Acho que ambos sabemos que isto vai muito além do que se fez comigo ou contra o filme”. E perguntou a Potter como este se sentia tendo mentido para proteger os interesses das companhias de seguros. Potter respondeu que não podia viver tranquilo e que por isso decidira confessar tudo e estava feliz por ficar “do lado certo”. Moore respondeu que ficava contente com a mudança de atitude porque as seguradoras são responsáveis pela morte de milhões de pessoas no país. Potter aceitou a afirmação e acrescentou que a maioria dos conteúdos de *Sicko* era correta.

Assista à entrevista em www.ensp.fiocruz.br/radis/101/web-01.html

HOMENAGEM — O coordenador do Programa RADIS, Rogério Lannes (no centro, de camisa branca), foi um dos homenageados do 10º Seminário Nacional do Projeto Integralidade (ver matéria na pág. 19), do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis/Uerj), no dia 22/10/2010. As homenagens, em comemoração aos dez anos do Lappis, destacaram todos aqueles que fizeram parte da história e da construção do laboratório, entre professores, alunos, servidores, representantes da sociedade civil e gestores.



CORREÇÃO — Ao preparar a capa da edição 99, a redação da *Radis* estava tão envolvida com a questão do tratamento destinado aos adolescentes em conflito com a lei, que acabou inserindo uma sílaba a mais na palavra *liberdade*. Pedimos desculpas aos nossos leitores e compartilhamos nossa curiosidade: alguém viu o erro de imediato?

ca da felicidade à garantia de direitos sociais essenciais à realização humana. Sem o acesso a educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência às pessoas à margem da sociedade, não há felicidade, indica a PEC. Reeleito pelo Distrito Federal, o senador deu exemplos de soluções para a promoção da felicidade coletiva. “Na educação, a criação de uma carreira nacional do magistério. Os professores deveriam virar funcionários públicos federais, trabalhar em escolas federais. Escolas que tenham prédios bonitos e confortáveis. Na saúde, é preciso mais investimento na rede pública hospitalar e extensão do saneamento básico para todas as casas do país. Se a gente fizer essas duas coisas, resolve bastante as questões de segurança”, disse Cristovam ao *Correio*. O idealizador do Movimento Mais Feliz, Mauro Motoryn, afirma que a inclusão da felicidade na Constituição reforça os deveres do Estado com o bem-estar cole-

tivo. Após aprovação na CCJ a PEC precisa ser analisada no plenário do Senado.

CENSO 2010: BRASILEIROS SÃO MAIS DE 190 MILHÕES

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou (29/11) os primeiros dados do Censo 2010, realizado em período de quatro meses, em todo o país. Segundo o instituto, o Brasil conta com população de 190.732.694 de pessoas, número referente ao dia 1º de agosto, quando teve início o levantamento. Em comparação com o Censo 2000 (último realizado pelo IBGE), são 20.933.524 pessoas a mais, número que demonstra que o crescimento da população brasileira no período foi de 12,3%, inferior ao observado na década anterior (15,6% entre 1991 e 2000), informou o portal UOL (29/11).

Entre as regiões do país, o Sudeste continua sendo mais populoso, com 80 milhões de pessoas, seguido do Nordes-

te, com mais de 53 milhões. As duas regiões, no entanto, tiveram redução do número de pessoas, entre 2000 e 2010 (de 42,8% para 42,1%), Nordeste (de 28,2% para 27,8%), assim como o Sul (de 14,8% para 14,4%). Aumentaram seus percentuais as regiões Norte (de 7,6% para 8,3%) e Centro-Oeste (de 6,9% para 7,4%). Os maiores percentuais de crescimento foram verificados no Amapá (40,18%), Roraima (39,10%) e Acre (31,44%).

O Censo 2010 mostra também que a população é mais urbanizada que há dez anos: em 2000, 81% dos brasileiros viviam em áreas urbanas, agora, são 84%. E que é composta por mais mulheres (97.342.162) do que homens (93.390.532). Foi contabilizado, ainda, o número de brasileiros com mais de 100 anos — 23.760. 

SÚMULA é produzida a partir do acompanhamento crítico do que é divulgado na mídia impressa e eletrônica.

O aleitamento materno e os objetivos do milênio

Evento avalia cenário que tem o Brasil como referência, comemora realizações e identifica desafios, na redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde materna

Katia Machado

Redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde materna, respectivamente, o quarto e o quinto itens dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, foram os motores dos debates do 5º Congresso Brasileiro/ 1º Congresso Ibero-Americano / Fórum de Cooperação Internacional de Bancos de Leite Humano, realizado em Brasília, entre os dias 27 e 30 de setembro de 2010. O evento reuniu profissionais da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RedeBLH-BR), referência no tema para a América Latina, Europa e África, bem como especialistas dos 24 países que hoje fazem parte do Programa Ibero-Americano de Bancos de Leite Humano (IberBLH), liderado pelo Brasil por meio da Fiocruz, para o intercâmbio de conhecimento e de tecnologia em aleitamento materno. “Este é momento de festejar as conquistas e identificar as fragilidades de cada país, de cada banco de leite humano. Só assim poderemos crescer ainda mais e aprimorar a iniciativa”, avaliou o secretário executivo do IberBLH, João Aprígio Guerra de Almeida, do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), instituição coordenadora da RedeBLH-BR e Centro de Referência Nacional. O IberBLH é fruto de um acordo multilateral entre sete países – Brasil, líder da iniciativa, pela Fiocruz, Argentina, Bolívia, Espanha, Paraguai, Uruguai e Venezuela –, cujo objetivo é apoiar a criação de pelo menos um banco de leite humano em cada país ibero-americano.

Serviços especializados, responsáveis pela promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta do excedente da





João Aprígio, aplaudido na abertura: “criamos um modelo adequado às nossas necessidades”

produção de leite humano produzido pela mulher, do seu processamento, controle de qualidade e distribuição, os bancos são estratégias capazes de contribuir com a redução da mortalidade infantil e com a melhoria da saúde da mulher, como também de ajudar na reversão do quadro atual de HIV/aids, malária e outras doenças – outro dos Objetivos do Milênio. Foi o que observou Aprígio na conferência de abertura, realizada no dia 28/9.

O mesmo avaliou o então ministro José Gomes Temporão, em vídeo produzido para o evento. Segundo Temporão, a rede de bancos de leite humano certamente levará o Brasil a alcançar, já em 2012, o índice de redução da mortalidade infantil proposto pela ONU – dois terços, entre 1990 e 2015, em crianças com menos de 5 anos. “Ou seja, certamente alcançaremos a meta três anos antes da data fixada”, comemorou. Ele se orgulhou do número de unidades espalhadas pelo Brasil: ao todo 200 BLHs – nas regiões Norte (11), Nordeste (48), Centro-Oeste (26), Sudeste (87) e Sul (28) – e 85 postos de coleta também nas cinco regiões – Norte (5), Nordeste (26), Centro-Oeste (8), Sudeste (43) e Sul (3). “Somente em 2009, coletamos 173 mil litros de leite, beneficiando 151 mil recém-nascidos, o que nos permitiu atender 1,4 milhão de mulheres”, informou Temporão.

Chegar a esses números não foi simples. Os resultados são fruto de um trabalho solidário e coletivo, analisou Aprígio, aplaudido várias vezes durante a conferência que ministrou. Desde 1985, relatou, os BLHs fazem parte da política de saúde pública brasileira, com foco na atenção à gestante e ao recém-nascido

internado em unidades neonatais e na redução da mortalidade infantil. “Um novo paradigma foi instituído, iniciando as bases para a construção da rede brasileira de bancos de leite humano”, lembrou. A experiência brasileira começou bem antes, em 1943, quando o IFF criou a primeira unidade do país, com o objetivo de combater a mortalidade infantil e em particular a neonatal. Em 1987, o instituto passou à condição de Centro de Referência Nacional e, desde 1996, vem também se consolidando como Centro de Referência para América Latina e Caribe.

A RedeBLH-BR foi criada em 1998, e um novo modelo passou a nortear o trabalho dos bancos. O investimento feito pelo IFF/Fiocruz permitiu a construção de uma tecnologia de baixo custo, alta resolutividade e facilidade de execução da atividade, servindo de modelo a todos os bancos da rede. “Criamos um modelo adequado às nossas necessidades”, disse. Na época, a pasteurização LTLT (sigla em inglês de *low temperature large time*, recurso industrial em condições de tempo e temperatura suficientes para destruir o maior número possível de microorganismos nocivos à saúde, sem modificar significativamente as propriedades e a composição do alimento) e o controle de qualidade foram instituídos como procedimentos obrigatórios, visando assegurar a qualidade higiênico-sanitária e um melhor aproveitamento das propriedades imunológicas e nutricionais do leite humano.

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a RedeBLH-BR como a ação que mais contribuiu para redução da mortalidade infantil no mundo e solicitou que a tecnologia usada pelo Brasil fosse aplicada nos demais países da América Latina. A proposta de transferir o

A Política Brasileira de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno do Ministério da Saúde constitui-se, além da RedeBLH-BR, da Rede Amamenta Brasil (estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na atenção básica), do Hospital Amigo da Criança (unidades que se tornam referência em amamentação para seu município, região e estado) e de ações de proteção legal ao aleitamento e de mobilização social, como a Semana Mundial da Amamentação, comemorada anualmente entre 1º e 7 de agosto, e o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, comemorado em 1º de outubro.



Elsa: indicadores do aleitamento melhoraram, mas ainda não chegamos onde é preciso

conhecimento brasileiro aos países ibero-americanos, e que resultaria em 2007 na criação da IberBLH, consolidou-se em 2005, após o 1º Fórum Latino-Americano de Banco de Leite Humano, do qual saiu a 1ª Carta de Brasília, nortear o trabalho das redes brasileira e ibero-americana. “Esse documento representou o início da cooperação internacional, coordenada pelo Brasil”, informou Aprígio.

O ALEITAMENTO EM NÚMEROS

A rede tem como maior desafio atual superar as inadequações frente às novas demandas. As 200 unidades dão conta, hoje, de 60% da necessidade nutricional no país, observou o coordenador. Para ampliar a rede, está prevista a criação de 16 novos bancos de leite humano e 11 postos de coleta na Amazônia Legal e Nordeste, regiões com altos índices de mortalidade infantil e neonatal. No âmbito internacional, a meta é consolidar a cooperação técnica com a África, iniciada em 2009, a exemplo da cooperação multilateral com os países ibero-americanos, que resultou na IberBLH.

Elsa Giugliani, coordenadora da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, chamou a atenção para o monitoramento dos indicadores de aleitamento materno no Brasil, outro componente da política estabelecida. Em sua avaliação, os índices melhoraram nos últimos dez anos. “Mas ainda não chegamos onde precisamos e queremos chegar”, observou. Considerada a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta, o aleitamento materno deve se dar por dois anos ou mais, e de forma



O leite passa por processo de conservação e por análise que identifica o padrão adequado a cada bebê

exclusiva nos primeiros seis meses de vida, de acordo com recomendação da OMS e do Ministério da Saúde. No Brasil, observou Elsa, os números de aleitamento materno na primeira hora de vida são considerados bons, os números de aleitamento materno. Já o indicador de amamentação exclusiva em menores de seis meses (a criança recebeu somente leite materno sem quaisquer outros líquidos ou alimentos, exceto medicamentos) é razoável, e a duração mediana do aleitamento – quando a criança além do leite materno, já recebe outros líquidos ou alimentos – é ruim.

Os números trazidos pela pesquisadora Sônia Isoyama Venâncio, do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, integrante do Comitê Nacional de Aleitamento Materno, confirmam esse cenário. Os dados são de pesquisa que avaliou a prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, e que mostra que os indicadores de aleitamento materno melhoraram, mas sem atingir os patamares desejados. A pesquisa foi realizada pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de Saúde, durante a segunda etapa da campanha de multivacinação, em agosto de 2008, nove anos depois da primeira, em 1999, e envolveu 34.366 crianças com menos de um ano. Entre os resultados encontrados, verificou-se que a taxa de aleitamento materno na primeira hora do Brasil é de 67,7% – o melhor resultado foi encontrado em São Luís (83,5%) e o pior, em Salvador (58,5%); o indicador de aleitamento materno exclusivo em menores de seis

meses foi de 41%, sendo que Belém registrou taxa de 56,1% e Cuiabá, 27,1%; a taxa de aleitamento materno até os 12 meses ficou em 58,7%, com melhor resultado em Macapá (82,7%) e pior, em Curitiba (48,5%); e o percentual de aleitamentos com duração mediana chegou a 58,7%, com melhores resultados no Macapá (82,7%) e piores resultados em Curitiba (48,5%). “É necessário agora que os dados desta pesquisa sejam utilizados por gestores, profissionais de saúde e pela sociedade, fornecendo subsídios para o planejamento e avaliação de ações em prol da amamentação em nosso país”, recomendou Sônia.

AUTOSSUFICIÊNCIA

Em relação à produção do leite materno, algumas cidades avançaram bastante ao longo da existência da RedeBLH-BR. É o caso de Brasília, a um passo da autossuficiência em leite humano. “Em breve será a primeira cidade do mundo a alcançar o feito”, anunciou Aprígio, na conferência. A autossuficiência em leite humano foi tema de uma das mesas do congresso – *Desafios e soluções para a rede de bancos de leite humano* –, na qual a pediatra Miriam Oliveira dos Santos, coordenadora de Aleitamento Materno e de Banco de Leite Humano da Secretaria de Saúde de Brasília, atribuiu o sucesso alcançado na capital federal, sobretudo, à mobilização social e às parcerias (com Rotary Club e com o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal).

Foi nos anos 70 que Brasília inaugurou seu primeiro banco de leite – o quarto do país. De lá para

cá, já são 13 bancos e três postos de coleta de leite humano, “o que permitiu, de janeiro a fevereiro de 2010, recolhermos aproximadamente 15 mil litros de leite materno, beneficiando 10,6 mil bebês”, informou Miriam. A primeira parceria foi feita em 1978, com o Rotary Club Taguatinga Norte. “Na época, eles compraram todo o equipamento para montarmos nossa primeira unidade”, contou.

A parceria com o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal consolidou-se em abril de 2010, com a criação de seu programa comunitário. “O objetivo é garantir leite materno ao neonatal do DF e entorno, mediante a coleta nos lares e encaminhamento aos bancos de leite”, explicou o tenente-coronel Eugênio Cesar Nogueira, à frente da iniciativa, durante os debates da mesa *Segurança alimentar e nutricional na RedeBLH-BR*.

Ao tratar da garantia de acesso ao leite materno, ele explicou que o programa do CBMDF conta com 21 militares – todos voluntários –, que trabalham oito horas por dia e três vezes por semana, e nove viaturas. Eles recolhem as doações do alimento em todo Distrito Federal, oferecendo ainda orientação às mães quanto à maneira correta de coletar e armazenar o leite até o dia da entrega. “Não há distância quando se trata de leite materno, inclusive em comunidades rurais”, entende o tenente-coronel. “Conseguimos coletar de junho a agosto de 2010 5.314 litros de leite humano”.

O programa, em breve, passará a atender os bancos de leite do Hospital Universitário de Brasília (HUB)

FOTO: IFF/FIOCRUZ



Manipulação correta garante qualidade ao leite oferecido aos recém-nascidos



Miguel, da Guatemala: orgulho do primeiro banco de leite da América Central

e do Hospital das Forças Armadas (HFA), ambas unidades federais, e a proposta deverá ser transformada em decreto distrital, em cumprimento à Lei Federal 12.086. “Queremos que o programa se torne lei. Isso para nós é muito importante, pois muitos infelizmente acham que bombeiro não tem que cuidar de leite materno”, apontou, referindo-se a momentos em que o Ministério Público alegou que os militares envolvidos com a atividade de coleta de leite humano estavam em desvio de função. “Como podem alegar isso se a primeira missão do bombeiro é salvar vidas? E leite humano não salva muitas vidas?”, indagou.

Entre as propostas de expansão do programa, destaca-se ainda um convênio de cooperação técnica com a RedeBLH-BR, firmado durante o congresso, que faz do Corpo de Bombeiros Militar do DF Centro de Referência Nacional para Bombeiros que atuam na RedeBLH-BR e responsável pelo treinamento dos bombeiros de todo o país – e possivelmente do exterior.

QUALIDADE É SEGURANÇA

A preocupação com a qualidade do leite humano oferecido aos recém-nascidos foi ressaltada pela engenheira de alimentos Danielle Aparecida da Silva, coordenadora do setor de Processamento e Controle de Qualidade do Banco de Leite Humano do IFF/Fiocruz. Ela lembrou que se trata de alimento completo, funcional, aumentando o vínculo mãe-bebê e contribuindo para o desenvolvimento orofacial, eficaz, pela presença de anticorpos, e com boa capacidade metabólica no intestino do bebê, entre outros pontos favoráveis.

Em 12 anos de existência dos bancos de leite, observou a engenheira de

alimentos, foram constantes os investimentos em inovação tecnológica em saúde, viabilizando o desenvolvimento de técnicas e metodologias capazes de identificar a presença de coliformes, determinar o nível de acidez, adequar a distribuição de gordura e compreender indicadores sensoriais como o gosto e a cor do leite. É por meio do controle de qualidade e das análises físico-químicas que se identifica o leite mais adequado às necessidades de cada bebê, se mais calórico, com mais proteína ou com maior quantidade de cálcio, esclareceu Danielle.

Para o monitoramento de todas as unidades da RedeBLH-BR, o IFF/Fiocruz ainda desenvolveu uma metodologia de aplicação de auditorias internas e externas nos centros de referência estaduais de todo o país, que resultou no Programa Nacional de Qualidade. “São ensaios de proficiência aplicados para avaliar o desempenho dos centros de referência em bancos de leite humano nos estados”, explicou Danielle, referindo-se a um processo em que as unidades recebem kits de controle de qualidade, contendo amostras de leite humano a serem avaliadas segundo conteúdo energético, acidez e composição biológica, e informações sobre os índices esperados, para que o banco de leite faça seu diagnóstico e tenha a oportunidade de se adequar, se for o caso. “Depois da expansão da rede, percebemos a necessidade de um controle de qualidade mais efetivo”, apontou Danielle. Os primeiros resultados desses ensaios foram divulgados em 2006 e apresentados nos 28 centros de referência estaduais para BLH.

PARA ALÉM DO BRASIL

Como parte da programação do congresso, os países integrantes do IberBLH foram convidados a apresentar suas experiências e expectativas, em mesas de debate que receberam o título *Desafios e soluções na rede de bancos de leite humano*, promovidas em vários momentos do evento. O pediatra Miguel Angel Soto Galindo, chefe do Departamento de Pediatria do Hospital Pedro de Bethancourt, na Guatemala Antiga, cidade histórica da Guatemala, falou com orgulho do primeiro banco de leite da América Central, ali instalado. A unidade, que ele viu nascer, é, atualmente, estratégica para redução da mortalidade infantil na cidade.

Além do banco de leite humano do Hospital Pedro de Bethancourt, há na Guatemala três outras unidades, com foco nos nascimentos prematu-



Miriam, de Brasília: mobilização social e parcerias rumo à autossuficiência

ros, primeira causa de mortalidade infantil do país. “Daí a importância do BLH”, frisou Galindo, acrescentando que, no hospital onde atua, todos os profissionais estão devidamente capacitados para o BLH. “Todos devem saber, por exemplo, como fazer a pasteurização do leite”. Além disso, para incentivar a prática da doação de leite humano, a doadora recebe uma carteira exclusiva que a permite ser atendida na rede de saúde imediatamente, “sem esperar trâmites burocráticos”. O trabalho, disse, tem ajudado crianças com alto risco de infecção a se recuperar rapidamente.

Magaly Marcela Hernandez Sandoval, do Ministério do Poder Popular para a Saúde da Venezuela, tratou dos 15 anos da rede de bancos de leite de seu país, que integra o IberBLH. Primeiro dessa trajetória, o BLH do Hospital Universitário de Caracas teve início em 1985. “Na época, visitamos os bancos de leite da Costa Rica e do Panamá, mas com o *boom* do HIV esses bancos sumiram”, recordou. Para criar a unidade, Magaly começou a trocar ideias com o BLH do IFF.

Foi em 1996, após encontros com o IFF e com João Aprígio, que a Venezuela promoveu seu primeiro curso de BLH. Em 2004, formou-se a Coordenação Nacional de BLH, da qual Magaly faz parte. Hoje, todos os estados, à exceção dos Andes Venezuelanos, têm um banco de leite humano: ao todo oito unidades, a maioria vinculada a hospitais com serviços de obstetria e neonatologia.

O consultor em Pediatria e Lactância da Argentina, Gustavo Hugo Sager, por sua vez, apresentou a experiência de seu país na área de bancos de leite humano, inaugurada em 2007. Em três anos, mostrou, a Argentina re-

gistrou avanços importantes em relação a sensibilização das mulheres para a doação de leite materno, apoio a mulheres com dificuldades para amamentar, atenção à saúde de recém-nascidos internados em unidades neonatais e capacitação de profissionais de saúde. Por meio de convênio bilateral com o Brasil, a Argentina vem promovendo a capacitação dos profissionais que atuam em bancos de leite humano e participando de reuniões com países do Mercosul para definir normas técnicas relativas à atividade.

Sager apresentou, ainda, os desafios da rede argentina para o futuro: a ideia é implantar mais seis unidades já projetadas, prolongar a amamentação da criança até que complete dois anos de idade e ajudar na redução da morbimortalidade infantil e neonatal. “Para isso, estamos planejando a criação de instituições de apoio, como a Associação de Bancos de Leite Humano da Argentina, e de redes para a integração de hospitais com centros de aleitamento materno e o transporte do produto”, informou.

Outro país integrante do Iber-BLH, o Equador conta com sete bancos de leite humano, com foco na redução da mortalidade materna e neonatal, em cumprimento as Metas de Desenvolvimento do Milênio. A trajetória do país, que teve seu primeiro banco de leite humano implantado em Quito, foi de que tratou Walter Torres Izquierdo, do Ministério da Saúde do Equador, na

manhã do dia 29/9. Ele disse estar compartilhando com o Brasil realidades e utopias. “Por isso, me sinto em casa”, resumiu. A rede de bancos de leite humano faz parte do Programa Nacional de Atenção Integral à Criança do país, recebendo assistência técnica da RedeBLH-BR bem como recursos da cooperação internacional com o Brasil. “Mas em breve seremos totalmente custeados pelo Estado”, anunciou Izquierdo.

MUITO A COMEMORAR

Emoção e orgulho marcaram o encerramento do congresso. O evento resultou na assinatura da *Carta de Brasília 2010*, que concentra os esforços internacionais para o enfrentamento da mortalidade infantil e aponta as estratégias para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015, conforme estabelecido pela ONU. Entre as diretrizes definidas pelo documento, destacam-se a expansão e consolidação da rede de bancos de leite humano ibero-americana, garantindo a ampliação do acesso ao leite humano e da qualidade do produto; o estabelecimento de convênios entre os países signatários, organismos e agências internacionais; o intercâmbio do conhecimento científico e tecnológico no campo do aleitamento materno; a definição de meios de financiamento sustentável para enfrentar os desafios atuais e garantir a continuidade das

ações em curso. “Em 2005, a assinatura da primeira *Carta de Brasília*, durante o 4º Congresso Brasileiro de Bancos de Leite Humano, formalizou o compromisso internacional na área. Hoje, concluímos parte desta etapa e seguimos adiante para enfrentar os desafios que ainda se impõem”, observou João Aprigio.

No encerramento, foi também anunciado o Dia Mundial de Doação de Leite Humano, a ser comemorado a partir deste ano no dia 19 de maio, em homenagem à data de assinatura da 1ª *Carta de Brasília*. A iniciativa se inspirou na experiência brasileira, que desde 2004 comemora em 1º de outubro o Dia Nacional de Doação de Leite Humano. “As doadoras de leite humano são as protagonistas desta história. Os dias nacional e mundial dedicados ao tema valorizam a solidariedade e colaboram para a sensibilização das mulheres para a doação de leite materno. Temos certeza de que os resultados positivos registrados nos últimos seis anos pelo Brasil serão replicados em nossos parceiros internacionais”, ressaltou Aprigio. Por sinal, em 2010, o slogan da campanha de doação de leite no Brasil foi *Para você é leite, para a criança é vida. Doe leite, a vida agradece*, e a madrinha da campanha foi a jogadora de vôlei de praia Renata Trevisan, 4º lugar nos Jogos Olímpicos de Pequim, também presente ao encerramento do evento com seu bebê, na época com oito meses de idade. 

Pesquisa avalia dificuldades na hora de amamentar

Conforto e prazer devem ser palavras-chave na hora de amamentar, mas nem todas as mulheres se sentem tão confortáveis assim. É o que observou a nutricionista Vanessa Paz Lima, coordenadora do Centro de Referência Estadual em Bancos de Leite Humano do Piauí, que liderou estudo sobre as principais intercorrências mamárias registradas no período pós-parto.

A pesquisa avaliou as dificuldades enfrentadas por 1,8 mil mulheres que deram à luz entre fevereiro e março de 2010, em Teresina – os resultados seguem a tendência nacional. Do total de mulheres avaliadas, 435 (24%) apresentaram problemas durante a amamentação. As principais dificuldades registradas, informou Vanessa durante o 5º Congresso Brasileiro de

Bancos de Leite Humano, foram mama demasiadamente cheia (24,8%), baixa produção de leite (21,6%), dificuldade na pega do bebê (15,4%) e fissura do bico do seio (16,8%). “A melhor maneira de evitar esses problemas é procurar a orientação de profissionais durante o pré-natal e participar de cursos e oficinas para gestantes”, orientou a nutricionista.

O QUE FAZER

No caso de mama cheia, o Ministério da Saúde recomenda massagens circulares na área da auréola do seio. Após a massagem, a mãe pode extrair o leite excedente e encaminhar o produto ao Banco de leite humano mais próximo de sua casa. Após rigoroso controle de qualidade, o alimento será destinado a recém-

nascidos internados em unidades neonatais. Para doar leite humano, é preciso estar bem de saúde e não usar determinados medicamentos.

Para prevenir as fissuras no bico do seio, a principal recomendação é a adequação do posicionamento do bebê durante o aleitamento. Quando a fissura for identificada, a mulher deve hidratar a região com o próprio leite. Segundo informações da RedeBLH-BR, melhoras significativas são registradas em até 24 horas.

Vale também lembrar que, durante o aleitamento materno, o bebê deve estar bem apoiado, com a cabeça acomodada na curvatura do braço da mãe e o corpo alinhado ao dela. É dessa forma que a mãe tem o conforto necessário para amamentar seu bebê.

DROGAS

Quebra-cabeça

Em debate povoado de questões, escolher as peças para se montar uma política equilibrada com foco na Saúde é desafio

Bruno Dominguez

No fim de novembro de 2010, o Rio de Janeiro viveu momentos de tensão com os ataques promovidos por traficantes nas ruas da cidade e com a retomada pelo Estado de territórios até então dominados pelo poder paralelo. Dimensões mais visíveis das drogas, a Segurança Pública e a Justiça costumam encobrir outra importante dimensão dessa questão: a da Saúde Pública.

O *Relatório Mundial sobre Drogas 2009*, elaborado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, na sigla em inglês), é taxativo ao propor como primeira medida a ser adotada por países signatários das convenções internacionais da ONU lidar com o uso de drogas como sendo uma doença. "Usuários precisam de ajuda médica, não de castigo penal", disse o diretor executivo do escritório, Antonio Maria Costa, durante o lançamento da pesquisa.

Uma política nacional sobre drogas equilibrada precisa reconhecer todas as dimensões da questão, em meio a uma discussão que se torna, por vezes, polarizada: abstinência ou redução de danos, liberação ou controle? Descriminalizar é liberar? Respeito à liberdade individual fere a saúde coletiva? O debate está sobre a mesa.



O LUGAR DE REFERÊNCIA DA SAÚDE

Para além da violência, o abuso de álcool e de drogas ilícitas causa uma série de agravos, como agressões, depressões, distúrbios de conduta, comportamento sexual de risco e acidentes de trânsito “Desde o pós-guerra e especialmente após os anos 1960, quando emergiram como fenômeno mundial, as drogas constituem problema de saúde pública”, atesta Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos, pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz que se dedica ao estudo do abuso de drogas e do HIV/Aids.

Ainda assim, o debate segue concentrado nas dimensões da Segurança Pública e da Justiça – no Brasil e no resto do mundo. “O setor saúde tem um papel central, mas sua atuação concreta está bastante aquém do necessário por ora”, avalia. Para o pesquisador, não existe discussão válida sobre drogas fora do âmbito da saúde, uma vez que o uso dessas substâncias impacta diretamente a vida.

Francisco ressalva que não seria factível afastar completamente o debate da esfera jurídica, mas indica a possibilidade de afastá-lo da esfera penal, apontando, no entanto, uma barreira: “As convenções internacionais da ONU sobre o tema são, antes de tudo, tratados na esfera jurídica e do direito penal”. Na visão dele, a política de controle apoiada pela organização tem reflexos nas políticas de saúde dos países signatários. “A margem de manobra é, infelizmente, muito limitada”, lamenta.

Em anos recentes, opina o pesquisador, houve avanços nas políticas de atenção do Brasil. O país teve grande progresso ao substituir uma ação quase exclusivamente centrada na repressão, forte no período ditatorial, por outra mais equilibrada, que leva em conta as necessidades de prevenção e tratamento. “Estamos longe do ideal, mas não debito as fragilidades na conta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Nacional Antidrogas, e sim na incrivelmente complexa legislação mundial nesse campo”.

Coordenador de Saúde Mental do ministério, Pedro Gabriel Delgado deu declaração semelhante na 2ª Conferência Latino-Americana e 1ª Conferência

Brasileira sobre Políticas de Drogas, realizada em agosto de 2010 no Rio de Janeiro: “Há poucos anos o Brasil tenta responder efetiva e democraticamente essa questão por meio da saúde”. Tal qual Francisco, Pedro Gabriel disse não acreditar na capacidade das políticas penais de lidar com as drogas, a não ser

FOTO: IGOR CRUZ-ICCT



AS CONVENÇÕES DA
ONU SÃO, ANTES
DE TUDO, TRATADOS
DA ESFERA JURÍDICA
E DO DIREITO PENAL

FRANCISCO PINKUSFELD BASTOS

que se transformem. “A saúde pública tem sido identificada como lugar de referência por ser compatível com os direitos humanos e com a superação dos problemas reais associados a essas substâncias”, ressaltou.

POLÍTICA MUDOU HÁ SEIS ANOS

A atual política brasileira para a saúde integral a usuários de álcool e outras drogas, a cargo da Coordenação Geral de Saúde Mental, data de 2004. No documento, o ministério faz uma espécie de *mea culpa*, reconhecendo que o fato de não ter priorizado uma política de saúde integral ao consumidor de álcool e outras drogas gerou impac-

to econômico e social sobre o Sistema Único de Saúde – seja por seus custos diretos, seja pela impossibilidade de resposta de outras pastas para um efeito positivo sobre a redução do consumo.

O texto diz que o problema das drogas não era compreendido globalmente, em suas implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; era abordado por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As estratégias de comunicação da área, avalia o documento, reforçavam o senso comum de que todo consumidor é marginal e perigoso para a sociedade.

“Estamos saindo de uma fase simplista e mesmo contraproducente, com campanhas mal formuladas”, endossa Francisco. O pesquisador cita como exemplo negativo o slogan *Basta dizer não*, que em sua opinião tentava atemorizar os jovens. “Já foi demonstrado que essa tática não funciona e que não basta informar as pessoas, mas sim mobilizá-las em relação a algo que lhes diga respeito de fato”.

Para o ministério, foi no vácuo de estabelecimento de uma clara política de saúde que se constituíram alternativas de atenção de caráter total, fechado e tendo a abstinência como principal objetivo a ser alcançado. A novidade das diretrizes publicadas em 2004 era, justamente, a superação da perspectiva curativa – “inerte por natureza, por vezes reforçadora da própria situação de uso abusivo e/ou dependência”.

O MS estabeleceu então que “o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível”. A decisão se baseava no direito de escolha do usuário: “Quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas”.

Francisco explica que a abstinência é uma meta desejável, pois quando não se usa droga não se sofrem danos associados a elas, mas dificilmente alcançável em curto prazo na maioria dos casos. Daí a importância da introdução do conceito de *redução de danos*, que emergiu nos anos 1930 no



Reino Unido, propondo a minimização dos efeitos (ver entrevista, na pág. 18).

Na prática, seriam ações como distribuição de seringas a usuários de drogas injetáveis, para que evitem seu compartilhamento e o potencial contágio do HIV/Aids. Apesar de ser considerada um avanço pelo setor saúde, uma vez que respeita a liberdade de escolha do indivíduo, essa abordagem ainda enfrenta resistência na sociedade: a redução de danos é associada a incentivo ao uso de drogas.

A resistência atrasa a expansão de medidas que minimizem os problemas de saúde associados. "As leis que inibem ações de redução de danos são prejudiciais à resposta à aids", posicionou-se o coordenador do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid, na sigla em inglês) no Brasil, Pedro Chequer, em palestra na Conferência sobre Políticas de Drogas.

ACESSO E ADEÇÃO AO TRATAMENTO

Juntamente com a redução de danos, o acesso e a adesão dos usuários aos serviços de saúde foram tema de destaque no evento. Segundo estimativas divulgadas no Relatório Mundial sobre Drogas 2010, somente cerca de um quinto dos dependentes de drogas no mundo recebeu tratamento em 2008. "É fundamental universalizar o acesso ao tratamento", conclamou o representante do UNODC no Brasil, Bo Mathiasen, para completar que só oferecer tratamento não basta. "As ações de saúde precisam ser ofertadas a partir das necessidades do usuário, não do sistema de saúde", explicou, defendendo tratamento voluntário, atendimento especializado, interação com escola, família e religião, atenção integral e respeito aos direitos humanos.

Um desafio premente é aumentar a procura e a adesão ao tratamento por parte dos usuários ou às práticas de prevenção e promoção. "A não adesão é um mito. Partir desse princípio é violar, de uma forma sofisticada, os direitos humanos", opinou o representante regional para América-Latina e Caribe da Aliança Internacional contra o HIV/Aids, Javier Hourcade

Bellocq. Ele citou especialmente os usuários dos sistemas penitenciário e carcerário, que considera excluídos dos serviços de saúde.

Um dos motivos pelos quais usuários de drogas não procuram ou não dão seguimento ao tratamento é

FOTOS: DIVULGAÇÃO/INTERCAMBIOS



AS AÇÕES DE SAÚDE DEVEM PARTIR DAS NECESSIDADES DO USUÁRIO, NÃO DAS NECESSIDADES DO SISTEMA

Bo MATHIASEN

a discriminação, muitas vezes sofrida dentro do próprio ambiente da saúde. Ao chegar à unidade, encontram uma barreira que nem sempre estão dispostos a enfrentar. "Alguns profissionais de saúde tendem a reproduzir as concepções mais convencionais referentes ao uso de drogas, que implicam uma leitura simplista do fenômeno e, consequentemente, a depreciação do usuário", reconhece Pedro Gabriel, do Ministério da Saúde.

Para Francisco, os profissionais de saúde não estão capacitados a lidar com os usuários de drogas "sob qualquer aspecto". O pesquisador faz referência à própria formação, no curso de Medicina, em que o tema

do abuso de drogas sequer foi mencionado. "Os futuros profissionais ficam desmotivados para trabalhar com uma população sabidamente complexa, o que acirra os ânimos de usuários contra o sistema de saúde e de profissionais de saúde contra usuários".

A política brasileira recomenda que as práticas de saúde nessa área devem acolher sem julgamento e oferecer "o que em cada situação, com cada usuário, é possível de ser ofertado, necessário e demandado, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento". Segundo o ministério, 70% das 30 mil equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) já receberam algum treinamento para lidar com o tema.

Na conferência, Pedro Gabriel listou ações do Ministério da Saúde para superar tantos desafios de ordem prática ou ideológica e atingir uma oferta de serviços adequados a essa população. Da ordem prática, citou o subfinanciamento do setor e os problemas com a força de trabalho. Mas deu destaque a uma questão de ordem ideológica: modelos em conflito. "Como as drogas envolvem saúde, justiça e polícia, as perspectivas de cada uma se chocam".

Assim, a saúde ainda se vê instada a convencer os demais setores de que a atenção integral aos usuários de drogas não requer privação de liberdade ou interrupção do uso dessas substâncias. Ele apontou uma desvalorização da perspectiva humanista da questão, que inclui redução de danos e consultórios de rua. "Enfrentamos resistência sistemática da Justiça, que impõe um tipo único de tratamento", criticou Pedro Gabriel.

Em sua avaliação, essa divisão ideológica impede uma abordagem integral, com a oferta de um conjunto de políticas setoriais que visem reconstruir a possibilidade biográfica do indivíduo. "Alguns usuários vivem numa situação de fragilidade que requer respostas para além da saúde pública, que toca no ponto da desigualdade social", disse. "A saúde pública precisa construir uma resposta para o problema das drogas, mas não sozinha, porque é uma questão que não pode ser resolvida somente com tratamento".



Entre a legalização e a proibição

O debate sobre a política de drogas ideal tende à polarização e à simplificação: proibir ou legalizar. Mas o que vem desafiando verdadeiramente governos e pesquisadores é encontrar o equilíbrio entre exercer certo controle para a proteção da saúde pública, por um lado, e evitar as consequências negativas de um controle excessivamente repressivo, por outro, como ressalta a pesquisa *O estado atual do debate sobre políticas de drogas*, realizada em 2008, por Martin Jelsma, coordenador do Programa de Drogas e Democracia do Transnational Institute, organização internacional com sede na Holanda, voltada à análise de problemas mundiais.

O início do processo de proibição dessas substâncias remonta aos anos 1960, década em que a comunidade internacional assinou os primeiros acordos voltados ao fim de sua produção, distribuição e consumo. O documento inaugural da Organização das Nações Unidas, a *Single Convention*, data de 1961.

A intenção de eliminar as drogas, no entanto, fracassou e esse mercado cresceu exponencialmente, até os anos 1990, quando então se estabilizou. "A proibição das drogas pôs o mercado deste lucrativo comércio nas mãos de organizações criminosas e criou enormes fundos ilegais que estimulam a corrupção e os conflitos armados em todo o mundo", avalia Martin Jelsma.

MODELOS DE CONTROLE

Em sua pesquisa, Martin separa os diferentes modelos e formas de controle das drogas em quatro grandes categorias. A primeira é a da guerra antidroga, caracterizada pela repressão extrema via militarização. De grande escala, esse modelo tem entre suas práticas operações militares contra pequenos agricultores

de cultivos ilícitos, fumigação química de lavouras ligadas às drogas, encarceramentos massivos de usuários e pequenos distribuidores e até pena de morte para os transgressores da lei das drogas.

"A guerra antidroga é um desperdício



A GUERRA
ANTIDROGAS É UM
DESPERDÍCIO DE
RECURSOS, POIS
INVESTE MAIS EM
REPRIMIR DO QUE
EM TRATAR

JAVIER BELLOQC

de recursos financeiros, pois investe mais para reprimir e matar do que para tratar", criticou na 2ª Conferência Latino-Americana e 1ª Conferência Brasileira sobre Políticas de Drogas o representante regional para América-Latina e Caribe da Aliança Internacional contra o HIV/Aids, Javier Hourcade Bellocq.

Os tratados da ONU para proibição das drogas, segundo modelo citado por Martin Jelsma, estabeleceram normas

mundiais de conduta, induzindo os países signatários a proibirem essas substâncias a partir de uma política de tolerância zero. Os usuários são tratados sob uma visão médica prescritiva e ficam suscetíveis a sanções penais por posse e tráfico.

Nas palavras do pesquisador, esses tratados formam a coluna vertebral do regime proibicionista, mas não são inteiramente responsáveis por exaustos cometidos por alguns países — não recomendam a prisão de usuários, por exemplo, o que ainda acontece. "Grande parte da verdadeira guerra antidroga se realiza à margem das normas estabelecidas", constata.

O modelo de regularização de substâncias, com grande diferença entre países, lida com as drogas sob dimensão administrativa, dando licenças de produção e venda. Uma quarta categoria, de livre comércio, prega o uso e a distribuição sem controle internacional.

Em 2006, o Brasil aprovou a Lei n.º 11.343, que estabelece normas para a repressão à produção não-autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Seu avanço foi proibir a prisão de usuários. Porém, esses não estão livres de pena, já que o porte, a compra ou a guarda de drogas seguem criminalizados — os usuários podem receber advertência, prestar serviços à comunidade ou ser obrigados a frequentar cursos educativos.

Na avaliação da professora da Faculdade de Direito da UFRJ Luciana Boiteux, coordenadora da pesquisa *Tráfico e Constituição, um estudo sobre a atuação da Justiça Criminal do Rio de Janeiro e do Distrito Federal no crime de drogas*, a lei representa um proibicionismo moderado. Enquanto despenalizou a posse para uso pessoal, aumentou a pena para os casos de tráfico. Mas o texto, disse ela durante a conferência, falha ao não apresentar critérios objetivos de distinção entre usuário e traficante e entre pequenos, médios e grandes traficantes.

Luciana coletou 750 sentenças e acórdãos que aplicavam a nova lei, no Rio de Janeiro e no Distrito Federal, de outubro de 2006 a maio de 2008. No Rio,



66,4% dos condenados por tráfico eram réus primários, 91,9% foram presos em flagrante, 60,8% estavam sozinhos no momento da prisão e 65,4% tiveram condenação somente por traficarem – não foram enquadrados por associação ou quadrilha. “Esses presos saem estigmatizados e sem perspectiva de futuro”, falou.

FLEXIBILIZAÇÃO NA EUROPA

Alguns países, dos quais o exemplo mais citado é a Holanda, aplicam políticas flexíveis para as drogas desde os anos 1980. A maior tolerância é dada à maconha, substância ilícita de maior consumo massivo do mundo, com usuários estimados pela UNODC em aproximadamente 200 milhões – as pessoas que usaram drogas ilícitas pelo menos uma vez num ano somam, segundo o escritório, até 250 milhões, o equivalente a até 5,7% da população entre 15 e 64 anos.

Quando se procura uma nova forma de lidar com as drogas, os olhos do mundo se voltam para Portugal. Na década de 1990, o país apresentava altas taxas de abuso de drogas, que caracterizavam uma epidemia. Somente os viciados em heroína somavam 150 mil – ou 1,5% da população. O ano 2000 marcou o início da mudança dessa realidade. O parlamento português aprovou lei que descriminalizou o consumo, a aquisição e a posse de todas as drogas.

Para cada substância, determinouse um limite equivalente à quantidade necessária para consumo médio individual durante o período de dez dias, que leva em conta sua natureza e potencialidade de provocar danos à saúde. O que se questiona é o fato de o país ainda manter o comércio das drogas na ilegalidade. No artigo *Aumenta o consumo. O proibicionismo falhou* (leia na seção Exclusivo para a Web do site do RADIS), a professora Luciana Boiteux comenta esse ponto fraco da política, por “criar um sistema liberal para o usuário e punitivo para o tráfico, que passará a fornecer uma mercadoria cujo consumo é autorizado, mas não a venda”. Ainda assim, a lei levou Portugal a ser considerado referência na questão.

Entre 2001 e 2007, a prevalência de consumo ao longo da vida subiu de 8% para 12%, mas a prevalência de consumo nos últimos 30 dias se manteve em 2,5%

e a taxa de continuidade de consumo caiu de 44% para 31%, de acordo com o relatório *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências* de 2008, elaborado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), ligado ao governo. Pesquisa com jovens estudantes citada no documento mostra que o uso de drogas, que vinha aumentando nesta faixa desde os anos 1990, diminuiu pela primeira vez em 2006.

Integrante do conselho diretor do IDT, Manuel Cardoso informou na conferência que a política de descriminalização foi acompanhada de mudanças na política de saúde. O Programa de Respostas Integradas prevê que cada território construa uma rede global, no âmbito da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento e da reinserção.

Holanda, Suíça, Bélgica, Luxemburgo, Irlanda, Reino Unido e estados norte-americanos despenalizaram ou descriminalizaram a posse de maconha em quantidades pequenas. A Holanda permite a venda a maiores de idade de até cinco gramas de maconha em *coffee shops*. Assim como em Portugal, a produção e o comércio de grandes quantidades de maconha continuam

ilegais – o limite de plantio é de até cinco plantas de *cannabis* para consumo pessoal. Sinal da complexidade da questão, na Holanda, a droga que se vende legalmente também é obtida ilegalmente.

Segundo a pesquisa, a autorização de venda livre não aumentou o consumo da droga no país para além dos níveis dos países vizinhos.

LEGALIZAR JÁ?

Martin Jelsma alerta que a legalização não é necessariamente resposta, ou solução para todos os problemas relacionados com a existência de uma economia de drogas ilícitas: “A ausência de medidas de controle poderia afetar de forma negativa a saúde pública”.

O pesquisador da Fiocruz Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos também diz não acreditar na viabilidade, por ora, da legalização no Brasil, devido às restrições dos tratados internacionais. O que se pode fazer, explica, é descriminalizar e formular alternativas de controle, que não seja exercido pela justiça penal. “Não há mercado sem controle, seja de remédios, alimentos ou drogas”, lembra.



As palavras e seus significados

A seguir, algumas expressões relacionadas às formas de se lidar com as drogas, e seus respectivos significados – que deixam transparecer a complexidade do tema.

DEPENDENTE

Aquele que faz uso repetido de substância psicoativa, caracterizado por apresentar intoxicação periódica ou crônica, compulsão pelo uso, dificuldade de parar voluntariamente e determinação para conseguir a droga em qualquer situação.

DESCRIMINALIZAR

Refere-se ao usuário. Retirar condutas relacionadas ao uso de drogas do rol dos crimes, por lei ou interpretação de jurisprudência.

DESPENALIZAR

Exclui a imposição de pena de prisão ao usuário, mas mantém a proibição de produção, consumo e comércio, condutas que seguem sendo consideradas crime. O usuário fica sujeito a sanções alternativas.

LEGALIZAR

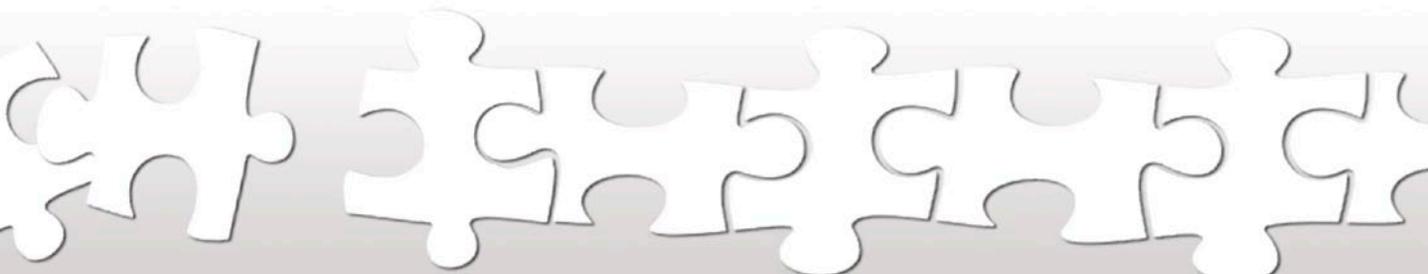
Refere-se ao objeto (droga). O mesmo que tornar lícito, tornar legal.

REDUÇÃO DE DANOS

Conjunto de práticas que têm o objetivo de reduzir as consequências adversas do uso de drogas, sem necessariamente reduzir seu consumo.

USUÁRIO

Segundo a OMS, pessoa que faz uso de substância psicoativa.





Entrevista: **Luciana Boiteux**

"Modelo proibicionista de combate às drogas falhou"

No âmbito da política criminal, não há consenso, mas no da política de saúde, sim. Deve-se investir em prevenção, em informação... Os usuários que queiram ajuda precisam ser apoiados pelo Estado — uma intervenção social, não policial. O Brasil avançou bastante nesse sentido.

Mas ainda se questiona a redução de danos.

A redução de danos é um novo paradigma, porque não trabalha com a ideia da abstinência como única meta aceitável e, sim, com a de apoio a medidas que minimizem os danos. Esse pensamento avança no sentido da saúde pública e do respeito à liberdade do usuário. O Brasil acertou ao romper com visões mais conservadoras, como a ainda aplicada nos Estados Unidos, que impõem tratamento obrigatório se o usuário não quiser ir para a prisão. Essa prática vai contra a opinião de especialistas, que claramente dizem que a vontade pessoal de deixar as drogas é o primeiro passo. A justiça terapêutica é inconstitucional, porque não respeita o desejo do usuário, não é coerente e aceitável. A política de redução de danos não exclui outras opções de tratamento, nem mesmo a busca da abstinência. Do ponto de vista criminal, o mais próximo do consenso é a descriminalização do usuário, como Portugal fez muito bem. Quando se fala em despenalizar, o objetivo é que não se tenha mais a pena de prisão. Descriminalizar é mais forte: retirar a questão do direito penal e passá-la pra outra esfera — Portugal passou para a esfera administrativa.

Sempre será necessário algum tipo de controle?

Eu não defendo a ausência de controle, mas uma mudança na natureza do controle. A estigmatização decorrente do modelo proibicionista traz danos grandes até para a saúde, porque dificulta a inter-

venção social do Estado. O peso do crime sobre as drogas ilícitas é muito ruim.

Como definir que drogas descriminalizar?

É uma definição política. Portugal descriminalizou todas as drogas, mas poderíamos pensar num modelo intermediário, começando pela descriminalização de drogas leves como a maconha.

Não é contraditório que Portugal e Holanda, por exemplo, tenham descriminalizado o consumo, mas não a produção?

É importante esclarecer que a Holanda não descriminalizou as drogas, despenalizou o usuário. O crime continua previsto em lei, mas os operadores decidiram focar determinadas condutas e tolerar outras. O usuário é tolerado, assim como a venda. Considera-se a Holanda um país permissivo, mas o que não se entende é que tomou decisão pragmática: em vez de perder tempo com pequenos traficantes e usuários, atua sobre os grandes traficantes. Deveríamos avançar mais, buscar outras modalidades de controle que não o penal, mas não há exemplo de país que já tenha conseguido.

Há espaço no Brasil para mudanças em médio prazo?

Tenho visto a atuação de organizações não governamentais, da mídia e de parlamentares no sentido de tirar essa discussão pública do limbo. Há clima social para descriminalizar o usuário, mas isso depende de decisão política. O momento é de levar à frente o debate com base em evidências, fugir da ignorância que vigorava até a década passada, que espalhava o medo das drogas. Não vamos descriminalizar as drogas de uma hora para outra, mas podemos encontrar modalidades de superar o atual modelo. 

Professora e coordenadora do grupo de pesquisas em Política de Drogas e Direitos Humanos da Faculdade Nacional de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Luciana Boiteux avalia que o atual modelo de combate às drogas está superado e que é hora de construir passo a passo políticas que tenham como foco os direitos humanos e levem em conta o desejo do usuário.



Como analisa o atual modelo de controle de drogas?

O modelo proibicionista de controle falhou. É uma constatação baseada nos dados que a própria ONU coleta. A meta definida em 1988 era a de um mundo livre de drogas, acreditava-se que seria possível proteger a saúde pública e minimizar o consumo e o lucro desse mercado via modelo proibicionista, que reprime criminalmente usuários e traficantes. O que vemos, porém, é que em nenhum aspecto esse modelo teve o sucesso esperado. No Brasil e em outros países em desenvolvimento, a realidade é pior: em vez de minimizar danos, essa formulação acarretou consequências nefastas. Baixa qualidade das drogas em circulação, situação de vulnerabilidade dos usuários, superlotação de prisões com indivíduos que não necessariamente são traficantes. A violência no Rio mostra que o mercado de drogas tem grande poder, abalado por essa repressão ocasional, mas que depois tende a se fortalecer. A proibição torna esse mercado altamente lucrativo.

Por outro lado, não há consenso sobre alternativas, o que explicita a complexidade da questão.



10º SEMINÁRIO NACIONAL DO PROJETO INTEGRALIDADE

Em nome do CUIDADO

Adriano De Lavor, Bruno Dominguez e Katia Machado

Valorização do trabalhador de saúde e estreitamento de suas relações com o usuário, profissionais com capacidade de ouvir, formação em saúde com foco em quem utiliza os serviços, voz ao usuário, a dimensão do outro levada em conta, o entendimento do complexo conceito de *cuidado* e do polissêmico conceito de integralidade, o alcance do amplo espectro das necessidades humanas... São várias as nuances em jogo quando se trata de discutir uma sociedade cuidadora, foco do 10º Seminário Nacional do Projeto Integralidade: Saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, realizado pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Lappis/Uerj), de 20 a 22 de outubro de 2010, para marcar os dez anos de realização do projeto.

“É preciso lutar pela construção de um imaginário público, onde a inclusão seja o norte, pois sempre haverá um outro onde me vejo”, analisou a coordenadora do Lappis, **Roseni Pinheiro**, que abriu os debates, na mesa *Justiça, reconhecimento e afetividade* — os



FOTOS: LAPPIS/MS/UERJ

dilemas da ação política como *práxis de cuidado*. Paulo Henrique Martins, do Núcleo de Cidadania e Mudança,

da Faculdade de Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), tratou do potencial metafórico do conceito de *cuidado*. Cuidado, assim como acolhimento e atenção, relaciona-se a sentimentos de solidariedade coletiva. São expressões capazes de valorizar o usuário como ser humano, integrante de uma sociedade, que tem desejos e necessidades de reconhecimento. “Mas a força metafórica e o potencial de inovação institucional inerentes ao cuidado se perdem no momento em que as práticas de cuidado permaneçam prisioneiras de dispositivos de intervenção funcionalistas, produtivistas e fragmentários, e que ainda regem as políticas de saúde no Brasil”, observou, referindo-se às intervenções, programas, ações e projetos que se dão em função de seus resultados práticos, sobretudo numéricos, e não pelo reconhecimento da pessoa. “A

práxis do cuidado acaba por reforçar mecanismos de saúde hierárquicos e corporativistas”, analisou.



José Ricardo Ayres, do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), resgatou os conceitos de cuidado e integralidade que nortearam os trabalhos do grupo do Lappis ao longo dos dez anos. Entre eles, o cuidado como categoria capaz de mobilizar energias utópicas, no microsistema de saúde. Segundo Ayres, há quatro diferentes planos pelos quais o cuidado leva a repensar a prática de saúde. O primeiro, apontou, diz respeito ao plano ontológico, pautado na fenomenologia do filósofo alemão Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831). “Esse plano dá sentido ao que fazemos como profissionais de saúde”, disse. O segundo plano, genealógico, implica o cuidado de si, enquanto



a dimensão crítica forma o terceiro plano, opondo-se à prática curativa, assistencialista e hospitalocêntrica. O quarto plano refere-se à definição, por meio do cuidado, de uma agenda mais solidária e construtiva.

Integralidade para Ayres é um conceito polissêmico. Quatro eixos norteiam

esse princípio estudado pelo Lappis: a necessidade do outro; o alargamento das finalidades do trabalho de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento na saúde; as articulações entre diversos saberes e profissionais; e as interações no campo da saúde, isto é, “as formas de pensar o eu diante do outro”. Integralidade em saúde, concluiu, “é dar conta, em um todo, e não dar conta de tudo”.

NECESSIDADES HUMANAS

O cuidado sob a perspectiva das necessidades humanas esteve no foco de análise de Leny Trad, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Leny apresentou abordagens de autores diversos do que seriam as necessidades humanas. A partir do pensamento do antropólogo Bronislaw Malinowsky (1884- 1942), um dos fundadores da Antropologia Social, estas seriam de dois tipos: primárias (comer, dormir e realizar atividades sexuais); e secundárias (vinculadas a processos produtivos e relações coletivas). Em outro plano, destacou, figurariam as necessidades sociais de caráter institucional, onde estão estruturas ou sistemas sociais, de controle social e os sistemas simbólicos (crenças, leis etc.). “No caso específico da saúde, destacasse o campo da gestão, cuja função é compatibilizar o leque de necessidades da população”, acrescentou.



Leny citou também a classificação das necessidades humanas da filósofa húngara Agnes Heller — que fizera conferência de abertura do evento na noite anterior. Heller classifica as necessidades humanas como naturais, fundamentais e sociais ou socialmente determinadas. “A autora considera que as necessidades naturais não chegam a configurar um conjunto de necessidades, sendo, em realidade, condições essenciais de existência”, explicou Leny, que trouxe à mesa também a Teoria das Necessidades Humanas dos ingleses Len Doyal e Ian Gough. Os autores rejeitam concepções relativistas e culturalistas das necessidades — existem necessidades básicas comuns a todos os seres humanos em qualquer tempo, sociedade e cultura. “Embora a satisfação das necessidades humanas básicas possa variar, essas necessidades não são passíveis de variação”, explicou Leny. Para eles, acrescentou, a não satisfação das necessidades básicas implicaria sérios prejuízos à vida humana, ou seja, “poria em sério risco a possibilidade objetiva dos seres

humanos de viver física e socialmente em condições de poder expressar as suas capacidades de participação ativa e crítica”.

Assim, a necessidade de saúde, disse Leny, corresponde ao primeiro elo de uma cadeia de decisões associadas à busca de cuidados e à utilização de serviços de saúde. “A primeira necessidade sentida pelo indivíduo é sempre biológica”, ressaltou. Leny concluiu que não há consenso quanto às definições de necessidades essenciais e outras, que podem ser reconhecidas como contingenciais. As polêmicas se instauram, principalmente, quando se trata de discutir que necessidades são de fato legítimas ou mesmo se tal questão é pertinente. Não à toa, acrescentou, “a resposta institucional às necessidades ampliadas de saúde constitui uma missão bastante complexa”.

As perspectivas das práticas de ensino e a integralidade das ações de saúde foi tema da mesa *Educação permanente em saúde no SUS*. Atual coordenador da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), o professor **Dário Pasché** (UFSC/FDE) lembrou que a política está baseada no SUS que dá certo, “em que pese o esforço da mídia em defini-lo como equivocado”.

FOCO NO USUÁRIO

Ele apresentou a HumanizaSUS como alternativa para se enfrentar a “grave crise sanitária no país”. A política prevê a valorização e a inclusão do trabalhador no processo de gestão — através da democratização das relações profissionais e da qualificação das condições de trabalho — e discute, sob a perspectiva do usuário, problemas como a baixa responsabilidade por parte de equipes e profissionais em relação às iniquidades no acesso aos serviços e à descontinuidade no cuidado e nos tratamentos.

“Nós devemos melhorar nossa capacidade de criar vínculos terapêuticos entre serviços e cidadãos”, alertou Dário. Ele defendeu uma revisão nos currículos, que devem prever formação aliada à intervenção nos serviços; inseparabilidade entre gestão e aten-

ção, entre clínica e política; trabalho em equipe; e o “descobaiamento” do usuário.

A terapeuta ocupacional **Érika da Silva Dittz** relatou experiências de ensino no hospital Sofia Feldman, em



Belo Horizonte, que abriga um programa institucional de pesquisa em integralidade. Lá, o cuidado é constitutivo de todas as profissões da saúde. “O cuidado exige ação profissional comprometida com as repercussões na vida dos indivíduos”, orientou. Ela advertiu que as práticas de formação devem estar articuladas às necessidades do usuário.

Rodrigo Silveira, professor da Universidade Federal do Acre (UFAC), trouxe reflexões sobre integralidade e educação médica, “questão nevrálgica no SUS”. Ele denunciou a interferência do complexo médico-industrial na formação dos médicos e apresentou a experiência desenvolvida na UFAC, em parceria com o Lappis, que aproveita e valoriza as experiências locais. “Lá nós temos um SUS diferente, com equipes de saúde que percorrem os rios e unidades de Saúde da Família itinerantes”.

Rodrigo aposta em estratégias como a interdisciplinaridade e a aprendizagem baseada em problemas, que exigem novas metodologias e práticas de avaliação e questionam antigas relações de poder. E lançou um desafio: “É possível ensinar a capacidade de escuta?”

Lilian Koifman, professora do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (UFF), apontou como desafios convencer os alunos de que o SUS é uma boa proposta de trabalho e, ao mesmo tempo, mostrar que não é coincidência que o discurso de toda a mídia vá ao encontro dos interesses da indústria farmacêutica.



Medicalização, direito a saúde e aspectos jurídicos formaram o bloco de temas discutidos na mesa *Biopolítica: Os reflexos de poder entre os campos da comunicação, do jurídico e do político*. O médico Kenneth Rochel de Camargo Jr., professor do Instituto de Medicina Social da Uerj, apresentou pesquisa que desenvolve sobre medicalização, a partir da definição proposta pelo sociólogo americano Peter Conrad: “Um processo, conjunto de forças e atores, que transforma em problemas médicos aquilo que não é”. Kenneth investiga como a relação entre a medicalização e o complexo médico-

industrial influencia os processos de produção do conhecimento para a saúde.

Ele salientou que um dos objetivos do estudo é entender quais as operações necessárias para que haja medicalização e como esta pode mascarar outros processos, através da “transformação” destes em doenças – ou objetos do saber médico. “A doença é uma categoria implícita, que se presta a distorções. Não é explícita”, adiantou.

Kenneth citou diferentes conceituações de doença, detendo-se naquela cuja definição está associada a alteração de padrões numéricos, como o diabetes. São os painéis de consenso que determinam os graus de risco e a necessidade de consumo de remédios, o que denota uma confluência de interesses, como o poder médico e a interferência dos laboratórios farmacêuticos.

A psicóloga social **Mary Jane Spink** trouxe à reflexão a constatação de que “o direito à saúde se faz acompanhado do dever de se manter saudável”. Essa prerrogativa, ancorada nos estilos de vida saudável e incentivada pelas companhias de seguro, parte do princípio de que todo cidadão é responsável pelo seu estado de saúde, e traz como contrapartida a suscetibilidade diante do futuro.

É a “ciência da vida longa”, segundo a qual qualquer capacidade do corpo está aberta a melhorias através de intervenções, o que transforma o usuário de saúde em consumidor. Neste contexto, Mary Jane considera a informação fundamental, como requisito de proteção e “sutil realocação de responsabilidades”.

BIOPODER

Francisco Ortega, também pesquisador do IMS/Uerj, tratou do biopoder contemporâneo, que se apresenta através da ciência e do governo, capazes de se apropriar da vida dos indivíduos. Isso se refletiria em estudos da neurociência, por exemplo, que pode definir a adolescência como “marcador” de um período problemático ou, por outro lado, indicar que o autismo é uma “forma de vida diferente”, e não uma patologia. “Precisamos desafiar o pressuposto monolítico de que a neurociência esteja transformando radicalmente as noções que temos”.

Aspectos do Judiciário foram tratados pelo advogado **Felipe Dutra Asensi**, que vê um “apequenamento”



das instituições jurídicas, vistas apenas como proponentes de ações judiciais e participantes de um sistema de antagonismos onde sempre há um vencedor e um vencido. Ele criticou a posição do juiz como “decisor” individual e solitário, e defendeu uma “porosidade decisória” da sociedade civil na garantia dos direitos.

RACIONALIDADES MÉDICAS

As racionalidades médicas – categoria proposta pela pesquisadora do Instituto de Medicina Social da Uerj Madel Therezinha Luz para englobar as práticas e representações de saúde dos sistemas médicos, seja a biomedicina, seja a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a ayurveda – também tiveram espaço nos debates. **Charles Dalcanale Tesser**, professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de

Santa Catarina, abordou a forma como algumas dessas racionalidades entendem o conceito de integralidade. Segundo sua análise, a biomedicina empurra o significado de integralidade para a oferta

e o consumo inesgotável e impessoal de serviços, exames, práticas e consultas, “o que alimenta uma heteronomia curativa para qualquer sintoma ou incômodo, um exagerado intervencionismo químico-cirúrgico e uma paranoia preventivista”.

A base desse movimento é, de acordo com ele, a fragmentação e a especialização técnica e terapêutica, centradas em tecnologias duras e em práticas com viés autoritário e mercadológico. Para o professor, essa abordagem dificulta a oferta do acesso ao cuidado com equidade e efetividade, além de gerar necessidade artificial de

cuidados e procedimentos profissionais contraprodutivos e caros – “que desfrutam de alta legitimidade social”.

Por outro lado, disse, a homeopatia e a medicina tradicional chinesa pregam uma abordagem holística centrada na pessoa, a partir de saberes que favorecem a contextualização e a individualização do cuidado. Essas racionalidades sofrem dificuldades para se institucionalizarem, socializarem e serem oferecidas aos usuários do SUS. A



Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS), lançada em 2006, é uma tentativa de mudar essa realidade. “O assunto ainda é tratado com hostilidade na Saúde, questionando-se o arcabouço científico dessas atividades”, disse Carmem De Simoni, coordenadora da PNPIC-SUS. A política surgiu da necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências no âmbito da medicina tradicional chinesa/acupuntura, da homeopatia e da fitoterapia, entre outros.

Para garantir que os futuros profissionais conheçam as racionalidades médicas, o Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (UFF) incluiu no currículo a disciplina Trabalho de Campo Supervisionado I, que instiga os alunos a visitarem hospitais e ambulatórios que oferecem acupuntura e homeopatia, por exemplo. “Depois de observar essas formas de atendimento, eles relatam a importância de olhar o paciente sob vários aspectos, não somente os físicos”, explicou a professora Maria Inês Nogueira. Para ela, a disciplina faz com que entendam que os modelos médicos são recortes arbitrários da realidade, não verdades absolutas.

REFLEXÕES

A pesquisadora **Madel Therezinha Luz**, da Uerj, encerrou o evento do Lappis trazendo reflexões sobre a trajetória do laboratório, “um grupo de pesquisa e de ação”, que provocou um deslocamento do olhar para o cotidiano das práticas. Ela destacou como inovadora a “dinâmica possibilidade de ouvir o profissional que propõe coisas novas” e de incluir a dimensão do outro (usuários, pacientes, sociedade civil). “Esse rodopio do olhar é inaugural”.

Ela ressalta a importância da preocupação em tornar visível o cotidiano das práticas, o que causa transformação no campo da saúde coletiva e vai ao encontro do que querem profissionais e usuários. Para ela, o descuido é a norma na sociedade capitalista. A pesquisadora frisou, ainda, a integralidade, tal como vem sendo desenvolvida pelo Lappis – “algo mais amplo, polifônico, que significa uma forma mais abrangente do que cuidar e ser cuidado” – e o controle social, “forma de uma sociedade civil ter voz ativa no cuidado e nos modos como se processa”. 

SERVIÇO

EVENTO

**5º CONGRESSO BRASILEIRO DE
CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
APLICADAS À SAÚDE**


A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) promove em abril a quinta edição do Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde, com o tema *O lugar das Ciências Sociais e Humanas no campo da Saúde Coletiva*. O evento discutirá a abrangência e a contribuição desses dois campos do conhecimento, por meio de seus conceitos, teorias, ensino e pesquisa. A organização se dará em quatro eixos-temáticos: abordagens teórico-metodológicas da relação saúde, cultura e sociedade; interpretações de conjunturas político-econômico-sociais contemporâneas: Estado, instituições e políticas públicas; Ética e Bioética na perspectiva das Ciências Sociais e Humanas em Saúde; usos e abusos das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: reflexões críticas sobre ciência, saber e tecnologia; e sociedade civil, movimentos sociais e saúde.

Data 17 a 20 de abril

Local Campus da Cidade Universitária da Universidade de São Paulo (USP), bairro central de Butantã, São Paulo, SP

Mais informações

Tel. (21) 2548-5141

Site www.cienciasociaisesaude2011.com.br

PUBLICAÇÕES

INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Por uma sociedade cuidadora (Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco), organizado por Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes da Silva Júnior, aborda temas discutidos no 10º Seminário do Projeto Integralidade, realizado em outubro de 2010, em comemoração aos dez anos



do projeto do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), ligado ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A publicação defende o cuidado como expressão de amor à coletividade. São 24 textos divididos em seis temas: demanda, necessidade e direito ao cuidado; racionalidades médicas e as práticas de integralidade em saúde; formação, multiprofissionalidade e cuidado; biopolítica, comunicação e etnicidade; estudos sobre práticas de integralidade de no cuidado: por uma teoria viva; e aportes teóricos, metodológicos e contextuais para estudos da integralidade.

FORÇAS SOCIAIS

A Política e a Medicina (Editora Scortecci), de Fernando Monte, trata das relações entre as duas áreas indicadas no título, do ponto de vista sociológico. No livro, o autor apresenta a evolução histórica da relação entre Política e Medicina, em três períodos: 1) a Medicina como fato social; 2) a intervenção do poder público; 3) a generalização da política. A publicação abre espaço, ainda, para o estudo dos sistemas de saúde, uma vez que o rumo que um sistema toma depende de correlações de forças sociais que se expressam politicamente.



MUDANÇAS NA FAMÍLIA

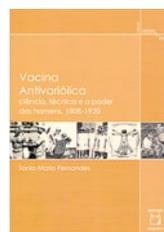
Família contemporânea e saúde - significados, práticas e políticas públicas, da coleção Criança, Mulher e Saúde (Editora Fiocruz), organizado por Leny A. Bonfim Trad, reúne 16 artigos sobre as transformações que a instituição familiar vem sofrendo na sociedade contemporânea e suas relações com a saúde. O livro parte da ideia de que família é lugar privilegiado de produção de significados e práticas associadas a saúde, doença e cuidado,



e alvo estratégico de políticas públicas e programas de saúde. No texto de apresentação, a organizadora explica que o objetivo da publicação é promover um debate qualificado acerca das interações entre família e saúde, "tendo como ponto de partida o reconhecimento das mudanças operadas na família em termos de estrutura, papéis e relações".

VACINAÇÃO NO SÉCULO 19

Vacina antivaricelosa - ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920, da coleção *História e Saúde* (Editora Fiocruz),



de Tânia Maria Fernandes, traz registros da existência de enfermidades endêmicas e epidêmicas no Brasil do século 19 e imagens de insalubridade da época. Ao analisar as ações de combate à varíola durante o século 19 e início do século 20, a autora apresenta estudo detalhado do processo de criação e atuação do Instituto Vacínico Municipal do Rio de Janeiro, instituição particular dirigida pelo barão Pedro Affonso, de 1894 a 1920, e que iniciou no país a produção da vacina antivaricelosa animal. Na publicação, Tânia apresenta também a atuação científica de Pedro Affonso, suas relações com os governantes da época e os conflitos que teve com a nova geração de higienistas liderados por Oswaldo Cruz. 

ENDEREÇOS

Abrasco

Tel./fax (21) 2590-2073

E-mail abrlivro@ensp.fiocruz.br

Site www.abrasco.org.br/livros

Editora Fiocruz

Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006

E-mail editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora

Editora Scortecci

Tel. (11) 3032-1179

E-mail gruposcortecci@scortecci.com.br

Site www.scortecci.com.br

PÓS-TUDO

Regulação da comunicação não é censura

Rodrigo Murтинho *

Os grupos de comunicação, que antes se negavam a debater publicamente a regulação do setor, tratada como *tema maldito* na maior parte das redações e canais de radiodifusão, parecem ter mudado de estratégia e vêm dedicando algum espaço em suas pautas. Embora tenham ampliado a cobertura nos últimos meses, o conteúdo permanece demasiadamente *editorializado* e sem o devido aprofundamento que a complexidade do tema exige. As variações ficam por conta do grau de interesse que o grupo do qual o veículo faz parte tem no assunto tratado naquele momento.

A maior incidência dessas reportagens coincide, não por acaso, com episódios recentes em que o debate sobre a regulação ganhou caráter público, colocando em xeque o status de *setor intocável*, sobretudo da radiodifusão, outorgado aos grupos de comunicação pela ditadura militar e renovado pelos sucessivos governos. Em 2009, a 1ª Conferência Nacional de Comunicação foi amplamente bombardeada pelos veículos ligados à Associação Brasileira de Rádio e Televisão (Abert) e à Associação Nacional de Jornais (ANJ), principais entidades empresariais do setor. O alvo mais recente foi o *Seminário Internacional das Comunicações Eletrônicas e Convergências de Mídia*, organizado pela Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República (Secom), com o objetivo de subsidiar a formulação de um novo marco regulatório para o setor. O seminário ocorreu no início de novembro, ainda sob o forte calor das eleições presidenciais.

Em discurso uníssono repetido como um mantra, as corporações midiáticas caracterizam como censura toda e qualquer forma de regulação das comunicações pelo Estado. De forma oportunista, tentam “manufaturar um consenso” — utilizando uma expressão de Noam Chomsky —, se apropriando dos valores democráticos e do sentimento de repulsa à censura, cons-

truídos pela sociedade em oposição à ditadura militar. Emblematicamente apropriam-se da bandeira da liberdade de expressão para, na verdade, camuflar a defesa do exercício, sem limites ou controles, de uma atividade econômica realizada em regime de concessão pública, como é o caso da radiodifusão.

Esta postura nos remete a algumas análises do sociólogo Atilio Boron¹, sobre o papel da mídia como principal agente discursivo do neoliberalismo na América Latina, e os mecanismos pelos quais ela constrói imagens, conceitos e valores que alicerçam a hegemonia política, econômica e cultural neoliberal. Para ele, a formação de um “senso-comum” em torno desses valores passa por estratégias que combinam, entre outras ações, a apropriação de termos



ILUSTRAÇÃO: D. M.

e palavras significativos na história de determinado grupo social, atribuindo a eles outros sentidos, muitas vezes inverso; a “naturalização dos processos”, a partir da afirmação de um pseudorealismo onde não é possível alterar as regras do jogo; e que, portanto, qualquer transformação que se confronte com a lógica hegemônica não é factível.

Na contramão desta lógica, representantes de governos, agências reguladoras, pesquisadores e especialistas da União Europeia, Estados Unidos, França, Reino Unido, Portugal, Espanha, Argentina, palestrantes do seminário internacional nos mostraram que num cenário de ampla e acelerada transformação provocada pela convergência das mídias, a regulação do setor é necessária para disci-

plinar o funcionamento do mercado, garantir a competição, a pluralidade e a prevalência do interesse público. Mesmo nos países considerados *mais liberais*, existe regulação do setor, com limites à concentração de empresas de comunicação por grupos econômicos, e regras para exibição de conteúdo. Essas regras têm como objetivo a promoção da cultura nacional e regional, da pluralidade, da diversidade, e a proteção de crianças e adolescentes.

O relato do representante argentino mereceu especial atenção, não apenas pela proximidade com a nossa realidade, mas também pela disposição demonstrada por seu governo em capitanear um processo de regulação democrática da comunicação com ampla participação da sociedade civil. A nova *Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual* altera profundamente a estrutura do setor naquele país, reconhecendo o direito à comunicação como um direito social que deve ser garantido pelo Estado. Modifica os critérios de distribuição das concessões de rádio e televisão, garantindo 33% do espectro para os canais de instituições sem fins lucrativos.

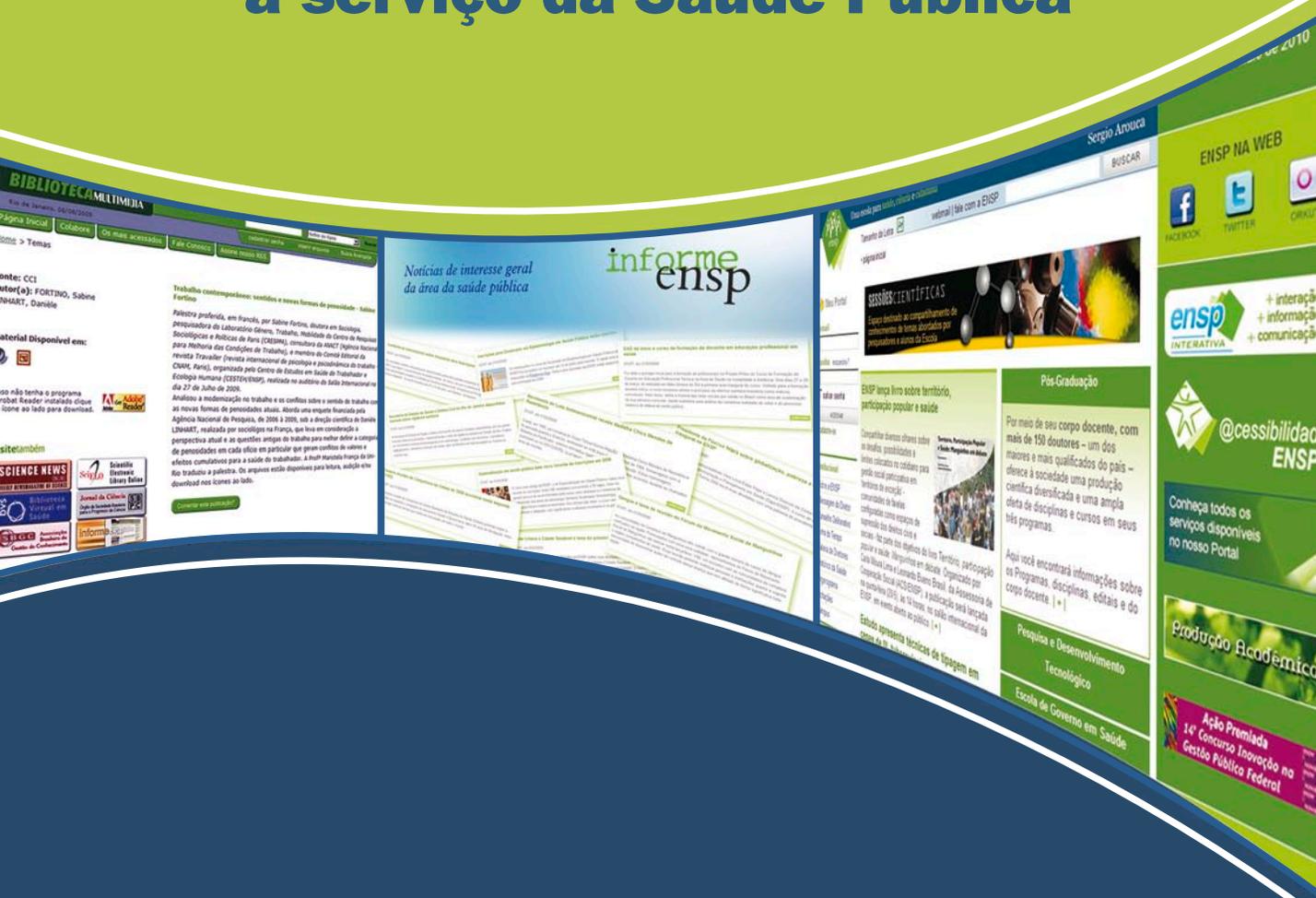
O exemplo argentino nos possibilita enxergar a conjuntura com outros olhos, e perceber que a situação na qual nos encontramos não é imutável; que é possível “desnaturalizar os processos” hegemônicos; e dar um sentido democrático à regulação da comunicação no Brasil. Cabe ao novo governo, eleito recentemente pelo povo brasileiro, enfrentar esse desafio e convocar a sociedade para participar dessas mudanças. 

* Pesquisador do Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde (Laces/Icict/Fiocruz), participante do *Seminário Internacional das Comunicações Eletrônicas e Convergências de Mídia*, realizado em novembro de 2010, em Brasília.

¹ BORON, Atilio A. Os novos Levitãs e a pólis democrática. In: SADER, Emir; GENTILLI, Pablo (orgs.). *Pós-neoliberalismo II. Que estado para que democracia?* Petrópolis: Vozes, 1999.

Portal ENSP

Comunicação, Tecnologia e Inovação a serviço da Saúde Pública



www.ensp.fiocruz.br