

RADIS

Amianto

Banir é salvar vidas

Alcídes Silva e o laudo que atesta asbestose: sequela dos sete anos de trabalho na mina de Bom Jesus da Serra (BA) e realidade que o STF pode mudar

Drogas

Os males do 'proibicionismo' e o papel da comunicação no protagonismo dos usuários e na prevenção

História para o futuro

Sanitaristas reconstituem em livro a trajetória da saúde em Mato Grosso



Conhecer a história das políticas de saúde em nível local é importante não somente pelo resgate histórico, mas também por compartilhar experiências e fortalecer a defesa do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). O livro *Políticas de saúde em Mato Grosso — Participação social, descentralização e regionalização*, organizado pelos sanitaristas Júlio Strubing Müller Neto, Nina Rosa Ferreira Soares e Fátima Ticianel Schrader, contempla essas expectativas, ao resgatar numa coletânea de textos a experiência da construção política da saúde no Estado. Publicado pela Editora da UFMT, o livro — também disponível para download gratuito no site da universidade www.ufmt.br/observarh/ — está dividido em três eixos temáticos: Constituição do campo histórico, municipalização e regionalização das políticas e a importância da participação social.

No primeiro deles, a historiadora Laura Antunes Maciel apresenta os antecedentes históricos da política de saúde no Mato Grosso. O texto parte de pesquisa feita em arquivos e órgãos da administração pública e exploração de campo, trazendo dados epidemiológicos, legislação, fotografias e recortes de jornal para reconstituir a gênese da política de saúde na região, identificando o descompasso entre a regulamentação oficial e a realidade sanitária da população. Laura destaca que a pesquisa tem como mérito reunir e lidar com documentos pouco valorizados e sugerir possibilidades de desdobramento e aprofundamento. Outra questão, ainda atual segundo a autora, é a articulação das políticas e práticas sanitárias às questões sociais.

MUNICIPALIZAÇÃO

Os processos de regionalização e municipalização das políticas, nos anos 1990, são abordados no segundo eixo do livro. No primeiro texto, pesquisadores verificaram padrões e influência dos princípios do movimento sanitário nas leis orgânicas municipais do Mato Grosso. Naquele momento, concluiu-se que, a despeito das

distâncias e dificuldades de comunicação, havia condições favoráveis para a implementação das leis que materializassem os sistemas municipais únicos de saúde.

No segundo texto, de 1991, pesquisadores analisam o processo de municipalização da Saúde em sete municípios do estado. Os autores concluíram que a municipalização em Mato Grosso estava longe de atender à perspectiva de um novo sistema de saúde que contribuísse para a melhoria de vida da população, indicando que o processo partia de pressupostos legais homogêneos e decisão política uniforme, “tratando desiguais de forma igual” e ignorando as particularidades de cada município. Ao mesmo tempo, sinalizaram como ponto positivo o fortalecimento do setor Saúde no âmbito das políticas municipais, com aumento no orçamento e a instalação dos conselhos municipais de saúde.

Os sanitaristas João Henrique Gurtler Scatena e Oswaldo Yoshimi Tanaka avaliam, no texto seguinte, de 2000, a descentralização da saúde em 16 municípios do estado, sob o ponto de vista do financiamento e do modelo de atenção. Segundo eles, o processo elevou os gastos com saúde por habitante, mas não interferiu positivamente nos gastos. Quase 30% dos recursos já estão comprometidos com internação hospitalar; outros 35% com a folha de pagamento. “Os restantes 35% cuja maior parcela deveria se destinar à atenção básica, estão cada vez mais se deslocando para um volume pequeno de atendimentos”, alertam.

A psicóloga Luisa Guimarães assina análise sobre a construção da regionalização em Mato Grosso, entre 1995 e 2000, que se deu a partir da formação de consórcios e parcerias com o Estado. “Buscava-se resolver de forma cooperativa problemas comuns, cuja solução extrapola capacidade e recursos de cada município”.

PARTICIPAÇÃO

Os textos apresentados no terceiro eixo tratam da importância da participação social nas transformações das políticas de saúde posteriores ao processo de redemocratização do país, nos anos 1980. No primeiro, assinado pela assistente social Nina Rosa Soares em 1999, destaca-se a luta dos movimentos sociais pela construção do Conselho Estadual de Saúde. O estudo centra-se na participação efetiva no controle das ações e serviços de saúde.

O segundo texto, de um grupo multidisciplinar de pesquisadores — incluindo os três organizadores do livro —, trata da incorporação das demandas populares às políticas municipais de saúde, identificando elementos e estratégias para a qualificação da gestão participativa no SUS em municípios do matogrossenses. A partir do contexto de prática de gestores, conselheiros e profissionais de saúde, os autores analisaram as conferências municipais, permitindo uma visão mais atual do processo de organização do SUS e verificando como este valoriza (ou não) a participação popular. (Adriano De Lavor)

As origens do controle social no Mato Grosso são discutidas no livro, que registra eventos como a 2ª Conferência de Saúde de São Félix do Araguaia



REPRODUÇÃO

Sujeitos da saúde

Nesta edição, várias matérias têm como foco aqueles que vivem na pele os problemas de saúde. Após tantos debates sobre as doenças — asbestose, placas pleurais, câncer de pulmão e mesotelioma — e óbitos causados pelo trabalho na produção e no uso do amianto, *Radis* foi conhecer de perto as pessoas que adoeceram trabalhando na mina de Bom Jesus da Serra, no interior da Bahia.

Conheça a história e o exemplo de luta de Alcides Silva, Juvenal Batista, Esmeraldo Teixeira e mais de 80 trabalhadores atingidos. Forme sua opinião sobre o banimento ou não do amianto, objeto de projetos de lei que se arrastam em Assembleias Legislativas e no Congresso Nacional. Em ações no Supremo Tribunal Federal, os ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência defendem a proteção da saúde da população e dos trabalhadores, em oposição aos ministérios de Minas e Energia e do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, cujo representante, em audiência no STF, usou um argumento no mínimo cínico em prol da continuidade das exportações. Defendeu os dólares “muito saudáveis” para a balança comercial brasileira.

Em palestra e seminário sobre drogas, o entendimento das motivações para o uso e até para o tráfico é abordado como essencial para estabelecer políticas de prevenção, redução de danos ou regulação. Da mesma forma, para pensar as estratégias de comunicação necessárias às mudanças culturais que permitam um enfoque que não reforce estigmas nem estimule o próspero comércio de substâncias ilícitas e armas. Pode parecer

estranho, já que o senso comum — e a maioria das autoridades que lidam com a questão — entende que a solução está apenas na proibição, no castigo ou no tratamento compulsório. Mas lidar com as drogas como problema de saúde pública impõe repensar os paradigmas de segurança, legais e policiais. Décadas de proibição e a insistência cega na ideia de *combate* não mudaram e até realimentaram essa indústria da morte, entente um dos especialistas ouvidos.

Destacamos também o protagonismo dos envolvidos com o Sistema Único de Saúde. Livro recente discute a construção do SUS em Mato Grosso, com destaque para o papel da participação social. No final dos anos 1980, o *Jornal Proposta*, do *Radis*, reportou a intensa mobilização de lideranças populares em reuniões comunitárias noturnas e em conselhos municipais — não só de saúde —, assim como em ações de vigilância sanitária, educação e comunicação, quando um dos autores, Julio Müller Neto, era secretário de saúde de Dante de Oliveira (o das Diretas Já) em Cuiabá.

A matéria sobre amianto foi conquistada pela presença de trabalhadores e do prefeito de Bom Jesus da Serra e de um professor da vizinha Poções nos debates da Rio+20. Ao ler mais esta edição de *Radis*, exerça você também o protagonismo na comunicação. Envie suas críticas, conte o que tem feito pela saúde coletiva e nos apresente sugestões de pautas. Nós e os outros leitores queremos ouvi-lo.

Rogério Lannes Rocha

Coordenador do Programa Radis

CARTUM



M.C.

Expressões e Experiências

• História para o futuro 2

Editorial

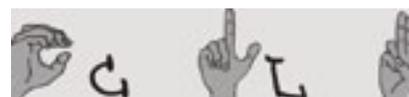
• Sujeitos da saúde 3

Cartum

3

Voz do leitor

4



Súmula 5

Radis Adverte 7

Toques da Redação 7



Amianto

• A saída é banir 8

• Os males do amianto ao organismo 11

• Uma fonte de danos aos habitantes de 12

• Bom Jesus da Serra

Políticas públicas

• Precarização contra direitos 17



Drogas

• Não à proibição 18

Drogas e mídia

• Protagonismo do usuário como caminho 20

Serviço 22

Pós-Tudo

• Fanáticos pela moderação 23

1982
2012
30 anos
RADIS

Foto da capa: Carolina Niemeyer

Ilustrações: Marina Cotrim

Radis também agradece

A *Radis* está simplesmente linda! Ainda mais estimulante a uma leitura incessante. Os meus olhos brilharam ao ver a edição de agosto! É um prazer ser assinante desta revista (desde 2003, quando ainda era universitária), e ainda mais me orgulho por ver e acompanhar a sua evolução. A cada mês, espero ansiosa pelo seu recebimento. A *Radis* tem sido o meu melhor recurso de atualização. Parabéns e um grande beijo em toda a equipe.

• Daiane Nunes Martins, Lajedinho, BA

Venho agradecer por poder aprender cada vez mais com vocês. Agradeço por ter recebido as edições que estavam em falta para mim. Comecei a ler a de abril/2012, muito interessante, sobre a hepatite C. Pude aprimorar meus conhecimentos. Muito obrigada, e espero continuar me enriquecendo com suas reportagens.

• Larissa Santos Aragão, Itabuna, BA

Ter oportunidade de receber e ler a conceituada e sempre atual revista *Radis*, para mim, é motivo da grande satisfação. Cada número que surge é um novo cabedal de conhecimentos que recebemos. Informes, notícias, tudo isto faz-nos gratos. Aproveito o ensejo para expressar meus agradecimentos, desejando sempre mais êxitos a todos vocês. Cordialmente.

• Severino Cassiano Ferreira, Água Preta, PE

Obrigado e parabéns por este trabalho maravilhoso. Que Deus proteja toda a equipe. Recebi a revista 120, que, como as outras, está ótima, me ajuda muito no dia a dia das reuniões de Conselho Gestor de Saúde. Moro no extremo sul da capital de São Paulo, em Parelheiros, e aqui o atendimento na saúde é muito precário. O secretário de Saúde municipal não dá a

mínima para a saúde nem tão pouco para os conselheiros(as). Mas a gente precisa continuar fazendo enfrentamento para defender o SUS, e esta revista (este livro) nos ajuda muito. Pensei que a revista de agosto fosse falar só das eleições, mas não foi dessa vez. Quem sabe da próxima?

• Antônio Francisco Pereira, São Paulo, SP

F: *Caro Antônio, estamos sempre abertos às sugestões de pauta dos leitores. Um abraço e obrigada por sua mensagem.*

Parto humanizado

No primeiro número do InformaSUS, informativo do Conselho Municipal de Saúde de Indaiatuba, reproduzimos o artigo sobre pré-natal da jornalista Elisa Batalha (*Radis* 117). A publicação está no blog <http://cmsindaiatuba.blogspot.com.br> e também no site <http://pt.scribd.com/doc/104653021/InformaSUS-01>. Esperamos, em um segundo momento, realizar a publicação impressa. Entretanto, inicialmente a distribuição será em arquivo digital. Parabéns a todos pelo Programa Radis.

• Charlton Bressane, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Indaiatuba, SP

F: *Caro Charlton, é sempre com muita alegria que vemos os conteúdos da Radis serem reproduzidos. Este é um dos propósitos da revista. Um grande abraço!*

'Classificação de risco'

Caros amigos da *Radis*, trabalho como Enfermeira em uma UPA [Unidade de Pronto-Atendimento] na cidade do Rio de Janeiro e como tal me vejo constantemente em uma difícil situação, chamada *classificação de risco*. Nós, profissionais, com base em nossos conhecimentos científicos, classificamos os usuários de acordo

com seu potencial risco de gravidade. Essa classificação é vista por dois ângulos: o de quem classifica e o de quem é classificado. Normalmente, os usuários não conseguem compreender que o serviço prestado não é por ordem de chegada e sim de gravidade. Volta e meia sinto-me coagida por um indivíduo com "tosse há três meses", reclamando que um monte de pessoas estão passando a sua frente.

• Camila da Silva do Nascimento, Rio de Janeiro, RJ

F: *Cara Camila, sugestão anotada. O olhar do profissional de saúde é muito bem-vindo na Radis.*

Números atrasados

Conheci há pouco tempo a revista *Radis* e estou apaixonada por ela! Fiz a assinatura e desde abril estou recebendo as publicações. Encanta o comprometimento, o pensamento crítico, a qualidade de imagens e de redação desta revista! Por isso, quero pedir algo que não sei se será possível mas diante da minha paixão pela revista, irei tentar ao menos. Gostaria muito de ter as edições que antecedem abril de 2012. Eu não sei se vocês já trabalham com um limite de impressão das revistas ou se sobram edições.

• Paloma Andressa Xavier de Paula, Rio Bom, PR

F: *Cara Paloma, seja bem-vinda! Você pode acessar a coleção completa da Radis pelo site: www.ensp.fiocruz.br/radis. Um abraço!*

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.

RADIS® é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa Radis de Comunicação e Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

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

Coordenação do Radis **Rogério Lannes Rocha**

Subcoordenação **Justa Helena Franco**

Edição **Eliane Bardanachvili**

Reportagem **Adriano De Lavor** (subedição), **Bruno Dominguez**, **Elisa**

Batalha e **Liseane Morosini**

Arte **Carolina Niemeyer** (subedição)

Documentação **Jorge Ricardo Pereira**, **Laís Tavares** e **Sandra Benigno**

Administração **Fábio Lucas**, **Natalia Calzavara** e **Oswaldo José Filho**

(Informática)

Estágio supervisionado **Anna Carolina Düppre** (Reportagem), **Marina**

Cotrim (Arte) e **Maycon Soares Pereira** (Administração)

Periodicidade mensal | Tiragem **78.000** exemplares | Impressão Minister

Assinatura **grátis** (sujeita à ampliação de cadastro)

Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) Tel. (21) 3882-9118

(21) 3882-9119 E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Confira também a *resenha semanal* Radis na Rede e a seção *Multimídia*, que

complementam a edição impressa, em www.ensp.fiocruz.br/radis

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

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente reproduzido, acompanhado dos créditos, em consonância com a política de acesso livre à informação da Ensp/Fiocruz. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.





Repúdio à empresa de serviços hospitalares

Uma moção de repúdio feita por ativistas da saúde e entidades sindicais que são contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), órgão estatal destinado a gerir os hospitais universitários (HUs), foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (12/9) em debate sobre a criação e a implantação da empresa.

O manifesto foi divulgado no site da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e aponta que além de representar uma ameaça ao SUS, o controle dos HUs pela EBSERH resultará em precarização e mercantilização da saúde, cerceando a autonomia das instituições de ensino público.

Há preocupação também com o regime de contratação da empresa. Os funcionários passarão a ser contratados por CLT em regime temporário, e não por concurso público, o que comprometeria a estabilidade do serviço oferecido à população.

Os ativistas criticam, ainda, o modelo de gestão da empresa, que poderá abrir brechas para a comercialização de serviços e estabelecimento de acordos ou convênios com entidades privadas, como faculdades e indústria farmacêutica, interferindo nas atividades de pesquisa.

A maioria das universidades não quer a terceirização da gestão de seus hospitais-escola. No entanto, há casos como o da Universidade Federal do Mato Grosso, em

que a reitoria se mostrou favorável a entregar a administração do hospital universitário à empresa pública por conta de uma dívida de quase R\$ 2 milhões, que poderia pressionar o hospital a fechar as portas, como informou o portal G1 (27/9).

Fóruns estaduais e municipais de saúde e outras entidades organizaram atos no país (3/10), no Dia Nacional de Luta contra a Privatização dos Hospitais Universitários, para mostrar que discordam da proposta do governo. Houve protestos no Espírito Santo, Rio de Janeiro, Amazonas, Minas Gerais e Pernambuco, entre outros estados.

A EBSERH foi criada em 2011 e é vinculada aos ministérios da Educação e da Saúde. Segundo a Rede Brasil Atual (31/8), a empresa nega que haverá prejuízos à autonomia das universidades e afirma que, por gerir recursos públicos, não há risco de privatização. No Brasil existem 46 hospitais universitários vinculados a 32 universidades federais.



ILUSTRAÇÕES: MARINA COFRIM

Mais pessoas com deficiência nas universidades



Levantamento do Ministério da Educação apontou que a quantidade de matrículas de pessoas com deficiência na educação superior aumentou 933,6% entre 2000 e 2010, passando de 2.173 para 20.287. São 6.884 alunos na rede pública e 13.403, na particular. O número de instituições de educação superior que atendem alunos com deficiência mais que duplicou no período, de 1.180 para 2.378. Destas, 1.948 contam com estrutura de acessibilidade para os estudantes, informou o Portal Brasil (5/10). O governo federal vai destinar R\$ 11 milhões do orçamento de 2013 a universidades federais para adequação de espaços físicos e material didático a estudantes com deficiência, por meio do programa Incluir. O valor é quase quatro vezes maior

em relação ao investimento deste ano, de R\$ 3 milhões. De acordo com o site do MEC, o Incluir tem como objetivo promover ações para eliminar barreiras físicas, pedagógicas e de comunicação, a fim de assegurar o acesso e a permanência de pessoas com deficiência nas instituições públicas de ensino superior.

Entre 2013 e 2014, serão abertos 27 cursos de Letras com habilitação em língua brasileira de sinais (libras) nas universidades federais, uma em cada unidade da Federação. Além disso, o Instituto Nacional de Educação de Surdos (Ines) vai ofertar mais 12 cursos de educação bilíngue (português-libras) a partir do próximo ano. Para os novos cursos, será autorizada a abertura de 229 vagas de professores e 286 de técnicos administrativos.

Crack: triste liderança

Um estudo sobre uso de cocaína e derivados revelou que o Brasil é o maior mercado mundial de crack e o segundo maior de cocaína, atrás apenas dos Estados Unidos. Os dados são do segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad) feito pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). De acordo com o relatório, o Brasil responde por 20% do comércio da droga no mundo, e 6 milhões de brasileiros (4% da população adulta) já experimentaram cocaína ou derivados alguma vez na vida. Dois milhões desses já usaram oxi, crack ou merla. O Lenad apontou ainda que um em cada cem adultos fumou crack no último ano. Ficou comprovado também que o contato com a droga começa em média antes dos 18 anos de idade. Quase metade dos consumidores de cocaína (48%) tornou-se dependente. Para 78% dos usuários, encontrar a droga é fácil no Brasil.

Em uma comparação entre países desenvolvidos e emergentes, o estudo observou que os primeiros têm apresentado redução no nível de consumo de drogas, enquanto os emergentes mostram tendência de aumento — o que aparenta estar acontecendo no caso brasileiro. No entanto, como as pesquisas feitas em outros países não fazem distinção entre as diferentes formas de consumo de cocaína — não diferem usuários que fumam dos que inalam o pó — não é possível afirmar a liderança do país no que diz respeito ao consumo de crack apenas, mas os especialistas defendem a tese. De acordo com o psiquiatra Ronaldo Laranjeira, organizador do Lenad, em nenhum outro país existe um milhão de usuários de crack atualmente, informou o portal de notícias G1 (5/9). A pesquisa foi realizada com 4.607 indivíduos de 14 anos ou mais, em 149 municípios de todo o país. Os resultados estão no site do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas do Álcool e Outras Drogas (Inpad): www.inpad.org.br.

A complexa definição de uma política equilibrada para as drogas foi analisada na *Radis 101*. O representante do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, no Brasil, Bo Mathiasen, considerou que as ações de saúde precisam ser ofertadas a partir das necessidades do usuário, não do sistema de saúde. Já Pedro Gabriel Delgado observou que 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. As páginas 19 a 22 desta edição trazem análise do cientista político Luiz Eduardo Soares, que propõe liberação integral das drogas, e debate sobre o papel da mídia em relação à questão.

Hemofilia: tratamento mais seguro no SUS



Uma substância mais segura para o tratamento de hemofilia A, chamada fator 8 recombinante, passará a fazer parte da lista de medicamentos oferecidos pelo SUS ainda este ano. Por não ser proveniente do plasma sanguíneo humano — como é o caso da substância oferecida até o momento para 97% das pessoas que precisam de tratamento —, o fator 8 recombinante afasta qualquer chance de contaminação por vírus que circulam no sangue, informou a *Folha de S. Paulo* (22/9). A produção, que hoje se dá no exterior, passará a ser nacional em até dez anos, por meio da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás). A estatal está em fase final de negociação com um laboratório estrangeiro, para tratar da transferência de tecnologia. O SUS deverá oferecer o fator 8 para uma parte dos 9 mil pacientes com hemofilia A neste ano e, em 2013, estender o tratamento a todos.

A deficiência de fator 8 no organismo é característica de pessoas com hemofilia A. A doença genético-hereditária causa dificuldades de coagulação e sangramentos intramusculares e intra-articulares, além de se manifestar quase que exclusivamente em pessoas do sexo masculino. Esses sangramentos desgastam as cartilagens e podem chegar a causar lesões ósseas.

Bactéria no combate à dengue



ILUSTRAÇÕES: MARINA COTRIM

A Fiocruz anunciou (24/9) sua participação, em parceria com a Universidade de Monash, na Austrália, em nova pesquisa para o controle da dengue. O novo método consiste em imunizar o próprio mosquito transmissor com uma bactéria, a Wolbachia, que pode bloquear a transmissão do vírus. Essa é uma alternativa que os cientistas avaliam como natural e autossustentável, informou a Agência Fiocruz. A Wolbachia está presente em 70% dos insetos no mundo. Quando entra no organismo humano por meio das picadas não apresenta efeitos negativos. Mosquitos com a bactéria soltos no ambiente se reproduzem e transmitem-na para a prole, fazendo com que os novos insetos também tenham a Wolbachia.

O método foi testado no Vietnã, Indonésia e Austrália, onde a pesquisa está em estágio avançado — já foram soltos os primeiros mosquitos transgênicos em duas cidades, no ano passado. Três meses depois, 100% dos mosquitos locais não transmitiam mais a dengue, e

até hoje o índice continua praticamente o mesmo.

A experiência faz parte do projeto internacional *Eliminar a dengue: nosso desafio*, liderado pela universidade australiana, com diversos colaboradores internacionais. No Brasil, o trabalho está em fase de testes iniciais de laboratório, mas os primeiros mosquitos imunes à dengue devem chegar às ruas do Estado do Rio de Janeiro em 2014, como parte de estudos controlados.

Se a estratégia internacional for bem sucedida, irá beneficiar 2,5 bilhões de pessoas que vivem em áreas de transmissão da doença em todo o mundo, como informou a Agência Fiocruz. Segundo o pesquisador da Fiocruz Luciano Moreira, líder do projeto *Eliminar a Dengue: desafio Brasil*, existe viabilidade técnica e econômica para aplicação em larga escala, pois os mosquitos imunes poderão se expandir em pouco tempo, sem a necessidade permanente de soltarem novos insetos de laboratório.

Morre a primeira criança a tomar coquetel da aids

Morreu em 5/10, em Sorocaba (SP), Luciane Aparecida Conceição, que ficou conhecida como a primeira criança do mundo a tomar coquetel contra a aids, nos anos 90. Luciane tinha 24 anos e estava internada, com insuficiência renal e pressão baixa. Ela havia parado de tomar os remédios há cinco anos, por vontade própria. “Simplesmente não queria mais se tratar”, relatou a irmã, Andreia Cristina Conceição ao portal de notícias G1 (5/10). Luciane contraiu o HIV ao nascer — sua mãe contraiu o vírus em transfusão de sangue realizada durante a gravidez. Em 2008, Luciane teve sua primeira filha, que nasceu sem aids. A edição 68 da *Radis*, daquele ano, trouxe reportagem sobre a jovem. O uso do coquetel, até então não experimentado em crianças, teve efeito benéfico abrindo-se o caminho para que crianças em todo o planeta pudessem ser tratadas como ela.

Vacina contra aids em pesquisa

Parceria entre pesquisadores da Universidade de Miami, nos Estados Unidos, e cientistas do Instituto Oswaldo Cruz deu início à busca por uma vacina contra a aids a partir de uma nova abordagem, informou a Agência Fiocruz (1/10). Em vez de concentrar esforços nos anticorpos contra o vírus, como se fez até hoje, o estudo vai procurar compreender como pessoas que estão infectadas pelo vírus HIV conseguem controlar e manter baixa sua multiplicação no organismo. Sem o uso de remédios, uma em cada 300 pessoas — chamados de controladores de elite — tem sido capaz de limitar o adoecimento, ou seja, são pessoas que têm o HIV, mas graças à sua resposta imune, não desenvolvem os sintomas da aids. Até agora, o que se sabe é que esses indivíduos provavelmente possuem células protetoras que matam as células

infectadas com o vírus, onde ele se replica. Os cientistas pretendem descobrir porque essas células protetoras são eficazes e se vale a pena explorar a alternativa.

Uma técnica brasileira, desenvolvida pela pesquisadora Myrna Bonaldo e patenteada pela Fiocruz em 2005, utiliza como base a vacina contra febre amarela para tentar criar novas vacinas contra malária, doença de Chagas e aids a partir de modificações genéticas. Esse é o método que está sendo usado na nova pesquisa. David Watkins, pesquisador da aids na Universidade de Miami há 15 anos e à frente do estudo, disse que é muito cedo para afirmar se haverá uma vacina, uma vez que há muito trabalho a ser feito e o vírus é muito complexo, já que se modifica a todo instante. “É como se tentássemos atingir um alvo que se movimenta”, analisou.

Atestado de óbito de Herzog modificado

O Tribunal de Justiça de São Paulo determinou (24/9) a retificação do atestado de óbito do jornalista Vladimir Herzog, morto pela ditadura militar dentro da prisão, em 25 de outubro de 1975. A partir de agora, por decisão do juiz Márcio Martins Bonilha Filho, constará do documento que sua morte “decorreu de lesões e maus tratos sofridos em dependência do 2º Exército – SP (DOI-Codi)”, e não por asfixia mecânica. Na época, o Exército usou a falsa perícia do médico Harry Shibata para defender a tese de suicídio. O jornalista foi preso e torturado por militares no Destacamento de Operações de Informações/Centro de Operações de Defesa Interna (DOI-Codi), órgão de repressão do governo. Mesmo assim, o documento oficial não reconhecia a responsabilidade do Estado por sua morte.

Em 24 de outubro de 1975, Herzog, então diretor de jornalismo da TV Cultura, foi convocado por agentes do 2º Exército para prestar depoimento sobre ligações que manteria com o Partido Comunista Brasileiro. No dia seguinte, compareceu, atendendo ao pedido, mas só sairia de lá morto.

A decisão de encaminhar o caso ao TJ partiu da Comissão Nacional da Verdade, a pedido da família Herzog, que há anos reivindica modificar a versão do governo militar de que ele teria se suicidado, enforcando-se com o próprio cinto. Um processo movido pela família do jornalista em 1978, três anos após sua morte, conseguiu, em uma sentença histórica, que a União fosse responsabilizada pela morte e que fossem apuradas as condições em que tudo se deu. A sentença, no entanto, foi ignorada. A família de Herzog solicitou à Comissão da Verdade a retomada das investigações sobre o caso, com a intenção de que seja cumprida a ordem judicial não executada em 1978, informou *O Globo* (24/9).

Claudio Fonteles, integrante da Comissão da Verdade e ex-procurador-geral da República, disse que o sucesso da ação de retificação do atestado de óbito de Vladimir Herzog abriu precedente prudencial, que permitirá que outras famílias possam também lutar pelo reconhecimento oficial da morte de seus entes pelo regime militar. Ele considera que este pode ser o primeiro caso de muitos, informou a Rede Brasil Atual (25/9). Fonteles e Bonilha foram escolhidos para receber a medalha Careli do Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz (Asfoc-SN), em novembro. 

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

Compromisso com quem?

Em entrevista ao jornal *O Globo* (23/9), pouco antes de ser reeleito, o prefeito do Rio de Janeiro, Eduardo Paes, deu declaração que merece ser vista mais de perto. A entrevista fazia parte de uma reportagem que conferia se uma lista de promessas que o prefeito fizera e assinara, em 2008, no início de seu mandato, a pedido do jornal, foram realizadas. O prefeito afirmou: “Uma cópia da reportagem ficou esses quatro anos na minha mesa. Diariamente avalio o que cumpri ou não”. Em tempos de relações midiáticas (ver *Radis* 116 e 120), cabe perguntar: o que vale mais, ficar quites com a população ou com o jornal? Pela declaração do prefeito, venceu a segunda opção.

Convite ao álcool

A telenovela *Avenida Brasil*, que terminou em 19/10, chamou atenção pelo estímulo ao consumo de álcool, a contar pela quantidade de cervejas e doses de uísque ingeridas pelas personagens ao longo dos seus quase 180 capítulos. Quase todos os dias havia cenas em que as bebidas alcoólicas apareciam com destaque na novela. E qualquer motivo valia: comemorar, afogar as mágoas, aliviar o desespero, substituir sedativos. Durante o seminário *Mídia, Drogas e HIV: Conflitos e possibilidades* (ver matéria na pág. 20), o psicólogo Caio

Westin chamou a atenção para o fato, alertando para a falta de responsabilidade dos meios de comunicação em promover o alto consumo. A equipe da *Radis* assina embaixo a advertência do pesquisador, torcendo para que nas próximas produções não falte o devido cuidado para com milhões de pessoas que assistem às telenovelas — aí incluídos jovens e crianças, que se postam diariamente diante da tela da TV.

Liderança premiada

O diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz), Paulo Buss, recebeu (17/9) o Prêmio Abraham Horwitz na categoria Excelência na Liderança em Saúde Pública das Américas 2012. Entregue na abertura da Conferência Pan-Americana da Saúde, em Washington (EUA), o prêmio destaca líderes cuja criatividade, compromisso e contribuições para a saúde pública estimulam melhorias no âmbito das Américas. Para Buss, que recebeu o prêmio acompanhado do presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha, além de um reconhecimento pessoal, trata-se da valorização do trabalho institucional da fundação. “Isolado, ninguém faz nada. Faço parte de um coletivo que é a Fiocruz, que tem dado respostas brilhantes na cooperação internacional em saúde”, afirmou. Leia a íntegra do discurso de Paulo Buss no site do Radis (www.ensp.fiocruz.br/radis).

Césio 137: 25 anos de problemas

Sequelas físicas e sociais marcaram os 25 anos do acidente radioativo com o césio 137 ocorrido em Goiânia (GO), em 13 de setembro de 1987. A contaminação por radioatividade matou 60 pessoas, produziu 6,5 mil toneladas de rejeitos contaminados — entre roupas, utensílios domésticos, veículos e restos de casas que foram implodidas — e deixou número incerto de vítimas. Muitos têm doenças associadas à radioatividade, ainda lutam por indenizações e sofrem preconceito.

Adultos e crianças manusearam o césio 137, encontrado dentro de um equipamento abandonado no prédio do Instituto Goiano de Radioterapia e levado

a um ferro-velho como sucata. Mais de 112 mil pessoas foram monitoradas e 6,5 mil apresentaram sinais de radioatividade. Entre os mortos na época da tragédia, estava a menina Leide, de 6 anos, sobrinha do dono do ferro-velho, Devair Ferreira, que morreria sete anos depois. Seu irmão, Odesson, preside a Associação das Vítimas do Césio 137, que conseguiu, em setembro, que as 60 vítimas diretas cadastradas, voltassem a receber medicamentos — o que não acontecia desde o fim de 2010 —, e agora luta para que outros mil cadastrados no Centro de Assistência aos Radioacidentados da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás tenham direito a assistência médica. 

RADIS (HÁ 30 ANOS NA VERDADEIRA AV. BRASIL) ADVERTE



SE ASSISTIR À NOVELA, NÃO DIRIJA!

A saída é banir

Uso da fibra mineral considerada cancerígena pela OMS é alvo de duas ações no STF e pode ser proibido no Brasil, como já ocorre em 60 países

Mina de amianto, localizada na vila para onde convergiram por décadas trabalhadores e moradores de Bom Jesus da Serra (BA)

Aos 83 anos, Alcides Antônio da Silva pouco se lembra do período em que trabalhou na mina de amianto São Félix, em Bom Jesus da Serra, no sertão baiano. Mas os sete anos em que ensacou as pedras de amianto e comandou o motor que as quebrava deixaram uma marca profunda em sua saúde. Alcides foi diagnosticado com asbestose, ou “pulmão de pedra”, uma das doenças comprovadamente causadas pela exposição prolongada a essa fibra mineral. Há décadas tem dificuldade de caminhar ou de fazer qualquer atividade física, dada a perda da capacidade respiratória. A história de Alcides é a de centenas de outros trabalhadores da mina São Félix e de moradores de Bom Jesus da Serra. É também a história do próprio município, que viveu uma época de “progresso” com a exploração do mineral, sem prever a destruição que se seguiria (ver matéria na pág. 12).

Esses casos vêm à tona diante da iminência do julgamento no Supremo Tribunal Federal (STF) de duas ações diretas de inconstitucionalidade que pode levar ao banimento do amianto no Brasil. Mais de 60 países já baniram o uso dessa fibra, considerada cancerígena pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela International Agency for Research on Cancer (Iarc, a agência internacional de pesquisa sobre câncer). O Brasil, terceiro maior produtor mundial e quarto maior consumidor de amianto, ainda permite o uso do mineral em diversas atividades, como na fabricação de telhas, caixas d’água, canos e pastilhas de freio. Apenas cinco estados têm leis que proíbem a substância: São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Pernambuco. Para o setor saúde, banir é salvar vidas.

PREPARAÇÃO

Está nas mãos dos ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) a decisão sobre o banimento do amianto no Brasil. Previsto para meados de novembro, o julgamento que pode pôr fim ao uso do mineral do tipo **crisotila** no país foi provocado pela Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) nº 3.937, proposta pela Confederação Nacional de Trabalhadores na Indústria (CNTI) para questionar a validade da lei do estado de São Paulo de nº 12.684, que proíbe produtos, materiais ou artefatos com amianto localmente.

Como preparação, o relator da Adin, ministro Marco Aurélio Melo, convocou audiência pública em agosto, na qual 36 especialistas no tema puderam se posicionar quanto à possibilidade de banimento. Entre eles estavam representantes da Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (Abrea), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e dos ministérios da Saúde, do Meio Ambiente, da Seguridade Social e do Trabalho e Emprego. A indústria estava representada pelo Instituto Brasileiro do Crisotila (IBC) e por pesquisadores a ele ligados.

O objetivo era subsidiar a decisão da suprema corte brasileira. A audiência tinha três focos,

que dão um indício dos pontos orientadores do julgamento: a possibilidade do uso seguro do amianto da espécie crisotila, levando em conta a saúde dos trabalhadores; os riscos à saúde pública que o material pode trazer; a viabilidade das fibras alternativas ao crisotila e os impactos econômicos decorrentes do banimento.

VISÃO SOCIAL X VISÃO ECONÔMICA

“Nós, juízes, precisamos contar com fatos, com dados para um julgamento seguro”, explicou o ministro, conforme registrado no site do STF. Ele avaliou que estarão em jogo a saúde pública e o desenvolvimento nacional. Nesse caso, tal qual acontece em outras questões, as pastas da Saúde e do Desenvolvimento têm se posicionado em lados opostos. Apesar de haver vasta evidência científica sobre os males causados pelo amianto para os trabalhadores e para a população em geral, o banimento não é consenso dentro do governo.

De um lado estão os ministérios da Saúde, do Meio Ambiente, do Trabalho e da Previdência Social; de outro, o de Minas e Energia e o do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. “A divisão exarceba o embate entre visão social e visão econômica”, avalia o pneumologista e pesquisador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Ensp), Hermano Albuquerque de Castro.

Na audiência pública, a Saúde foi ouvida primeiro. “Do ponto de vista do Ministério da Saúde, o conjunto das evidências científicas sustenta que não há possibilidade do uso seguro do amianto da espécie crisotila”, posicionou-se o representante do setor, Guilherme Franco Netto, diretor do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde do ministério.

Franco Netto baseou-se principalmente nas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que classificou todos os tipos de amianto como “comprovadamente carcinogênicos para os seres humanos”. Segundo a OMS, o mineral é responsável por um terço dos casos de cânceres ocupacionais no mundo, especialmente do mesotelioma — de 80% a 90% dos casos desse tipo de

Há dois tipos principais de amianto: o crisotila, de fibras curvas e maleáveis, e o anfíbolio, de fibras duras, retas e pontiagudas. O tipo anfíbolio já foi proibido no Brasil, por ser considerado ainda mais danoso que o crisotila.

Hermano: problema não é estritamente ocupacional; os riscos ultrapassam o muro da fábrica e ganham a sociedade

FOTO: MARIZA ALMEIDA | CESTEH



câncer estão estritamente relacionados a exposição ao amianto (ver quadro na pág. 11). Hoje, calcula-se que 125 milhões de trabalhadores estejam expostos e que, por ano, 100 mil morram em decorrência dessa exposição.

DOENÇAS RELACIONADAS

No Brasil, 2.123 pessoas com mais de 20 anos de idade morreram entre 2000 e 2011 por câncer relacionado ao amianto, sendo 827 por mesotelioma e 1.298 por neoplasias malignas da pleura, de acordo com uma tabulação do Ministério da Saúde em cooperação com a Universidade Federal da Bahia apresentada, pela primeira vez, na audiência pública. A essas mortes ainda se somaram 109 por placas pleurais e 156 por pneumoconiose. Uma ressalva de Franco Netto: “Existe um processo extremamente importante de subnotificação”.

O representante do Ministério da Saúde lembrou que o Brasil é signatário de acordos multilaterais que reconhecem o banimento de todos os tipos de amianto como a forma mais eficiente de eliminar as doenças a eles relacionadas. Sua conclusão: “O Ministério da Saúde, valendo-se de suas responsabilidades legais em defesa e promoção da saúde da população brasileira, recomenda a eliminação de qualquer forma de uso do amianto crisotila no território nacional. Recomenda, também, a adequada gestão ambiental de seus resíduos e a identificação e acompanhamento rigoroso da população a ele exposta”.

Diante dos representantes da indústria, que ali estavam para defender o suposto “uso seguro” do amianto crisotila, o pesquisador Hermano Albuquerque de Castro ressaltou que a Fiocruz desenvolve pesquisas e investigações “seguindo o que diz respeito à saúde pública”. Para além dos mais falados danos à saúde dos trabalhadores, o pesquisador observou que “o amianto não é um problema ocupacional estrito” e tratou dos pouco comentados riscos para a população em geral. “Os riscos ultrapassam o muro da fábrica e ganham a sociedade, quando os produtos vão para

o comércio”, afirmou, mostrando que a função da saúde pública é exatamente englobar esse escopo maior — saúde do trabalhador, saúde ambiental, saúde do consumidor.

EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

A tese defendida por Hermano é que, ainda que a indústria do amianto proteja seus trabalhadores com uniforme, máscara e outros equipamentos de segurança, é impossível controlar a substância nos processos fora das fábricas. Na construção civil, por exemplo, é raro que um pedreiro se proteja ao cortar uma telha de amianto. O pesquisador ainda citou o caso de Bom Jesus da Serra para apontar o desconhecimento que leva à falta de cuidado no manejo de produtos com amianto. “A população ainda está pouco avisada dos males”.

Estudos mostram um incremento de casos de mesotelioma a partir da exposição ambiental — ou seja, de pessoas que não trabalhavam na indústria do amianto. “A mortalidade por mesotelioma está relacionada às exposições ambientais, explícitas em moradores vizinhos de fábricas, ou não explícitas, em que o paciente não apresenta informação de qualquer exposição direta”, informa Hermano à *Radis*. Nos casos não explícitos, a exposição é difusa, por telhas, caixas d’água, juntas e freios de automóveis com amianto.

“Principalmente a população mais vulnerável economicamente permanece exposta por tempo indeterminado”, diz. Se o Brasil banisse hoje o amianto, ainda teria uma curva ascendente de mesotelioma por mais 40 anos, devido ao longo período de latência da doença, calcula.

PEDIDO NEGADO

O Instituto Brasileiro do Crisotila, criado e financiado pela indústria do amianto para defender a exploração nacional do mineral, interpelou judicialmente o pesquisador, contestando os dados científicos nos quais se apoia para dizer que consumidores de telhas e caixas d’água de fibrocimento com amianto sofrem riscos de contaminação. O instituto recebe críticas no meio científico pelo

“O Ministério da Saúde recomenda a eliminação de qualquer forma de uso do amianto crisotila no território nacional”

Guilherme Franco Netto



Ministro Marco Aurélio (D), em audiência pública sobre o amianto: contar com fatos para um julgamento seguro

FOTO: NELSON JUNIOR / STF

conflito de interesses. A *Radis* teve pedido de entrevista com a presidente executiva do IBC, Marina Júlia de Aquino, negado via assessoria de imprensa.

“O Instituto Brasileiro do Crisotila (IBC), dentro de seu dever institucional de prestar informações, promover o debate e defender o uso seguro do amianto crisotila, entende que embora já seja do conhecimento desta conceituada revista o posicionamento da entidade diante das questões levantadas, espera contribuir com a publicação fornecendo um link, cujo conteúdo, relativo à audiência pública realizada no Supremo Tribunal Federal, trata cada um desses temas [das perguntas da *Radis*] com profundidade”, escreveu, em nota. O link continha vídeos da TV Justiça com a cobertura dos debates.

Pelo Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC), contrário ao banimento, falou o analista de comércio exterior Antônio José Juliani. Em foco, estava a lucratividade da exploração e do comércio do amianto crisotila no país. “Em 2011, nós exportamos 135 mil toneladas do mineral, o que correspondeu a 80 milhões de dólares, dólares muito saudáveis para a balança comercial brasileira”, considerou.

Os argumentos do MDIC são de que há hoje condições adequadas para a exploração do amianto crisotila no Brasil e de que é inviável a substituição da fibra por polipropileno ou por PVA. “A proibição do amianto crisotila iria cortar cerca de 70% da oferta de telhas no nosso país, o que acarretaria um encarecimento do produto também. Nós teríamos corte de oferta, corte de renda, corte de empregos, corte dos impostos, além de termos problemas com a balança comercial brasileira, que já não anda muito bem das pernas, e com os trabalhadores da cadeia produtiva do amianto crisotila no Brasil”, avaliou.

SILÊNCIO EPIDEMIOLÓGICO

Referência na luta pelo banimento do amianto no país à qual se dedica há mais de 20 anos, a engenheira auditora fiscal do trabalho e gerente do Projeto Estadual do Amianto da Superintendência Regional do Trabalho, em São Paulo, Fernanda Giannasi, levou para a audiência a discussão do



que chama de “lobby industrial da defesa do amianto”, que aumentaria, por exemplo, o impacto do banimento da fibra em número de desempregados. “Existe toda uma matemática usada, no meu entender para o mal, para justificar o injustificável”, disse. “O Instituto Brasileiro do Crisotila financia as ações do sindicato de trabalhadores na defesa do amianto”, exemplificou.

Fernanda criticou até mesmo o STF, que permitiu que 17 empresas fiquem protegidas de informar quem são os seus empregados e quantos deles estão doentes. “Existem mecanismos sociais que fazem com que haja um silêncio epidemiológico em nosso país e que tornam os dados das vítimas do amianto invisíveis para nós, para a nossa sociedade, para esta colenda Corte”, afirmou. Para a saúde, é hora de quebrar esse silêncio. “Esperamos que o STF cumpra seu papel de proteger os brasileiros e assuma a responsabilidade de banir o amianto do Brasil”, resume Hermano.

O amianto exala um pó que, inalado, atinge os pulmões, criando placas pleurais, que podem levar à asbestose e ao câncer

Os males do amianto ao organismo

A exposição ao amianto causa principalmente asbestose, placas pleurais, câncer de pulmão e mesotelioma. Todas têm longo período de latência, ou seja, podem levar até 45 anos para se manifestarem.

As placas pleurais são formadas pelo espessamento de parte da pleura — membrana que reveste o pulmão — e podem evoluir para asbestose ou câncer de pulmão.

A asbestose também é conhecida como *pulmão de pedra*, aspecto resultante das tentativas de cicatrização do tecido pulmonar provocada pela inalação do pó de amianto. O paciente perde progressivamente a elasticidade dos pulmões e a

capacidade respiratória, o que dificulta a realização de atividades físicas e até de tarefas simples, como andar, quando a doença está em fase avançada. Não há medicamentos específicos para o tratamento. Parte dos pacientes com asbestose desenvolve câncer de pulmão — o risco aumenta quando o exposto ao amianto também foi fumante. Há tratamento, dependendo da extensão do câncer.

O mesotelioma é um tipo raro de câncer de pulmão, maligno, que atinge a pleura. Pode aparecer até 40 anos depois da exposição ao amianto, mas, uma vez instalado, é muito agressivo. Cerca de 80% dos pacientes morrem até 12 meses depois do diagnóstico.



Uma fonte de danos aos habitantes de Bom Jesus da Serra



Nego e o lençol freático à mostra após escavações para exploração do amianto: “ninguém sabia das doenças”

Olhar para Bom Jesus da Serra, no interior da Bahia, ajuda a entender por que movimentos ligados à saúde e ao meio ambiente defendem o compromisso ético de se banir o amianto do país. A exploração nacional dessa fibra começou lá, em 1937, quando ainda era município de Poções — até então, o Brasil apenas importava o mineral. A chegada da Sociedade Anônima de Mineração de Amianto (Sama) à fazenda São Félix transformou o município do sertão baiano, onde só chove uma vez ao ano.

Ao redor da mina, a empresa ligada à Saint-Gobain, da França, ergueu uma vila onde morava metade dos seus 400 funcionários. A paisagem árida ganhou escola, sala de cinema, quadra poliesportiva, salão de cabeleireiro, loja de tecidos, feira livre, pista de pouso e até um restaurante que nos fins de semana servia vinho e comida franceses.

“Nasci aqui, em 1957, e a perspectiva de vida era muito boa”, conta Esmeraldo Teixeira, mais conhecido como Nego, filho de um ex-funcionário da Sama e hoje líder da regional de Bom Jesus da Serra da Associação Baiana dos Expostos ao Amianto (Abea). “Ninguém sabia das doenças causadas pelo amianto; a empresa falava era de saúde”, afirma. Alcides Antônio da Silva, que trabalhou por sete anos na mina, confirma: “Não se falava nada sobre doença”.

Hoje, a “era de ouro” do município é apenas lembrança. Passados 45 anos do fim das operações da Sama na região, o que restam são vestígios da época que começaria a destruir a vida de trabalhadores e a própria cidade. Dos 10 mil habitantes de Bom Jesus da Serra, 382 entraram em lista de possíveis afetados por doenças relacionadas ao amianto. A lista inclui não só trabalhadores. Como o município viveu do mineral por anos, toda a população foi exposta: até uma década atrás, as ruas eram pavimentadas com pedras de amianto; ainda hoje, é comum que essas pedras sejam usadas na fundação das casas.

SEM PROTEÇÃO

Os funcionários da Sama foram os mais expostos e, conseqüentemente, os mais atingidos em sua saúde. Os ouvidos pela *Radis* relatam um ambiente de trabalho sem qualquer proteção — nem sequer uniforme. “Eu ia para a mina com a minha roupa”, lembra Alcides.

O pneumologista e pesquisador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), Hermano Castro, afirma que desde 1907 havia evidências científicas dos riscos do amianto. “No período da exploração de São Félix, já se sabia o dano que causava”.

Como a fibra se desprende facilmente da pedra e é tão fina que pode ser levada pelo vento, a imagem descrita por todos era de um sertão “coberto de neve”. Na casa de Nego, na mesa, havia duas toalhas e, nas camas, dois lençóis, sobrepostos: os de cima protegiam os de baixo do excesso de pó.



Mina do amianto em atividade, na década de 60, com a vila operária ao fundo, e moradores na feira: passivo ambiental



“PÓ MEDONHO”

Alcides ainda ri do apelido que ganhou quando trabalhava na mina: *cabelo de ovelha*, porque parecia lã a fibra desprendida das pedras que se agarrava nos abundantes pelos do seu braço e ali permanecia durante todo o dia. “Era um pó medonho, que entrava pelo nariz, pela orelha e pela boca”, lembra, sentado em uma poltrona ao lado da porta de casa, onde passa boa parte do dia, dada sua dificuldade de andar.

“Quando eu limpava o nariz, saía uma camada grossa de cera branca”.

A asbestose, como é comum nas doenças ligadas ao amianto, demorou a provocar sintomas, mas foi aos poucos destruindo a qualidade de vida de Alcides e impedindo-o de trabalhar. Os efeitos da exposição ao mineral podem demorar até 30 anos para aparecer. Existe tratamento, mas não há cura. “Muitos colegas da mina já morreram; eu não morri ainda porque tenho me tratado”, acredita Alcides.

Outro ex-trabalhador do amianto, em Bom Jesus da Serra e também em Minaçu (Goiás), Juvenal Batista, de 72 anos, tem placas pleurais. “Eu não falo tudo o que sinto para vocês não terem dó de mim”, conta, na casa de taipa onde mora, a cerca de um quilômetro da mina São Félix. Em clara situação de pobreza, Juvenal vive da pequena plantação de milho e feijão.

Ele e Alcides têm plano de saúde pago pela Sama, conseguido após pressão do movimento dos expostos. Segundo Nego, a empresa voltou a procurar seus ex-funcionários em 1999,

Igreja e escola, da ‘era de ouro’ do município, hoje abandonadas: ‘melhorias’ que afetariam a saúde dos habitantes





Juvenal, com placas pleurais: “Não falo tudo o que sinto para vocês não terem dó de mim”

convidando-os a participar de exames. Em 2003, ofereceu o plano de saúde — esposas e filhos não têm direito. Alcides e Juvenal criticam o fato de não receberem os remédios indicados pelos médicos.

“Ele passa o remédio, mas eu não tenho dinheiro para comprar, então uso ervas da região para aliviar a dor”, comenta Juvenal. Mulher de Alcides, Josmerinda Alves da Silva reclama, ainda, por não receber os resultados dos exames feitos pelo marido. A Sama já o levou a São Paulo duas vezes, para ser examinado por uma equipe da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), que entregou a ele um laudo em que diagnostica asbestose relacionada a seu trabalho na mina.

INDENIZAÇÕES BAIXAS

A empresa pagou indenização para alguns ex-funcionários, em ações individuais. “Estão prometendo indenização, mas se vai sair mesmo só Deus sabe”, fala Josmerinda, em tom de incredulidade. Juvenal diz que recebeu 5 mil reais da Sama há cerca de dez anos, mas não os considera

como pagamento pelos danos causados a sua saúde. Quando perguntam o que fez com o dinheiro, ele responde: “Comi”. Nego julga baixo o valor das indenizações pagas até agora: “Na pobreza, se aparecem oferecendo 100 reais, as pessoas aceitam”.

No período em que trabalhou na mina, Juvenal encheu saco de minério, martelou as pedras para colocar a dinamite que abriria espaço para a mineração e secou fibras no forno. “Eu não sabia nada o que o amianto causava, até hoje poucas pessoas daqui sabem, mesmo com as doenças e as mortes”, comenta.

DESINFORMAÇÃO

O desconhecimento dificulta a luta pelos direitos dos ex-trabalhadores e pela recuperação da área degradada. Pesquisa do Cesteh em Bom Jesus da Serra apontou que a grande maioria da população local desconhece quase que completamente os riscos do amianto. “A desinformação é um grave problema de saúde”, avalia Hermano Albuquerque de Castro.

“Ainda hoje percebemos uma grande paixão pela empresa, apesar dos danos causados”, comenta o professor de geografia da região e militante da causa, Jânio Rocha. A “paixão” é pragmática: no sertão dos coronéis, onde as pessoas eram propriedade, uma multinacional chegou em 1937 com um projeto que incluía escola, cinema e restaurante francês. O município viveu um progresso fabuloso e os ex-trabalhadores ainda comentam que foi a Sama que os permitiu criar bem seus filhos e que sentem falta da estrutura da época, relata. “Apenas os que têm mais consciência reconhecem os danos causados, o que prejudica muito o movimento”, diz, fazendo referência aos que não quiseram entrar na ação coletiva contra a empresa.

O fato de as doenças relacionadas ao amianto demorarem a provocar sintomas também confunde: “Com uma noção imediata de saúde, muitos acham que a doença de hoje nada tem a ver com o trabalho de anos atrás”.



No calçamento de Bom Jesus da Serra, a fibra à mostra: município viveu do mineral por anos





No nome do cemitério da cidade, a referência ao pó branco que costumava cobrir lápides e túmulos

SINTOMAS

Por anos, não houve qualquer movimento pedindo a reparação dos danos em Bom Jesus da Serra. Somente em 2001 os expostos começaram a se organizar, sob a liderança de Nego. Seu pai trabalhou na mina como classificador de amianto até o fechamento, em 1967. Em 1983 apareceram os primeiros sintomas de asbestose, mas sem que a doença tivesse sido diagnosticada. “Falavam em crise respiratória, problema no coração, mas nunca relacionavam com o trabalho dele”, conta. O pai, que morreu em 1987 (vinte anos depois de deixar a mina), suspeitava que sua debilidade tinha a ver com “o pó”, mas à época ninguém acreditava.

A suspeita começou a ser levada a sério em 1999, quando Nego soube que um primo que também trabalhou com amianto fora diagnosticado por médicos da empresa com asbestose, tendo tido os mesmos sintomas descritos por seu pai. A mãe de Nego, mesmo não tendo sido operária da empresa, teria mais tarde sintomas iguais: lábios arroxeados, pontas dos dedos boleadas. “Nós morávamos na vila, que ficava coberta de pó, e era ela quem lavava as roupas do meu pai”, relaciona.

“Eu vinha trazer café para ele, e o encontrava inteiramente coberto de pó”. Crianças como Nego recebiam da Sama martelinhos, com os quais quebravam as pedras e retiravam a fibra. “A cada quilo de fibra, nos pagavam com um vale que podia ser gasto dentro das lojas da vila operária”.

MOVIMENTO

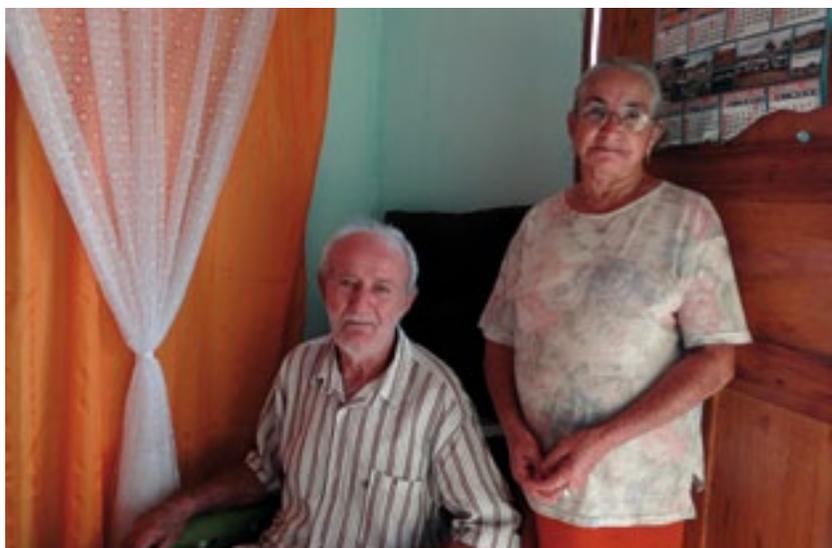
Quando sua mãe morreu, em 2000, Nego disse que perdeu o medo de enfrentar a empresa e decidiu entrar com ação pedindo reparação pelos danos. No processo, procurou ajuda de Jânio que, como professor de geografia, costumava levar os alunos à mina, para tratar da recuperação da fazenda. Jânio, por sua vez, trouxe para a

causa o então deputado Zilton Rocha, que levou a comissão de Meio Ambiente, a qual presidia, ao local. A partir daí, o movimento ganhou corpo. Zilton propôs, por exemplo, uma lei estadual para banir o amianto, hoje com a tramitação paralisada.

Nego soube da existência da Associação Baiana dos Expostos ao Amianto (Abea) em 2003 e fundou uma regional em Bom Jesus da Serra, com 120 integrantes — Juvenal e Alcides entre eles. Hoje, são 80, porque parte morreu ou deixou o município. “A cada ano, morrem de três a cinco ex-funcionários da mina”, calcula. Os ex-funcionários hoje têm entre 60 e 90 anos, a maioria com placas pleurais, alguns com asbestose e nenhum com mesotelioma confirmado — há suspeita de mesotelioma na primeira morte de um ex-funcionário. Juntos, pedem indenização a ex-funcionários, viúvas e filhos e a recuperação da área da mina.

Antes de entrar com a ação, o advogado Júlio Fortes perguntou a Nego se mil caçambas de entulho fechariam o vale aberto pela mineração.

Alcides, com a mulher, Josmerinda: apelido de ‘cabelo de ovelha’, porque o pó se agarrava nos pelos de seu braço



Arquivo Radis

- Amianto, a fibra que mata – *Radis* 29 (jan 05) - Capa
- Amianto continua matando – *Radis* 48 (ago 06) - Súmula
- Indústria mente em busca de sobrevida – *Radis* 69 (mai 08) - Reportagem
- Amianto: até quando? – *Radis* 77 (jan 09) - Toques
- Amianto crisotila: conflitos éticos – *Radis* 78 (fev 09) - Súmula
- Amianto, nem pago – *Radis* 121 (out 12) - Toques

Na Internet

- Site da Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto www.abrea.com.br/
- Ata da audiência pública no STF www.stf.jus.br/

Ouviu como resposta: “Nem um milhão”. Além do dano à saúde dos trabalhadores e dos demais moradores do município, a exploração do amianto também causou grave dano ambiental. A escavação do solo para a retirada das fibras criou um vale de 200 metros de profundidade e extensão de um quilômetro, segundo cálculo de Nego. Em alguns trechos, estima, a abertura do vale chega a 100 metros.

BELEZA E DESTRUIÇÃO

A escavação foi tão profunda que atingiu o lençol freático, formando um lago de água cristalina. Em uma região marcada pela seca, de paisagem que explica a origem do termo caatinga (mata branca), com plantas sem folhas e troncos secos esbranquiçados, o contraste impressiona. Beleza moldada pela destruição.

Em 31 de julho de 1967, quando chegou a ordem da Sama para que as máquinas fossem desligadas pela última vez, a área foi abandonada, com mais de 300 hectares de rejeitos, segundo Nego. A empresa deixou a área depois de descobrir uma mina em que o mineral era mais facilmente retirado, em Minaçu, Goiás. Outra companhia chegou a ocupar a área por um período, aproveitando o pó deixado no terreno pela Sama — sem explorar a mina. Mesmo anos depois, ainda hoje se encontram pedras de amianto por lá.

Da estrada até a mina não há qualquer placa alertando para o perigo do material ali deixado. E a porteira da fazenda não impede que os moradores da região entrem para buscar pedras para a construção de suas casas ou para usar o vale como área de lazer. Perto do lago, o lixo mostra que são comuns os piqueniques por ali.

RESPONSABILIDADES

O atual prefeito de Bom Jesus da Serra, Edinaldo Meira Silva, é o primeiro a apoiar a causa dos expostos ao amianto — Nego diz que os demais não se interessavam pela questão ou tinham as campanhas eleitorais em parte pagas pela Sama. “A Sama deveria se responsabilizar pela área degradada, mas joga para o município essa responsabilidade”, critica o prefeito, que participou de mesa sobre o assunto em uma das tendas da Cúpula dos Povos, durante a Rio+20, em junho. “O município só ficou com os problemas; as vantagens ficaram para os donos da empresa”.



Edinaldo, o prefeito: “a empresa deveria se responsabilizar, mas joga para o município essa responsabilidade”

O principal prejuízo, aponta ele, é para a saúde da população. Três unidades da Estratégia Saúde da Família atendem 100% dos 10 mil moradores — apenas 2 mil moram na sede do município e o restante em povoados. Com o fim da exploração da mina, a maioria dos habitantes vivem do trabalho na prefeitura, de aposentaria e de bolsas do governo.

MUDANÇA DE CULTURA

As enfermeiras da Saúde da Família Gabriela Patez e Lisiane Achy dizem estar sempre atentas aos sintomas das doenças relacionadas ao amianto: falta de ar, dispneia, dor no peito. “Procuramos casar os sintomas com a exposição, já que a maioria dos moradores esteve exposta, mesmo as crianças e os jovens que não trabalharam com amianto”, afirma Gabriela.

“Até o hospital daqui foi construído sobre pedras de amianto, porque não se tinha conhecimento sobre os riscos mesmo pouco tempo atrás, nem compromisso ético”, conta o prefeito, garantindo que fez “o possível” para parar o uso de amianto no município. Mas é difícil mudar a cultura e barrar o uso de um material que está disponível de graça, como observa Lisiane: “Apesar de tentarmos conscientizar, ainda há casas novas construídas com alicerce de amianto”.

Quando são detectados os sintomas de alguma doença relacionada ao mineral, a equipe encaminha para atendimento complementar em Vitória da Conquista, a cerca de 95 quilômetros de Bom Jesus da Serra: radiografia de tórax, espirometria e pneumologista.

“Bom Jesus da Serra sofreu um dos crimes corporativos mais predatórios do mundo, perpetrado pela indústria do amianto”, avalia para a *Radis* a auditora fiscal do trabalho e ativista Fernanda Gianassi. “O passivo socioambiental no município é extremamente grave e de difícil solução em curto prazo pelos altos custos envolvidos e pela lentidão de nossa Justiça, que, até agora, ao invés de punir os responsáveis, os premiou com sua inação”.

As enfermeiras Gabriela (E) e Lisiane associam sintomas à exposição ao pó: a maioria dos moradores esteve exposta



Precarização contra direitos

Fragmentação dos programas de educação e saúde embute degradação e acesso incompleto a direitos, dizem estudiosos

Elisa Batalha

A educação e a saúde no país vivem fase de precarização. Apesar de se multiplicarem programas de governo específicos para ações estratégicas e populações mais vulneráveis, a fragmentação das políticas públicas resulta, na verdade, em restrição da universalidade e da qualidade do acesso aos bens públicos e direitos. Essa foi a conclusão dos palestrantes da mesa-redonda *Privatização e precarizações nas políticas sociais no Brasil contemporâneo*, evento comemorativo dos 27 anos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

A opção privatizante e a consequente precarização dos serviços públicos são resultado da conjuntura da década de 1990, sintetizou Carlos Eduardo Martins, do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da UFRJ. Para ele, a opção neoliberal feita no período já se configurou negativa. “A financeirização da economia foi um processo de remuneração da burguesia brasileira. Hoje, o peso do setor financeiro já ultrapassou o setor industrial”, constatou. Entre 1999 e 2006, a América Latina retomou o papel organizador do Estado na economia, “uma espécie de capitalismo de Estado, um novo paradigma com forte combate à pobreza. Mas o Brasil se posicionou como terceira via sul-americana, e não rompeu com a herança neoliberal”, concluiu.

PROJETOS EM DISPUTA

O campo da saúde sofre com a lógica de fragmentação e precarização, defendeu Maria Inês Bravo, integrante da *Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde*. Professora da faculdade de Serviço Social da Uerj, ela traçou panorama histórico das políticas de saúde, apontando o desfinanciamento e a descentralização do SUS, na década de 90, como causas de perdas de direitos. Ela explicou que existem três projetos em disputa em relação à saúde no país: aquele idealizado pela Reforma Sanitária, na década de 80; o projeto privatista dos anos 90; e um projeto de reforma sanitária flexibilizada, para quem “a solução não está na expansão do gasto social, mas sim no poder de focalização” (*Radis* 115).

“Nos anos 2000, fala-se em SUS dos pobres, não no SUS constitucional”, posiciona-se ela, criticando a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a gestão dos hospitais públicos e universitários por meio de OSs e Oscips. Ela define o período atual como “barbárie” e apresentou dois momentos no governo Dilma como emblemáticos: a aprovação da Desvinculação de Receitas da União (DRU), no fim do ano passado, e a entrada recente do capital estrangeiro em seguradoras de saúde privada. “O Brasil é o segundo mercado mundial de seguros privados. O gasto privado comsaúde ultrapassou o investimento público”, lembrou.

“A precarização é direta ou por omissão, pela terceirização de serviços e por parcerias com organizações sociais que não se constituíram historicamente segundo a via pública”, afirmou Eveline Algebaile, da Faculdade de Formação de Professores da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Eveline realizou mapeamentos de programas de governo que incidiram nas últimas décadas sobre escolarização em todos os níveis. Segundo ela, os resultados são opostos aos esperados. “O fracionamento dos programas é visto como aumento da presença do Estado. Mas programas compensatórios estão acabando por alterar o próprio sentido de universalização”.

EXPANSÃO DEGRADADA

Um dos exemplos mais gritantes dessa distorção, para a pesquisadora, é o do Fundef, criado para expandir o acesso ao ensino fundamental, que aloca recursos federais para os municípios que conseguem aumentar o número de vagas nas escolas. “Em muitos casos, a carga horária foi reduzida para o mínimo legal permitido, e foi instituído o terceiro turno diurno, de 11h às 14h, o chamado *turno da fome*. Em Fortaleza, foram construídos mais de 300 anexos escolares, muitos deles contêineres sem banheiros e sem refeitórios. Mas estatisticamente mais vagas foram abertas”. No caso da Educação, avaliou Eveline, é difícil quantificar a perda de qualidade. Ela explicou que o sentido comum de precarização é perda ou degradação de algo que já está constituído. Em relação às políticas sociais no país, seria mais exato falar em incompletude. “Quando olhamos a política social no Brasil, ela não está sistematicamente constituída e também não está generalizada”, observou.

Para Eveline, a degradação também aparece disfarçada de expansão no ensino profissionalizante. “Há uma expansão da oferta, mas que não dá conta dos processos formativos. O discurso é justamente o oposto, o de que vai atender a novas necessidades do mercado”. A contratação de profissionais de limpeza terceirizados nas escolas também é apontada por ela como forma de precarização. “A via de contratação altera o acesso a bens, equipamentos, serviços e direitos, e a relação com a comunidade escolar”, declara. 

Carlos Eduardo, Marcela Pronko (vice diretora da EP-SJV), Eveline e Maria Inês: precarizações e privatizações em discussão

FOTO: LÍSEANE MOROSINI



Não à proibição

Cientista político defende liberação total das drogas e critica o 'proibicionismo', que beneficia o tráfico e os setores de armas e instrumentos de segurança

Liseane Morosini

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

Legalizar

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

Política que criminaliza sem recuperar, baixa qualidade das drogas em circulação, situação de vulnerabilidade dos usuários e prisões superlotadas são alguns dos pontos levantados pelo cientista político e antropólogo Luiz Eduardo Soares em defesa da liberação total das drogas. Em palestra realizada na Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), em 10 de setembro, Luiz Eduardo, que é contrário à interferência do Estado na vida privada dos cidadãos, disse que é preciso falar sobre a legalização das drogas longe do jogo político que a envolve. Para ele, é necessário refletir sobre os motivos de o proibicionismo — que embasa a atual política de drogas ilícitas e que tem o encarceramento como solução — ter elevado a população carcerária e a violência sem conseguir promover uma redução do consumo dessas drogas.

Analisando o cenário, o cientista político afirmou que as prisões são socialmente seletivas, na medida em que, entre os presos por porte de drogas, há forte concentração de jovens, negros, pobres, com baixa escolaridade e sem vínculo com organizações criminosas — perfil que enquadra mais de 65% dos encarcerados nos últimos quatro anos. Em sua maior parte, são réus primários, usuários presos em flagrante, que portavam pequenas quantidades de droga no momento em que foram detidos. “As prisões estigmatizam o apenado, já que não funcionam como instrumento de restauração, de preparo para a volta ao mercado de trabalho ou para serem novamente acolhidos por familiares”, analisa. “Eles são preparados nas sucursais do inferno para outra inserção na comunidade e ficam marcados por esta experiência traumática”.

O pesquisador informa que o país tem 50 mil homicídios dolosos por ano, média que se mantém, a despeito de avanços localizados em alguns estados. Desse total, somente 8% são investigados. São 540 mil presos no Brasil, e o país ocupa a quarta posição no ranking mundial da população encarcerada. Mesmo tendo a taxa mais

veloz de crescimento prisional do mundo, contraditoriamente o país não esclarece a grande maioria dos homicídios dolosos. De forma ineficiente e sem resultados, a manutenção de cada preso custa mensalmente aos cofres públicos 1,5 mil reais o que faz com que a despesa nacional chegue a 8 milhões de reais, avalia o pesquisador. “A atual política de encarceramento é equivocada, na medida em que se dá menos atenção para crimes mais graves”, diz.

Luiz Eduardo observa que a proibição legal leva ao tráfico de drogas e este financia o tráfico de armas, aumentando a violência. Mesmo quando comparado com áreas de guerra, o país ocupa a segunda posição em números absolutos e a quinta em números relativos no total de mortes provocadas intencionalmente por uso ou decorrentes de armas de fogo. Sem querer ser “pessimista” ou “passar uma imagem negativa”, como ressalta, Luiz Eduardo entende que, do ponto de vista do coletivo, “não conseguimos sair do lodaçal, do pântano”.

CORTE SOCIAL

No plano internacional, o pesquisador aponta que a *guerra às drogas* não reprimiu a demanda, mesmo em países como os Estados Unidos, que tem mecanismos de controle sofisticados. Ele citou dados do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, em inglês) que indicam que, em 2005, o tráfico internacional de drogas ilegais movimentou 320 bilhões de dólares, valor superior ao PIB de 88% dos países. E, desde 1972, os Estados Unidos investiram mais de 1 trilhão de dólares no combate às drogas. Como aqui, lá também há um corte social e as prisões afetam sobretudo negros e latinos.

Mesmo com custos bilionários envolvidos na repressão, o consumo de drogas e o mercado de armas não foram afetados. “Os únicos beneficiários têm sido o tráfico e os setores da economia que lucram com armas, equipamentos militares e instrumentos de segurança”. A hipótese do pesquisador é que há uma engenharia econômico-social que se sustenta com objetivos políticos. “Não há redução de consumo, os custos são relativamente pesados e se mantém o estado de coisas”. Ele explica que o Brasil tem sido muito eficaz na redução do consumo de cigarro e, sobretudo, na mudança central do ato de fumar — “é agradável para quem não fuma,

desagradável para quem fuma, e não impede que o fumante o faça no ambiente privado". Só que o país não consegue mudar os padrões culturais no que diz respeito ao consumo de droga, considerado crime, analisa. "Há uma assimetria injustificável no tratamento do álcool, tabaco e drogas. Não nos iludamos com as gradações. O álcool é tão ruim quanto o fumo e a cocaína".

Luiz Eduardo estranha que uma política transnacional, cujo fracasso é reiterado e expressivo, seja preservada por tantos anos. A proibição existe formalmente, mas não inibe, detém ou bloqueia o acesso às drogas. "Ela não veta o acesso quando há desejos envolvidos aliando oferta e demanda", diz o pesquisador. Sua proposta é definir em qual contexto institucional, jurídico e político se dará o debate sobre o acesso que já existe e que não pode ser impedido.

QUESTÃO DE SAÚDE

As drogas, diz o pesquisador, são grave questão de saúde pública. Por isso, considera, é ilusório definir o limite entre permitir e não permitir. "Hoje, o acesso se dá sem qualquer tipo de regulação, controle, informação, e o caos ocorre a partir da mistura". Segundo ele, a droga sai do atacado na selva colombiana com 85% de pureza e chega ao varejo do mercado inglês com apenas 15% de pureza. Assim, ele avalia que seus efeitos deletérios sobre a saúde humana são muitas vezes provocados não apenas pelo malefício do produto, mas pelos processos químicos provocados por esses abusos.

Para Luiz Eduardo, é preciso pensar as drogas para além dos tabus, pois, diferentemente de épocas anteriores, hoje não mais se constituem "heresia, ou maculam uma trajetória profissional. Ele questiona a atual legislação, mesmo não prevendo pena de prisão para o usuário, fixando medidas alternativas, como a prestação de serviços à comunidade e a participação em programa ou cursos educativos. Por ser mais aberta, a legislação poderia ser entendida como "mais democrática", mas, ao deixar para o juiz avaliar, de forma subjetiva, o que é tráfico ou consumo, abre margem para a arbitrariedade. "Como se opera tal distinção se não há objetividade? Os juízes são socializados e potencialmente permeáveis como nós". Por isso, os mesmos conceitos podem ser interpretados de

FOTO: VIRGINIA DAMASIO/CT



forma diferente. "No imaginário brasileiro, racista e marcado pela desigualdade, um jovem negro e um jovem branco pegos com a mesma quantidade de drogas terão penas distintas", disse.

Se o atual contexto é o que criminaliza, a alternativa, para o pesquisador, é tratar a questão das drogas como objeto de políticas de saúde, educação e cultura. Portanto, é importante reconhecer o ponto de vista do usuário e entender que, para além do prazer que ele possa sentir com o uso de drogas, há motivações profundas e individuais que o levam a buscar essa experiência "como alteração de consciência". Na visão de Luiz Eduardo, a dependência pode ser um curto-circuito na busca desta experiência. Por isso, ele vê a necessidade de se valorizar a subjetividade e evitar a vitimização do usuário, como se este merecesse o controle passivo do Estado ou do traficante.

Sem aceitar a distinção entre usuário e traficante, pois cada indivíduo pode desempenhar um desses papéis em determinado momento, ele considera esse enfoque inadequado e injusto. A alternativa ideal, opina, é abolir essa divisão e trabalhar com as gradações sobre quantidades permitidas de drogas. "Há um jogo, uma cumplicidade entre quem vende e quem compra. Tratar um como vítima e outro como criminoso é fruto de classificação social".

Luiz Eduardo: "Há uma assimetria injustificável no tratamento do álcool, tabaco e drogas. Álcool é tão ruim quanto cocaína"

Campanha pela mudança na legislação

A campanha *Lei de Drogas: é preciso mudar* pretende recolher um milhão de assinaturas para apoiar o Projeto de Lei que deverá ser apresentado ao Congresso Nacional ainda este ano, com o objetivo de mudar a atual legislação sobre drogas. A campanha toma como base que:

1. A Lei 11.343/2006, que normatiza a política de drogas no Brasil não faz distinção clara e objetiva entre usuário e traficante [um tema a ser debatido].

2. Desde que a legislação entrou em

vigor, dobrou o número de presos por crimes relacionados às drogas no Brasil. A falta de clareza está levando à prisão milhares de usuários que não são traficantes.

3. A maioria desses presos nunca cometeu outros delitos, não tem relação com o crime organizado e portava pequenas quantidades da droga no ato da detenção.

4. Mesmo sendo usuárias, essas pessoas permanecem presas enquanto durar o julgamento. A legislação não permite que respondam em liberdade a um processo em que a acusação seja tráfico de drogas.

5. A nova proposta de projeto de lei, além de estabelecer critérios objetivos de diferenciação entre traficante e usuário,

apoia instituições de cuidado para que os que sofrem com o abuso de drogas tenham a quem recorrer livres do medo da prisão. (Fonte: www.eprecisomudar.com.br)

LEIA MAIS

- Revista *Radis* 101
- Site de Luiz Eduardo Soares: www.luizeduardosoares.com
- Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia: <http://cbdd.org.br/pt/>
- Campanha É Preciso Mudar: www.eprecisomudar.com.br/

Protagonismo do usuário como caminho

Evento faz análise crítica da cobertura da mídia sobre drogas e reúne experiências alternativas de comunicação

Adriano De Lavor

A parceria entre comunicação e prevenção, a cobertura pela mídia dos conflitos na região conhecida como Cracolândia, em São Paulo, e novas experiências de comunicação alternativa sobre esses temas foram discutidas durante o seminário *Mídia, Drogas e HIV: Conflitos e possibilidades*, realizado na capital paulista, em 14 de setembro. O encontro, promovido pelo *Centro de Convivência É de Lei* — organização da sociedade civil que atua na promoção da redução de danos sociais e à saúde associados ao uso de drogas — reuniu pesquisadores, profissionais de comunicação e de saúde e ativistas de direitos humanos.

A pertinência da discussão foi destacada pelo representante do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, o psicólogo Caio Westin. Ele lembrou que a mídia que incentiva o uso de álcool é a mesma que ignora eventos relacionados à saúde, dando como exemplo, a novela *Avenida Brasil*, da TV Globo, na qual os personagens apareciam constantemente ingerindo bebidas alcoólicas. “Alguém viu alguma notícia sobre o Congresso Brasileiro de DST/Aids?”,

provocou, referindo-se ao evento realizado em agosto. Para Caio, ativistas devem estar atentos a essa “ação política”. Ele acredita que a internet pode democratizar e ampliar os debates sobre drogas, a exemplo do que promoveu em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a aids. É preciso ainda, disse, ocupar os espaços midiáticos, como fizeram gays e lésbicas. “O usuário de drogas não fala por ele. A ação política deve abrir esse espaço”.

Falta na mídia, também, mais “humanização” dos usuários de drogas, como assinalou o coordenador do Ponto de Cultura — projeto do *É de Lei* com oficinas de fotografia e vídeo, buscando redução de vulnerabilidade dos participantes —, o jornalista Bruno Rico. “Fazemos isso nos nossos vídeos”, explicou, referindo-se ao fato de, nessas produções, os usuários serem retratados em seu cotidiano, e não reduzidos a consumidores da droga. “Essas pessoas não têm voz”, disse. Além das oficinas, o ponto de cultura

apresenta ao público em situação de rua diferentes formas de expressão, equipando-os para que se expressem com autonomia e responsabilidade.

Nos encontros, são os próprios participantes que decidem o tema, montam roteiro, distribuem funções, produzem e finalizam o material, registrado em DVD. Ao final, cada participante recebe uma cópia. A ideia, diz Bruno, é registrar o que têm a dizer. O grupo já produziu mais de dez curtas-metragens e realizou duas mostras de fotografia, além de intervenções urbanas. “Com o projeto mostramos a nossa cara e afirmamos que somos todos iguais”, relata Diego de Paula Machado, um dos participantes.

ESPETÁCULO DO MEDO

Pesquisador em História Social pela Universidade de São Paulo (USP) e integrante do coletivo Desentorpecendo a Razão (DAR), o jornalista Júlio Delmanto alertou que a própria medicina define droga como qualquer substância que altera o organismo, incluindo-se álcool, tabaco e café. No entanto, somente algumas são “eleitas” ilegais. O coletivo defende que as substâncias não são benéficas ou malélicas, *a priori*. O problema, acreditam, está na proibição — “que não zela pela saúde pública, mas traz ingerência do Estado na vida do cidadão”.

Para Júlio, a proibição traz como consequências o comércio violento (com mais mortes), a criminalização e o encarceramento da pobreza, o aumento dos lucros da indústria farmacêutica e das clínicas particulares, além do impedimento do uso das drogas em pesquisas científicas. O ativista criticou o sensacionalismo da imprensa brasileira, que não estimula a discussão política e, ao contrário, gera a “cultura do medo” e incentiva a venda dos equipamentos de proteção e segurança.

Reflete essa postura a linguagem utilizada pelos meios de comunicação: “Nem todo usuário é dependente”, alertou, lembrando que o termo *viciado* é usado inadvertidamente, assim como a palavra *acolhida* muda de significado quando empregada como sinônimo de política de internação forçada. Decorrem disso a generalização e o preconceito contra determinado tipo de usuário de droga, de determinada classe, que usa determinada droga, em determinada situação. Júlio citou o caso do nadador olímpico americano Michael Phelps, flagrado fumando maconha. “Ele é usuário ou viciado?”, questionou.

Ele lembrou que as políticas (e as matérias) associam o uso das drogas à violência, legitimando ações militares de ocupação de território e naturalizando o uso das drogas legais, como o álcool. O ativista considera que as iniciativas de comunicação devem dar voz aos envolvidos, aprofundar o debate e fiscalizar a ação pública. “Precisamos produzir nossos próprios meios de comunicação”.

Integrante da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids, a estudante Manuela

Maurício: mídia reduz o debate a posturas contra e a favor; Diego (embaixo): “com projeto mostramos nossa cara”



Estolano apontou similaridades entre o preconceito que sofrem as pessoas com HIV e os usuários de drogas, e indicou como caminho de enfrentamento o trabalho em rede em prol do acolhimento. Ela explicou que a rede de adolescentes utiliza as redes sociais para a formação de ativistas, no sentido de informá-los sobre tratamento, prevenção e direitos e capacitá-los para denunciar casos de discriminação.

O psicólogo Rodrigo Alencar chamou a atenção para a relação entre psicanálise e publicidade, que curiosamente nasceu no interior da indústria do tabaco, baseada no reconhecimento e na identidade. “Vende-se a democratização de um sonho, de um estilo”, explicou. O pesquisador defendeu uma “anti-propaganda”, capaz de romper com a promessa de plenitude e de felicidade. É preciso aguçar a imaginação e incluir a redução de danos, além de humor e ludicidade, disse.

PODER DE FALA

O antropólogo Maurício Fiore, do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (Neip), relatou seu incômodo com a maneira como a mídia trata as drogas, reconhecendo o poder nos discursos de prevenção, limitando o que se fala, quando se fala, por que e de que maneira. “Os lugares de onde a gente fala não são os mesmos”, exemplificou, advertindo que há enorme diferença entre o que diz um especialista e o que diz um usuário. Por outro lado, lembrou, há diferenças dentro da própria mídia, como há dentro da própria medicina. Isso não exclui os casos de censura, predisposição e distorção, salienta, lembrando que o jornalismo apela para o sensacionalismo como estratégia de venda. “O alarmismo incita o consumo, além de legitimar preconceitos”, afirmou.

Maurício alertou que a mídia quase nunca trata de políticas públicas, reduzindo o debate às posturas de “contra e a favor”. Criticou ainda as imprecisões na linguagem e a falta de cuidado na divulgação de pesquisas e questionou até onde Estado e sociedade civil devem legislar em relação a comportamentos. Para ele, prevenção não é a que ensina sobre drogas, mas a que trata da responsabilidade sobre o mundo.

Conhecer melhor o usuário de drogas é o caminho apontado pela assessora técnica do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Márcia Colombo, para se trabalhar materiais de prevenção e mensagens midiáticas. Para Márcia, é preciso, ainda, entender como operam os meios de comunicação para combater a “ideologia conservadora” vigente. “Precisamos saber com quem estamos falando”, observou. Ela lembrou os erros cometidos pelas primeiras campanhas de prevenção à aids, que estigmatizaram as pessoas com HIV e não se comunicaram com as que não se enquadravam nos “grupos de risco”. Para ela, “o recurso com maior potencial de efetividade se chama protagonismo”, no que se refere a dar voz ao usuário.

MITOS DERRUBADOS

Rubens Adorno, professor da Faculdade de Saúde Pública da USP, informou que a população em situação de rua em São Paulo tem 60 vezes mais riscos

FOTOS: DIVULGAÇÃO DE LEI



de contrair tuberculose que a população geral. Mesmo assim, sempre foi invisível para a mídia, responsável pela criação do termo *cracolândia*. A região recebe programas voltados a crianças e adolescentes desde 1996, mas só se tornou visível com a chegada do crack. Muitos mitos se criaram a partir daí. Um deles é que é impossível trabalhar com jovens que consomem a droga; outro, é que estes teriam comportamento violento. “Esses mitos são derrubados pela observação de campo”, disse o professor.

O psicólogo Paulo Kohara atuou 30 dias na região em uma unidade móvel da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, no início de 2012. O que viu foram inúmeros casos de violação dos direitos humanos, incluindo-se ofensas, revistas vexatórias, privação do direito de ir e vir e permanecer na rua, prisões irregulares, omissão de socorro, subtração de pertences, além de ameaças de prisão forjada e de morte. A força policial não se furtou ao uso de armas de fogo, cães, atropelamentos e bombas de gás. Segundo ele, a presença física da defensoria foi um “raio de descanso” para quem vivia no local. Na unidade móvel, podiam descansar e recebiam material de orientação sobre abordagem policial.

Paulo questionou o índice de eficiência da ação: de 41.348 abordagens, apenas 317 prisões efetuadas. Segundo ele, em cada cem pessoas abordadas, apenas uma tinha algo irregular. A situação também expôs a fragilidade da rede de serviços do município. “A pobreza e a situação de rua já estavam lá antes de o crack chegar”, alertou. Ele lembrou ainda que a cobertura da imprensa, na época, incentivou a higienização do local e a dispersão dos moradores; por outro lado, foi graças às fotos publicadas em um jornal que o governo paulista proibiu o uso de bombas de gás nas ações.

Repórter da *Folha de S. Paulo*, Laura Capriglione também esteve no local, na mesma época, cobrindo o tema para o jornal. Ela salientou que as informações que tinha sobre crack referiam-se a efeitos devastadores e justificavam ações enérgicas para seu combate — até as compulsórias. “Quem tinha o monopólio da fala sobre o *craqueiro* era a turma dos médicos e das clínicas particulares”. Além de autorizados a falar sobre o assunto, eles estavam sempre disponíveis, situou.

Contribuiu para essa visão, disse Laura, a maneira como os moradores do local recebiam os repórteres, às vezes com pedradas. “A maior parte apedrejava defendendo seu direito à própria imagem”. Os profissionais usavam os episódios para reforçar a tese de intervenção. A jornalista considera que sua experiência serviu para desconstruir mitos que cercavam os usuários do crack, “reféns dos discursos médicos”. 

Laura (E): monopólio da fala sobre o usuário é de médicos e clínicas; Paulo: pobreza e situação de rua vieram antes do crack; Rubens (D): observação de campo derruba mitos

EVENTOS

12º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade

O evento, promovido pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade, buscará expressar “o mais elevado padrão científico da atenção primária à saúde” e tem como tema *Medicina de família e comunidade: Acesso com qualidade*. A organização recebe resumos de trabalhos até 31 de janeiro de 2013, em quatro categorias: pesquisa qualitativa, pesquisa quantitativa, relatos de experiências e temas de revisão. Também na programação do encontro, mostras de vídeo e de fotografia e concursos de contos, cantigas, versos e prosas sobre Saúde da Família (com inscrições até 15 de janeiro de 2013).



Data 30 de maio a 2 de junho de 2013
Local Hangar – Centro de Convenções e Feiras da Amazônia, Belém, PA
Informações
www.sbmfc.org.br/congresso2013
 (48) 3322-1021

20ª Conferência Mundial de Medicina da Família (Wonca 2013)

Promovida pela Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca, na sigla em inglês), o evento, que se realizará em Praga, na República Checa, terá como tema o cuidado com as novas gerações. Pesquisadores interessados podem enviar resumos originais (em inglês) até 31 de dezembro, tratando de temas globais (saúde pública, higiene, epidemiologia, doenças sexualmente transmissíveis, álcool, tabagismo e drogas, alimentação e nutrição e questões de gênero), além de questões profissionais e clínicas.



Data 25 a 29 de junho de 2013
Local Praga, República Checa
Informações
www.wonca2013.com
wonca2013@guarant.cz
 420 284 001 444

INTERNET

Direito à saúde

Já está disponível gratuitamente na internet a sexta publicação da série *Direito Achado na Rua*, fruto de parceria entre Fiocruz Brasília, Opas e



UnB. O livro, *El Derecho desde la calle: Introducción crítica al Derecho a la salud*, primeiro publicado em espanhol, reúne 28 artigos de 53 juristas e sanitaristas de onze países, sob a chancela do movimento *Direito achado na rua*, que privilegia os movimentos sociais. O livro trata de questões relacionadas a propriedade industrial e patente farmacêutica, direito à saúde das populações migrantes e de fronteira e judicialização, com o objetivo de disseminar a defesa do direito à saúde universal na América Latina. Disponível nos sites da UnB (www.cead.unb.br), Opas (<http://new.paho.org/bra>) e Fiocruz Brasília (<http://rededireitosanitario.fiocruz.br>).

LIVROS

Arte e loucura

O antídoto do mal — Crítica de arte e loucura na modernidade brasileira, de Gustavo Henrique Dionisio, explora debates e reflexões acerca das relações entre arte, crítica e reforma psiquiátrica. Mais recente lançamento da coleção Loucura & Civilização (Editora Fiocruz), o livro aborda ainda a proximidade do pensamento do crítico de arte Mário Pedrosa e da médica Nise da Silveira, no período compreendido entre as décadas de 1940 e 1950, no Brasil. Um livro para artistas, críticos e demais profissionais que lidam com *loucura* e arte.



Gênese da psiquiatria

Em *Loucos e degenerados — Uma genealogia da psiquiatria ampliada*, (Editora Fiocruz), a filósofa Sandra Caponi relaciona a construção epistemológica do conceito de degeneração, ao longo do século 19, com o surgimento da “psiquiatria ampliada”, que expandiu os discursos médicos-mentais para além dos muros dos hospitais. Uma reflexão sobre a história do conhecimento, que deve interessar tanto aos profissionais das ciências humanas quanto aos da saúde.



Complexa humanização

“Pensar a humanização em saúde a partir das falas dos diferentes atores sociais é o convite desta coletânea”, relatam as autoras de *Humanização, gênero e poder — Contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde* (Editora Fiocruz/



Mercado de Letras), organizado por Ana Cristina Ostermann e Stela Nazareth Meneghel. O livro questiona como o conceito de humanização pode ser apreendido pelo ato da “fala-em-interação”, evidenciando silêncios, tabus e (hetero)normatividades, nas interações entre médicos e pacientes.

Por trás do tráfico

Romance de Luiz Eduardo Soares, *Tudo ou Nada* (Nova Fronteira/Ediouro), o livro narra a história de um brasileiro que troca sua carreira no mercado financeiro pelo tráfico internacional de drogas. A partir de fatos vividos por personagens reais, o autor busca desvendar o universo mítico do comércio das substâncias ilegais: “Meu desejo é que o livro faça pensar e informe sobre o funcionamento dessa máquina de que todos falam e pouquíssimos conhecem por dentro: o tráfico de drogas”, diz, o autor. A obra apresenta o ponto de vista de um homem que conheceu o tráfico por dentro, pela voz do especialista em segurança pública.



Tecnologias biológicas

Identidades emergentes, genética e saúde — Perspectivas antropológicas (Garamond/Fiocruz), organizado por Ricardo Ventura Santos, Sahra Gibbon e Jane Beltrão, vincula produção de conhecimento científico sobre a biologia humana e seus desdobramentos socioculturais e políticos. Temas como testes de ancestralidade genética, uso de embriões para produção de células-tronco e sequenciamento do genoma humano, permitem pensar se e o quanto as tecnologias biológicas alimentam novas configurações ideológicas. 



ENDEREÇOS

Editora Fiocruz
 (21) 3882-9039 e 3882-9006
www.fiocruz.br/editora
editora@fiocruz.br

Editora Nova Fronteira/Ediouro
 (21) 3882-8200
www.ediouro.com.br

Editora Garamond
 (21) 2504-9211
www.garamond.com.br
editora@garamond.com.br

Fanáticos pela moderação

Lígia Bahia *

Depois do destaque conferido ao NHS (National Health System) na abertura dos Jogos de Londres, ficou impossível sustentar que a saúde é igual em qualquer parte do mundo. Para brasileiros receptivos e de mente aberta, a exibição da importância de um sistema de saúde inteiramente baseado no financiamento e prestação de serviços públicos abalou convicções e suscitou imensa curiosidade.

Os menos familiarizados com o tema, mas acostumados a atribuir valores positivos ao sistema privado e negativos ao público, assistiram a uma demonstração de que a inversão desses sinais altera o produto. Mas a duradoura e abrangente política de saúde inglesa não comoveu nossos conterrâneos ciosos de suas reputações moderadas.

A democratização da informação atrapalhou o ordenamento das ideias, mas não os demoveu. Com o vencimento do prazo de validade do atestado de isomorfia dos sistemas de saúde, mediante o uso de crônicas pessoais de atendimento no exterior, houve apenas mudança no jeito de expressar as analogias entre o SUS e o NHS. Substituiu-se o pareamento de problemas similares, tais como filas e a qualidade dos serviços, pela impossibilidade de correspondência. O reconhecimento das diferenças sintetizado, na Inglaterra, por um dos comentaristas das emissoras brasileiras — “Esse é o SUS deles, só que aqui dá certo” — recorda a inviabilidade das políticas universais em um país injusto, populoso e continental.

As cenas do NHS, construído em meio aos escumbros da 2ª Guerra Mundial, cenário completamente diferente da suposta bonança que teria permitido a passagem da barbárie à solidariedade, vistas sob o filtro da máxima alteridade não disseram nada para os apaixonados e razoáveis brasileiros. O que passou pela cabeça das autoridades governamentais lá presentes não veio a público. Apesar de o SUS ser inspirado no NHS, possivelmente o envolvimento com a responsabilidade de sediar as próximas Olimpíadas não permitiu que a lembrança das escolas de samba se esticasse à saúde.

Em solo pátrio, os problemas de saúde não saem da agenda pública. A resposta à insatisfação com o sistema de saúde é a reiteração do moderado compromisso da presidente da República de “completar o SUS”. A meia frase é consentânea com as recomendações para a adoção de sistemas universais em todos os países e tem o mérito de se opor ao ceticismo e ao imobilismo. Contudo, a declaração não é a solução para o SUS. Sem estabelecer fundamentos do compromisso, as poses políticas moderadas desaceleraram todas as arrancadas rumo ao SUS completo.

A obsessão do momento é preencher lacunas do SUS com médicos — principal problema apontado por pesquisas de opinião. A intenção avança por sobre as atrasadas promessas de compra de equipamentos e construção de prédios, sem previsão de recursos para custeá-los. No entanto, colorir espaços em branco em jogos de passatempo não é similar à tarefa de resolver lacunas de profissionais de saúde em vazios sanitários. A sequência mais adequada

para completar o SUS é iniciar pela identificação das diferenças entre imagens semelhantes.

Comparando-se SUS e NHS verifica-se que o governo do Reino Unido não põe seu selo em propaganda de refrigerante, protege seus habitantes do consumo de medicamentos que causam reações adversas, não se vale da troca de cargos de confiança de órgãos públicos para consolidar alianças político-partidárias e se responsabiliza por 85% dos gastos com saúde. Portanto, só com o esclarecimento de qual SUS será completado se encontrará a saída do labirinto. O problema do SUS não se resolve apenas no Ministério da Saúde. Não dá para desconsiderar o poder de atração e concentração de recursos, inclusive médicos, consequente ao tamanho e poder político do setor privado, e os problemas de atendimento que ocorrem nesses *clusters* tecnológicos.

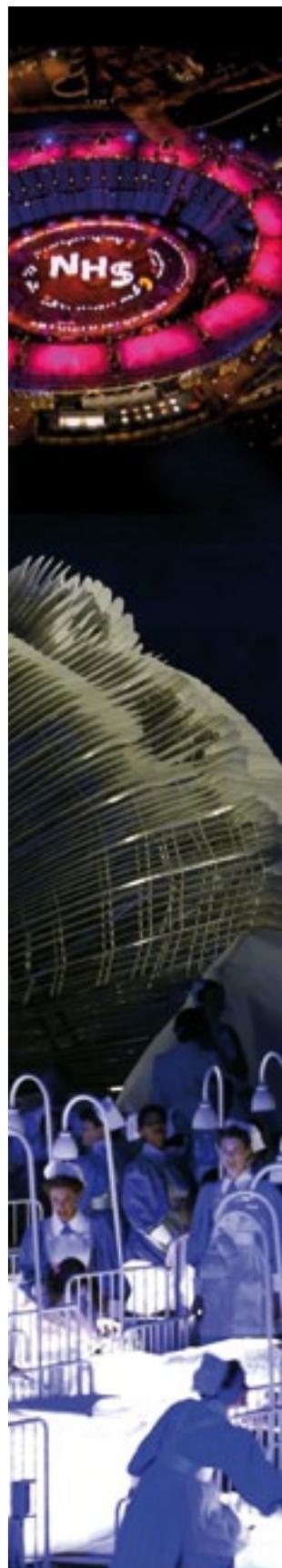
A última novidade em termos de racionamento assistencial de clientes de planos de saúde caros é o engarrafamento na saída e entrada das unidades intermediárias de hospitais. Para ir para um quarto, um médico com câncer de intestino, vinculado a um plano de saúde caro e assistido pelo melhor hospital privado-filantrópico do Rio Grande do Sul, chegou a propor pagar por fora pela internação. Nem assim conseguiu vaga. Havia leitos disponíveis, mas estavam reservados para procedimentos com retornos financeiros mais elevados como cirurgias bariátricas. Com mais brasileiros cobertos por planos de saúde, o incremento na formação de médicos não suprirá necessariamente o SUS. Consequentemente, o uso competitivo dos recursos existentes é um aspecto central do sistema de saúde brasileiro.

O SUS não é um NHS fracassado. Para dar certo depende da revogação do atual padrão predatório de investimento e utilização dos serviços. Em 2013, a renúncia fiscal para financiar o setor privado irá consumir 20% do total do orçamento da União para a saúde, e os senadores e seus dependentes passarão a acumular cerca de 100 mil reais em três anos para custear suas despesas assistenciais.

O aumento da distância entre quem legisla, quem executa as leis e quem paga impostos é extremada política contra o SUS. Compromissos moderados justificam-se pela prevenção de tensões e conflitos que ponham a democracia em risco. No Brasil, o centro político tornou-se zona de conforto para a maioria das coalizões partidárias; não é necessário demarcar posições e torná-las públicas. Assim, as restrições ao SUS são concedidas sem que ninguém precise sair do armário.

Os ingleses entenderam perfeitamente bem o valor da associação da saúde com esportes e cidadania. O patrocínio de empresas privadas hospitalares e de planos de saúde e atletas e eventos esportivos brasileiros, bem como a gritante ostentação de suas marcas no desfile e estacionamento de ambulâncias em estádios, não são gestos imparciais, inocentes, benevolentes e muito menos sóbrios. 

* Lígia Bahia é professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Artigo publicado em O Globo, 3/9/2012.



PROGRAMA RADIS DE COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Jornalismo crítico e independente, em prol da saúde, da ciência e da cidadania

1982

2012

30
anos

RADIS