

RADIS



RADIS



ACESSIBILIDADE



PARA TODOS

Diversidade na Saúde

Vamos combinar que todo mundo é diferente e pode apresentar deficiências em algum momento. Melhor assim, do que tentar inutilmente estabelecer um padrão de normalidade e adequar a vida a esta suposta maioria. No SUS, esta forma de exclusão acaba deixando muita gente fora do princípio de saúde para todos.

Como provocação, não usamos na chamada de capa desta edição qualquer palavra em língua portuguesa, só uma mensagem na Língua Brasileira de Sinais, a Libras. Excluímos todos, exceto quem conhece essa forma de comunicação com ou entre surdos. Mesmo a revelação, na segunda página, do significado *Acessibilidade para todos* não contempla cegos, que, em conhecendo braile, precisariam das inscrições em relevo para a leitura. Ainda assim, restaria o impedimento aos não alfabetizados e, para qualquer um, saber o que queremos dizer com *acessibilidade*.

Esperamos que a reportagem contribua para a mudança de concepções individuais, práticas coletivas e políticas públicas em direção à ampla inclusão. Segundo o IBGE, há no Brasil 45 milhões de pessoas que declaram ter alguma deficiência.

A diversidade de tratamentos eficazes no SUS é objeto de outra matéria. Medicinas e práticas de saúde não alopatícas, muitas delas milenares, são cada vez mais procuradas. Embora haja uma política oficial para ofertá-las de forma complementar ou substitutiva, há grande resistência à mudança de paradigma.

Debate entre especialistas da problemática relacionada às drogas desconstrói estereótipos e propõe abordagens para a questão do crack com foco na saúde e em

políticas públicas que respeitem direitos.

Dois exemplos recentes de desrespeito às diferenças revelam a imposição de preceitos religiosos à legislação de um Estado laico. A Câmara de Deputados aprovou em comissões, ainda não em plenário, o chamado Estatuto do Nascituro, contra os direitos e a saúde da mulher, oferecendo dinheiro para quem mantiver gravidez por estupro, e um outro projeto de lei, que afronta os direitos do homossexual, o conhecimento da psicologia e a evolução da sociedade, autorizando tratamentos para *curar* gays.

Está em risco também a exitosa política brasileira de combate ao HIV/aids, que se notabilizou pela eficiência das campanhas preventivas criadas pelos próprios grupos expostos ao risco. Uma escalada de intervenções de cunho conservador nessas estratégias culminou com a demissão de dirigentes do programa governamental.

Em junho, o país foi abalado por grandes manifestações populares. As avaliações sobre seus objetivos, formas de organização, efeitos e continuidade seguem abertas. Por ora, saudamos o exercício da cidadania e da democracia inerentes à concepção ampliada de saúde de nossa linha editorial há 31 anos. Lembramos que o ideário da Reforma Sanitária, além de um SUS público e de excelência para todos, propugna amplos direitos sociais e melhorias em educação, trabalho, habitação, transporte, lazer, na qualidade de vida enfim, com liberdade e participação social nas decisões de Estado.

Rogério Lannes Rocha

Coordenador do Programa Radis

CARTUM



Editorial

• Diversidade na Saúde 3

Cartum

3

Voz do leitor

4



Súmula

5

Radis Adverte

7

Toques da Redação

7

Pesquisa

• Canal Saúde estreia nova programação 8

Acessibilidade

- Todos devem caber na sociedade inclusiva 11
- Direito à comunicação 15
- Saúde em Libras, em Vila Velha 17

Entrevista — Luiz Fernando da Rocha Ferreira da Silva

• A atualidade do dinossauro 19

Cuidado em saúde

• Outras medicinas no SUS 24

Demografia dos povos indígenas

• Novo retrato indígena 29

Drogas

• Crack, comunicação e saúde 32

Serviço

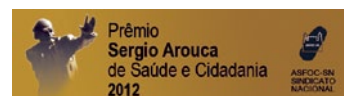
34

Pós-Tudo

• Aids: entre a ousadia e o retrocesso 35

Fotos da capa: Felipe Plauska (Produção: Carolina Niemeyer e Felipe Plauska; Consultoria: JDL Traduções, Libras em Saúde e Romildo Moreira Tessoro; Mãos de Daniela Muzi)
Ilustrações: Marina Cotrim (M.C.)

RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN



SUS por inteiro

Caríssimos, nos últimos anos, venho me dedicando intensamente à temática abordada na *Radis* de abril: lendo, estudando e militando. Parabenizo-os efusivamente pela competência, oportunidade e coragem das abordagens selecionadas e pela direcionalidade dada no editorial. Em especial, as falas do Jairnilson, Gastão, Maria Inês, Maria do Socorro, Sonia e a lúcida e magistral chamada acerca do “sentido perdido”. Analisando à distância, saltou-me à vista que essas falas encararam com realismo mais inequívoco a própria metáfora do meio copo: a metade cheia já é um sistema cuja hibridez está fatalmente matizada como corruptela do sistema dos Estados Unidos, a começar pela relação público-privado. Ao ponto de, se enchermos a outra metade sem reverter radicalmente a primeira, matamos de vez o SUS. É o que já está em pleno andamento. E, de quando em vez, um protagonista mais distraído ou grogue de exercício viciado do poder abre o jogo. Abraço grande.

• Nelson Rodrigues dos Santos, Campinas, SP

R: *Caro Nelsão, seria uma honra publicar artigo seu sobre esse tema na seção Pós-Tudo da Radis.*

Saúde mental

Gostaria de saber se a revista já fez alguma matéria sobre pacientes com transtornos mentais ou políticas que envolvam a saúde mental. Se ainda não, acho que seria uma boa sugestão, já que o número de pacientes com transtornos vem aumentando. Obrigada.

• Elisa Fraga Gomes, Vitória, ES

R: *Caro Elisa, o tema da saúde mental é recorrente na Radis. Sugerimos, por exemplo, a leitura das matérias das edições 38, 67, 70, 78, 92, 99, 123 e 129. Faça também uma busca no site do Programa Radis (www.ensp.fiocruz.br/radis), para acessar outros conteúdos. Um abraço!*

‘Radis’ também agradece

Olá, desde o ano de 2008 sou assinante da revista. Ela me ajuda muito em meu trabalho. Vocês estão de parabéns pela ótima publicação. Gostaria de saber por que não estou mais recebendo a revista (a última edição foi de janeiro de 2013). Notei que tinha um erro no meu CEP e já corrigi. Espero voltar a receber essa maravilhosa revista, pois nem sempre tenho acesso para ver a versão online. Gostaria também de pedir uma matéria sobre câncer infantil.

• Lindeene Lima Araújo, agente comunitário de saúde, Bodocó, PE

R: *Cara Lindeene, sua assinatura já está regularizada. Quanto à sua sugestão, foi anotada. Um abraço!*

Recebi a revista que vocês mandaram e adorei. Espero receber mais, pois me ajudou a fazer um trabalho do curso. Obrigado pela sua atenção.

• Renan Benedito da Silva, Recife, PE

Voz do leitor

Gostaria de parabenizar a *Radis* pela iniciativa de abordar a saúde como um bem social e não comercial, por levar a minha casa tal riqueza de conhecimento e por poder me proporcionar várias reflexões. Gostaria também de sugerir um espaço dentro da revista para publicação dos leitores em que poderão relatar casos de sucesso ou de dificuldades vivenciadas no SUS, assim como o espaço para divulgar iniquidades mascaradas em várias regiões do país.

• Joaquim Feitosa, estudante de Enfermagem, Juazeiro do Norte, CE

R: *Caro Joaquim, agradecemos por sua mensagem e registramos que a seção Voz do Leitor está aberta ao testemunho dos nossos leitores sobre saúde e cidadania. Em Expressões Experiências (pág.2), publicamos também experiências realizadas pelo país. Um abraço!*

Salas de vacinação

Trabalho há 15 anos em sala de vacinação, sou técnica de Enfermagem e estudo Ciências Biológicas. Gostaria de comentar que aqui na unidade de saúde temos acesso às revistas *Radis* e leio todas que posso. Gostaria que a revista falasse um pouco da responsabilidade do profissional que está à frente das salas de vacina. As pessoas de modo geral não dão muito valor a esse trabalhador. Nessa atividade, estamos sempre pesquisando, mas os secretários nunca mandam esse profissional para novas especializações. Nós é que temos que nos empenhar e nos adequar ainda que seja de forma precária.

• Clara Fernandes, técnica de Enfermagem, Novo Mundo, MT

R: *Prezada Clara, que bom que a Radis fica disponível a vocês na unidade de saúde. Essa é mesmo nossa intenção. Sua sugestão foi anotada. Todo profissional de saúde merece ser valorizado.*

Mais acesso à ‘Radis’

Estou realizando o cadastro das edições da *Radis* na rede social brasileira Skoob, que incentiva a leitura de livros e revistas. Tenho certeza de que irá contribuir para divulgar e proporcionar mais conhecimento sobre a saúde. Agradeço pelas edições recebidas.

• Patrícia Ramos, Santa Maria, RS

R: *Caro Patrícia, agradecemos pela iniciativa. Os conteúdos da Radis são produzidos para que sejam amplamente replicados (citando-se a fonte, claro!).*

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.

EXPEDIENTE

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 **Hermano Castro**

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) e **Felipe Plauska**

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

Administração **Fábio Lucas, Natalia Calzavara e Osvaldo José Filho** (Informática)

Estágio supervisionado **Anna Carolina Düppre** (Reportagem), **Marina Cotrim** (Arte) e **Maycon Soares Pereira** (Administração)

Periodicidade mensal | Tiragem **80.500** exemplares | Impressão Minister

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

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) • Tel. (21) 3882-9118 | (21) 3882-9119

• E-mail **radis@ensp.fiocruz.br**
• Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

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

 www.ensp.fiocruz.br/radis

 [/RadisComunicacaoeSaude](https://www.facebook.com/RadisComunicacaoeSaude)

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.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz





Indígenas sem direitos

Há tempos o noticiário nacional não reservava tanto espaço para os indígenas quanto fez entre os meses de maio e junho. Infelizmente, a visibilidade conferida não esteve associada à defesa ou à manutenção de seus direitos, mas aos sangrentos conflitos armados pela posse de terras em todo o país. A violência chegou ao ápice no início de junho, com a morte dos índios Oziel Terena (30/5) — durante tentativa de reintegração de posse na fazenda Buriti, em Sidrolândia (MS) — e de Adenilson Kirixi Munduruku — no confronto envolvendo policiais federais e índios mundurukus da Aldeia Teles Pires, na divisa do Pará com Mato Grosso (5/6). “Mataram um guerreiro nosso, quem é que vai ser responsável por isso?”, cobrou o cacique terena (site *Uol*, 31/5).

“As tristes mortes de Oziel Terena e Adenilson Kirixi Munduruku, com pífia resposta das autoridades que produziram essas mortes (a Polícia Federal) são apenas a parte mais exposta e visível desse grave problema”, denunciou o jornalista Felipe Milanez, no site da revista *Carta Capital* (6/6). Para ele, o governo tem se mostrado não somente incapaz de resolver a questão, mas disposto a insuflar ainda mais os ânimos, com declarações dos ministros Gleisi Hoffman (Casa Civil) e José Eduardo Cardozo (Justiça), atacando a Funai e defendendo a PF, e o silêncio da presidenta Dilma Rousseff. “Quando os donos do poder mobilizam as forças armadas para atacar os mais vulneráveis, uma situação de terrorismo de Estado está em curso. É o que acontece hoje no Brasil com relação aos índios”, afirmou.

Após a morte de Oziel Terena, o Conselho Indigenista Missionário alertou para o perigo de conflitos em pelo menos 55 regiões reivindicadas pelos índios (*O Globo*, 1/6). Um dia após a morte do líder terena, a resposta do governo foi anunciar a elaboração de programa nacional “para que os indígenas brasileiros possam se desenvolver economicamente e, assim, se tornar menos dependentes de atividades ilícitas”, como noticiou *O Globo* (2/6). Uma

providência que não só passa ao largo das demandas indígenas, como retira desses povos o direito ao seu território.

A situação foi classificada como “Tensão fundiária” na capa do jornal (8/6). A reportagem referia-se a um relatório entregue pela Embrapa à Casa Civil da Presidência da República, segundo o qual não existiriam índios em áreas indicadas pela Funai como territórios indígenas no Paraná e no Mato Grosso do Sul. O relatório, informou o jornal, teria levado o governo a mudar as regras de demarcação, que seriam motivo de decreto presidencial, a ser assinado até o fim de junho. Na mesma página, a notícia da demissão da antropóloga Marta Azevedo da presidência da Funai.

À Agência Estado (16/6), a Embrapa negou ter elaborado relatório contestando os estudos da Funai. “A Embrapa não tem por atribuição opinar sobre aspectos antropológicos, étnicos ou de mérito envolvendo a identificação, declaração ou demarcação de terras indígenas no Brasil. Essa é uma atribuição da Funai”, afirmou o presidente da empresa, Maurício Lopes. A Agência Estado já havia publicado (12/6) declaração do ministro da Justiça, José Eduardo Cardozo, de que seu ministério considera inconstitucional a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 215 de 2000, que transfere para o Legislativo a incumbência de demarcar terras indígenas. “A demarcação de terras é uma função administrativa e compete ao Executivo”, disse Cardozo.

“O brasileiro odeia índio”, opinou o jornalista Arnaldo Bloch (*O Globo*, 8/6). “Não seria o reconhecimento de injustiças históricas frente aos índios um fato extremamente significativo para fundamentar novas iniciativas do Estado brasileiro?” indagou o antropólogo Carlos Augusto da Rocha Freire (*O Globo*, 8/6). O indigenista e cineasta Vincent Carelli considerou a cobertura da imprensa sobre o caso tendenciosa e irresponsável. “Sem ouvir a outra parte, os índios são pré-condenados à revelia. É o clamor nacional da mídia brasileira contra a demanda indígena”, escreveu, no site da *Carta Capital* (12/6).

Manifestação mundial contra a Monsanto



O Circuito Carioca de Feiras Orgânicas participou, pelo Rio de Janeiro, da Marcha Contra a Monsanto (*March Against Monsanto*), manifestação contra a produtora de agrotóxicos, realizada (25/5) em cerca de 400 cidades do mundo. O protesto, que não obteve cobertura jornalística na mídia comercial, estendeu-se aos alimentos geneticamente modificados. De acordo com relato na página do Circuito Carioca na rede social Facebook, os manifestantes do Rio de Janeiro reuniram-se no bairro de Botafogo, onde uma das feiras se localiza, para marcar a data, apontando “as práticas antiéticas” da empresa e divulgando a importância da agricultura ecológica e orgânica, com distribuição de cartilhas e conversa com a população.

A marcha é uma iniciativa da americana Tami Canal, de Utah (EUA), como resposta à não aprovação da obrigatoriedade de rotular os alimentos geneticamente modificados, decidida em plebiscito conhecido como Proposta 37, realizado na Califórnia em 2012. Atribuindo seu envolvimento com o ativismo a uma “inclinação maternal”, Tami Canal iniciou o movimento pelo Facebook, em fevereiro deste ano.

Se a obrigatoriedade fosse aprovada, a Califórnia — que responde por 12% do mercado de alimentos dos Estados Unidos, segundo a pesquisadora Rene Sharp, autora do relatório *O americano come o seu peso em alimentos geneticamente modificados*, em entrevista ao site IPS News (20/10/2012) —, seria o primeiro estado americano a adotar esse procedimento, seguindo países como Arábia Saudita, China, Coreia do Sul, Japão, Austrália, Rússia e Chile, além da União Europeia, entre outros.

Em artigo publicado (28/5) no jornal online *Huffington Post*, o fundador do movimento Alimento e democracia agora!, David Murphy, apontou que a Monsanto é responsável por alguns dos mais letais componentes químicos já conhecidos.

Uma nova marcha está programada para o dia 20 deste mês. Informações sobre o movimento podem ser obtidas no site www.march-against-monsanto.com.



FOTO: REPRODUÇÃO

Unicef: crianças com deficiência vivem mais privações



O relatório anual *Situação Mundial da Infância 2013 — Crianças com Deficiência*, lançado (30/5) pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), indicou que as privações pelas quais uma criança com deficiência passa fazem com que o índice de marginalização e exclusão para elas seja muito maior do que para as demais. O texto destaca que crianças com deficiência e suas comunidades se beneficiariam se a sociedade prestasse mais atenção a suas potencialidades e ao que têm a oferecer, e não no que não podem fazer, informou o site do Unicef (30/5). Hoje as crianças com deficiência são as mais vulneráveis a sofrerem violência, abusos, exploração e negligência e estão entre as pessoas mais marginalizadas do mundo. A situação é ainda pior quando estão em famílias pobres: a probabilidade de acesso a educação e saúde de qualidade é muito baixa.

“Para um número imenso de crianças com deficiência, a oportunidade de participar simplesmente não existe”, ressalta o relatório. “Com enorme

constância, são objeto simplesmente de pena ou, ainda pior, de discriminação e abusos”, diz o texto, que critica a falta de precisão dos dados sobre o número de crianças com deficiência. A estimativa hoje é que 93 milhões de crianças, ou uma em cada 20 com 14 anos ou menos, vivem com algum tipo de deficiência, mas tais dados, afirma o relatório, são utilizados desde 2004, e os métodos para obtê-los são inconsistentes.

O documento do Unicef pede que os governos levem à frente as convenções sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e sobre os Direitos da Criança, além de apoiar as famílias para que possam arcar com os altos custos dos cuidados com suas crianças.

Para o cumprimento da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, foi lançado em 2011 o programa Viver Sem Limite (ver matéria na pág. 11), do Governo Federal, que articula políticas governamentais inclusão social e acesso a educação e saúde, ressaltou a Agência Brasil (1º/6).

Por uma política de saúde prisional

Oficina realizada no 5º Encontro do Grupo de Trabalho sobre Saúde Prisional (13/5) reuniu na Fiocruz Brasília gestores, trabalhadores da área da saúde, sociedade civil e meio acadêmico para discutir os resultados da pesquisa *Do plano à política: garantindo o direito à saúde para todas as pessoas do sistema* e reunir subsídios que permitam a substituição do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário por uma Política Nacional de Saúde Prisional (Radis 118). O plano, criado pelo Ministério da Saúde em 2003, tinha como proposta garantir o acesso da população penitenciária brasileira à saúde, com cobertura de 100%, oferecendo atenção básica dentro das próprias unidades prisionais masculinas, femininas e psiquiátricas. Porém, só foram alcançados 35% da população com equipes da saúde do SUS, informou a Agência Fiocruz (23/5). Algumas das 171 propostas nesse

sentido reunidas na pesquisa foram discutidas na oficina, onde também foram agregadas outras. A inclusão do setor sociedade civil no controle e monitoramento da política nacional, foi considerada a principal proposta, de acordo com o pesquisador do Programa de Direito Sanitário (Prodisa) e coordenador do projeto, Martinho Silva. “Isso é uma vitória”, considerou Martinho, explicando que familiares, amigos e egressos do sistema prisional poderão acompanhar e ampliar a política, participando de conselhos de comunidade.

Um documento técnico reunirá recomendações sobre princípios, diretrizes, eixos e formas de financiamento para a Política Nacional de Saúde do Sistema Prisional. Entre os setores envolvidos estão os ministérios da Saúde, Justiça, Desenvolvimento Social e secretarias especiais de Políticas Públicas para Mulheres, de Direitos Humanos e de Igualdade Racial.

Má nutrição custa ao mundo R\$ 7 trilhões

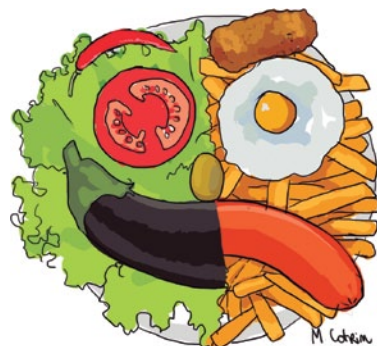
Novo relatório da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) aponta que a má nutrição custa ao mundo cerca de US\$ 500 (ou R\$ 1 mil) por indivíduo ou US\$ 3,5 trilhões (R\$ 7 trilhões) por ano, o equivalente ao PIB da Alemanha, a maior economia da Europa. O valor foi calculado com base nos custos relativos à perda de produtividade e gastos com a saúde gerados por uma dieta deficiente, informou o site da BBC (4/6).

O texto alerta ainda que, embora cerca de 870 milhões de habitantes do planeta ainda passem fome, outros bilhões sofrem com a má ingestão de alimentos. No relatório, o diretor da FAO, o brasileiro José Graziano, pediu esforços mais consistentes para erradicar a má nutrição.

A FAO estima que 2 bilhões de pessoas têm deficiências de um ou mais micronutrientes, enquanto 1,4 bilhão estão com sobrepeso. Além disso, 25% de todas as crianças abaixo de cinco anos sofrem com baixa estatura e outras 31% têm deficiência de vitamina A.

Segundo o relatório, a maneira como os alimentos são cultivados, processados, transportados e distribuídos tem forte influência nos hábitos alimentares da população. De acordo com o estudo, a alimentação precária de mães e crianças continua a reduzir a qualidade e a expectativa de vida, assim como problemas relacionados à obesidade, como doenças cardíacas e diabetes.

A FAO também destaca iniciativas de combate à má nutrição pelo mundo, incluindo o programa Fome Zero, do Brasil. No relatório, a FAO elogia o Brasil pelas medidas tomadas na erradicação da alimentação precária da população. O país apresenta um dos menores índices de crianças com deficiência de crescimento na América Latina (7,1%), atrás apenas do Chile (2%) e da Costa Rica (5,6%). No entanto, o Brasil ainda tem a maior proporção de menores de cinco anos anêmicos na região (54,9% do total).






Saúde da mulher negligenciada

Defensores dos direitos de mulheres e diversas organizações da sociedade civil estão se mobilizando contra o Estatuto do Nascituro, aprovado (5/6) pela Comissão de Finanças e Tributação da Câmara dos Deputados e que prevê, entre outros pontos, o direito a pagamento de pensão alimentícia às crianças concebidas de violência sexual. A proposta passará, ainda por análise da Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), informou a Agência Brasil (5/6). Segundo o texto, o nascituro é ser humano concebido, mas ainda não nascido, e tem sua natureza humana reconhecida desde a concepção. Aquele que causar, culposamente, morte ao nascituro, diz a proposta, poderá ser condenado a pena de um a três anos de prisão.

Atualmente, o Código Penal permite o aborto em caso de gravidez resultante de estupro e esse direito estava ressaltado em versão anterior do projeto de lei, aprovado anteriormente na Comissão de Seguridade Social e Família.

A votação na Comissão de Finanças e Tributação não tratou do mérito da proposta, mas de sua adequação financeira. Deputados do PT na comissão chamaram a iniciativa de “bolsa estupro” e disseram que a proposta fere a Lei de Responsabilidade Fiscal, ao não prever o impacto financeiro. Eles ainda discordaram do mérito, sob argumento de que a proposta representa diminuição dos direitos das mulheres.

Para o deputado Cláudio Puty (PT-PA), a proposta abre brecha para a possibilidade de se criminalizar o aborto, inclusive, nos casos de estupro. “Essa proposta coloca em primeiro lugar o direito do estuprador, em segundo lugar o direito do feto e, em terceiro lugar, o direito da mulher que foi vítima de uma violência”, pontuou o petista.

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher manifestou-se (6/6) em nota contra o Estatuto do Nascituro. “É lamentável que as mulheres sejam, mais uma vez, vítimas da legitimação da violência perpetrada contra elas. O projeto dificulta o acesso das mulheres aos serviços de aborto previsto em lei, nos casos de risco de vida à gestante, de estupro e de gravidez de feto anencéfalo”, diz a nota. O conselho preparou relatório apontando os argumentos contrários ao teor do estatuto, que deverá ser entregue ao Congresso Nacional e divulgado à sociedade civil. 

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

Voices em disputa

Incoerências e disputas acerca do papel da comunicação na condução das políticas públicas de Saúde estiveram à mostra no episódio de proibição de peças da campanha que o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (4/6) lançou em junho. O material fora produzido a partir de oficina de comunicação em saúde para profissionais do sexo, realizada em João Pessoa (PB), em março, e seguia o tema *Sem vergonha de usar camisinha*. Dois dias depois do lançamento, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, determinou a retirada de circulação de um dos cartazes — com a frase *Sou feliz sendo prostituta* — e exonerou o diretor do departamento, o infectologista Dirceu Greco.

Em nota oficial, o ministério alegou que a campanha descumpria “normas previamente estabelecidas”, já que não fora aprovada pela assessoria de Comunicação Social. O olhar daqueles que atuam diretamente na Comunicação do Ministério da Saúde, no entanto, parece reforçar a existência de um confronto de forças quando se trata de decidir quem tem voz. Foi possível observar isso no seminário

Imagem e Saúde: informação e comunicação em debate (6/6), organizado pelos alunos do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação e Saúde (PPGICS/Icict/Fiocruz). Os participantes questionaram Sérgio Augusto Correa de Faria, chefe da Divisão de Publicidade e Promoção Institucional do ministério, que integrava da mesa, sobre o pouco espaço dado à participação dos movimentos sociais nas estratégias comunicacionais. “Comunicação na saúde é uma ação de cúpula, sim”, declarou, argumentando que “os conselhos consultivos podem falar o que quiserem, mas não se arvorar a lançar campanhas que não sabem onde vai dar”.

“Não dá para o sindicato das prostitutas definir o que é comunicação”, completou, ao lado, o publicitário Ricardo Hoffmann, vice-presidente e diretor geral da filial de Brasília da Borghi/Lowe — uma das agências de propaganda que atendem o Ministério da Saúde. Em sua opinião, na gestão da comunicação, participação “é um entrave”. As declarações de ambos contradizem a Constituição de 1988 e a política do SUS, que prevê a participação social como um de seus princípios.

Inadmissível


A aprovação pela Comissão de Finanças e Tributação da Câmara de qualquer matéria que tenha tamanho impacto na saúde quanto o absurdo Estatuto do Nascituro deveria ser tida como inadmissível. Além de colocar em risco a saúde da mulher, fragiliza o próprio ministério de cuja pasta o ministro Alexandre Padilha é titular. Com a palavra, o ministro e a presidenta da República.

Doença? - I

Ao receber em seu programa a atriz Tatá Werneck, que fundou o grupo teatral *Os Inclusos e os Sisos* (ver matéria na pág. 11) e faz sucesso com a personagem Valdirene, na novela *Amor à Vida*, da Rede Globo, o apresentador Fausto Silva demonstrou que o tema de capa desta edição da *Radis* é mais do que pertinente. Após

as considerações de Tatá sobre o grupo (do qual não faz mais parte), que encena espetáculos com acessibilidade na comunicação para pessoas com e sem deficiência, Faustão saiu-se com essa: “É verdade, com doença ou sem doença, informação é fundamental”.

Doença? - II

A aprovação da “cura gay” (19/6), em sessão rápida e esvaziada da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados é mais uma aberração que tem à frente o deputado homofóbico Marco Feliciano. Afinal, não há cura para quem não está doente. O projeto precisa passar ainda por outras duas comissões da Câmara, e, se aprovado, segue para votação no plenário. Mobilização e atenção são necessárias e bem-vindas. 



(Manifestação pelo Passe Livre. Rio de Janeiro, 18/07/2013)

Canal Saúde estreia nova programação

Participe da pesquisa ao lado

Emissora de TV do SUS investe na produção regional, amplia participação da sociedade civil e faz pesquisa para ficar ainda mais perto do público

O debate sobre saúde pública e o SUS ganhou mais espaço com a nova grade de programação do Canal Saúde da Fiocruz. Desde o dia 29 de abril, vêm sendo veiculados pela TV e pela internet (www.canal.fiocruz.br) 17 novos programas — entre produções próprias e aquisições nacionais e internacionais. Para conhecer melhor o público ao qual se dirige essa programação, o Canal Saúde está realizando pesquisa de audiência por meio do questionário da página ao lado — que também está disponível online. O questionário já foi aplicado de forma presencial em eventos aos quais estavam presentes integrantes da área da Saúde. Os leitores da *Radis* também vão participar. Após responder o questionário, basta cortar na linha pontilhada, dobrar, colar e levar direto ao correio. O selo será pago pela Fiocruz.

“Ao qualificarmos nosso público, poderemos melhor direcionar as pautas. O que mais me anima é esse esforço de pactuar a ação do canal com seu público potencial”, diz a gerente geral do Canal Saúde, Márcia Corrêa e Castro. O canal, explica ela, orienta-se por mostrar como o SUS se realiza no dia a dia da população, e apresenta o sistema como política de Estado, não de um governo específico. Nesse sentido, tem investido na produção regional de conteúdos e na divulgação da emissora junto a seu público prioritário — todos aqueles ligados ao campo da Saúde.

PARCERIAS

Há parcerias alinhavadas com várias secretarias de Saúde, e, até o fim do ano, sete estados devem participar de oficinas de produção de vídeo com a equipe do canal. “A nova programação dá ainda mais voz à sociedade civil, aumentando sua representatividade nos meios de comunicação”, observa. Além dos novos programas, foram criadas novas vinhetas, interprogramas e cenários virtuais para o estúdio. O horário de transmissão foi ampliado de dez para 14 horas diárias, das 8h às 22h. “Pretendemos chegar às 24 horas diárias de programação, na virada de 2014 para 2015”, anuncia Márcia.

Entre os programas da nova grade, está *Em*

Família, que reúne no estúdio o apresentador, o ator Thiago Mendonça, com três convidados, para conversar sobre temas que envolvem as relações familiares. O programa conta com a participação de pessoas nas ruas, inserções de vídeos enviados à produção e interações virtuais por meio de redes sociais e Skype. Novidade também é o *Saúde em Foco*, que passou a ter 15 minutos e é produzido no formato revista, com assuntos variados. Já o *Canal Saúde na Estrada* mostra experiências bem sucedidas no âmbito do SUS em todo o Brasil; o *Ligado em Saúde* trata da promoção e prevenção a partir de temas sugeridos pelo espectador; e o *Comunidade em Cena*, coprodução com grupos populares de audiovisual, conta histórias de sucesso em comunidades, passa a contar com mais inéditos por mês e vai incluir também experiências rurais.

A nova grade inaugura, além de uma faixa infantil no fim de semana, a dramaturgia no canal, com a minissérie *Saúde em Cena*, sobre controle social. A história tem como cenário o município fictício de Vitoriosa, onde vivem os personagens Nando e Martina, cuja história terá como pano de fundo as lutas do Conselho Municipal de Saúde. *Saúde em Cena* fez parte do Curso Nacional de Qualificação de Conselhos de Saúde, o Quali Conselhos, e resulta de parceria entre Canal Saúde, Ensp/Fiocruz, Conselho Nacional de Saúde e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS).

VEICULAÇÃO

A programação da emissora é captada por antena parabólica com recepção digital e veiculada também por emissoras parceiras. A programação é transmitida pela Web TV, no site www.canalsaude.fiocruz.br, onde é possível ainda assistir sob demanda aos vídeos que a emissora produz. São mais de dois mil vídeos no acervo. Os Conselhos de Saúde recebem a programação por canal exclusivo no Oi TV. Os receptores doados aos conselhos foram fruto de acordo firmado entre a empresa e o Ministério da Saúde. (Liseane Morosini)



Da esquerda para a direita, cenas das produções: 'Em família', sobre relações familiares; 'Ligado em saúde', com temas indicados pelo espectador; e 'Saúde em Foco', revista de variedades



Pesquisa de audiência



Convenções

(RU) Resposta única. Assinale apenas uma única opção.

(RM) Respostas múltiplas. Assinale quantas opções forem necessárias ou solicitadas.

Como tomou conhecimento da nossa pesquisa? (RM)

- Portal FIOCRUZ Portal Canal Saúde Portal Ministério da Saúde Portal ENSP Revista Radis Redes sociais Televisão
 Outros

Se outros, especifique: _____

1. Sexo: (RU)

- Masculino Feminino

2. Idade: (RU)

- Até 20 anos 21 a 30 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos Mais de 50 anos Recuso resposta

3. Você reside em: Cidade: _____

4. Estado: _____

5. Qual o seu grau de instrução? (RU)

- Ensino Fundamental (completo ou não) Ensino Médio (completo ou não) Ensino Superior (incompleto) Ensino Superior (completo)
 Especialização Mestrado/Doutorado

6. Qual a sua ocupação principal? (RU)

- Estudante Dona de casa Funcionário público Funcionário de empresa privada
 Empresário Profissional liberal Autônomo Desempregado Aposentado/Pensionista Outra

7. Se outra, especifique: _____

8. De alguma forma está envolvido com a área de saúde? (RM) Não

- Estudante da área de saúde Profissional de saúde da rede pública Profissional ou estudante atuando na rede privada
 Gestor/ técnico da gestão (municipal) Gestor/ técnico da gestão (estadual) Gestor/ técnico da gestão (federal)
 Conselheiro municipal de saúde Conselheiro estadual de saúde Conselheiro nacional de saúde
 ONG, sindicato ou outras associações Integrante de movimento social Outra

9. Se outra, especifique: _____

10. Que tipos de programas mais lhe interessam? (RM – Máximo 3 opções)

- Não sabe Documentário Esportivo Infanto-juvenil Noticiário Entrevistas Outros

11. Se outros, especifique: _____

12. Quais assuntos mais lhe interessam? (RM – Máximo 3 opções)

- Tratamento de saúde Comportamento Atualidades Políticas Públicas Ciência e Tecnologia Outros

13. Se outros, especifique: _____

14. Normalmente com que frequência você assiste ao CANAL SAÚDE? (RU)

- Não assisto ao Canal Saúde Pelo menos uma vez por semana Pelo menos duas vezes por mês
 Apenas algumas vezes por ano Todos os dias Outra

15. Se outra, especifique: _____

16. Porque não assiste ao CANAL SAÚDE? (RM – Máximo 3 opções)

- Não conheço Não me interessa/não gosto Não tenho acesso Não sei como sintonizar/assistir Horários inadequado
 Outros

17. Se outros, especifique: _____

18. Como o CANAL SAÚDE chega até você? (RM)

- Antena parabólica Internet Através da Oi TV NBR Rede Minas/MG TVU Natal/RN FGF Fortaleza/ CE
 Unitevê Niterói/RJ UTV Rio de Janeiro/ RJ TV Floripa /SC Canal Comunitário de Fortaleza/CE TV Assembleia/ES TV Alerj

19. Normalmente, em quais horários você assiste ao CANAL SAÚDE? (RM)

- Durante a manhã No horário do almoço Durante a tarde Após as 7 horas da noite Durante o dia todo
 A qualquer hora, pela Internet

20. Normalmente onde você assiste ao CANAL SAÚDE? (RM)

- Em casa No trabalho Outros

21. Se outros, especifique: _____

22. Com que finalidade você assiste ao CANAL SAÚDE? (RM)

- Interesse pessoal Apoio didático Atualização profissional Outros

23. Se outros, especifique: _____

24. Você tem o hábito de interagir com o CANAL SAÚDE? (RM)

- Não Por carta Por e-mail Por telefone Redes sociais

25. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone c/ DDD : _____

E-mail: _____

Gostaria de receber material informativo do Canal Saúde? Por e-mail Pelo correio

OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO

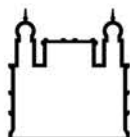
dobre aqui

CORTE AQUI



CARTA-RESPOSTA
NÃO É NECESSÁRIO SELAR

O SELO SERÁ PAGO POR



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

AC FIOCRUZ
21040-970 Rio de Janeiro - RJ

dobre aqui

Remetente _____
 Endereço _____
 Cidade _____ Estado _____

□□□□-□□□□□□

cole aqui

dobre aqui

Construindo cidadania



Todos devem caber na sociedade inclusiva



País tem 45 milhões de pessoas com alguma deficiência, que ainda sofrem empecilhos arquitetônicos, comunicacionais e atitudinais

Bruno Dominguez

Em agosto de 2012, a auxiliar de enfermagem Lindacir Gonçalves, de 54 anos, relatou ao portal de notícias G1 ter esperado por oito horas — das 7h às 15h — para ser atendida no Ambulatório da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. O motivo: não ouviu chamarem seu nome. Lindacir tem problemas auditivos e foi à unidade com o resultado do exame de audiometria em busca de um aparelho de surdez. Enquanto esse caso ganhou alguma atenção da mídia local, tantos outros de exclusão de pessoas com deficiência dos serviços de saúde se repetem sem que repercutam e gerem mudanças. Diante deles, vale questionar: quem cabe no “todos” do SUS?

Para a jornalista Claudia Werneck, à frente da organização Escola de Gente — Comunicação em Inclusão, criada há onze anos, ainda falta caber muita gente. Autora de *Quem cabe no seu todos?*

(WVA) e de mais onze livros sobre o tema, alguns deles recomendados pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Claudia sustenta sua opinião em situações concretas de falta de acessibilidade: um cadeirante sem transporte para chegar até uma unidade de saúde, um surdo sem intérprete para explicar sua dor em um hospital, um cego que precisa autorizar uma cirurgia assinando um documento apenas impresso em tinta.

“O SUS, assim como a saúde privada e a sociedade como um todo, parte do princípio de que todas as pessoas ouvem, falam, veem e se locomovem com facilidade”, observa ela. Mas a realidade é outra: 23,91% da população, o equivalente a 45 milhões de brasileiros, têm alguma deficiência, de acordo com Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). “Ao compararmos o número de brasileiros com deficiência e o número



FOTO: ARISTIDES DUTRA

Claudia: sociedade parte do princípio de que todos ouvem, falam, veem e se locomovem com facilidade



FOTO: KARINA ZAMBRA/MS

Vera: números mostram que muitas pessoas com deficiência ainda não estão sendo acolhidas e atendidas pelo SUS

de pessoas com deficiência atendidas no SUS, constatamos que muitos não estão sendo acolhidos e atendidos pelo sistema”, confirma a coordenadora da área técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde, Vera Mendes.

ATENDIMENTO INTEGRAL

O grande desafio, segundo ela, é oferecer atendimento integral, da atenção básica à especializada, com acessibilidade atitudinal, comunicacional e arquitetônica. O decreto nº 5.296, de 2004, definiu acessibilidade como “condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida”.

O termo é comumente relacionado à acessibilidade arquitetônica, quando não há barreiras ambientais físicas, como escadas, em residências, edifícios, espaços urbanos e meios de transporte — com rampas e outras adaptações. Mas há mais dimensões de acessibilidade. A comunicacional é aquela que se dá sem barreiras na comunicação face a face (língua de sinais), escrita (incluindo textos em braille, uso do computador portátil) e virtual (acessibilidade digital). A atitudinal está ligada a ausência de preconceitos, estigmas, estereótipos e discriminações em relação às pessoas em geral.

IGUALDADE COMO PRINCÍPIO

A Lei 8080/90, que regulamenta o SUS, estabelece como princípio do sistema a igualdade da assistência à saúde, “sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”, reforça. “O SUS ainda não está totalmente preparado para o atendimento nas áreas das deficiências: é fundamental a qualificação dos serviços e a capacitação dos profissionais de saúde, principalmente nas unidades básicas e de pronto atendimento”, analisa a conselheira nacional de Saúde Marisa Furia Silva, presidente da Associação Brasileira de Autismo (Abra).

O Viver sem Limite — Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência foi lançado em novembro de 2011 com o objetivo de melhorar o acesso desse grupo aos direitos básicos, em bases iguais, aos bens e serviços disponíveis a toda a

população. Sob a coordenação da Secretaria de Direitos Humanos, reúne ações de 15 ministérios, e trata a acessibilidade como possibilidade de as pessoas “viverem de forma independente e participarem plenamente de todos os aspectos da vida, sendo fundamental para a inclusão social, com igualdade de oportunidades, e o acesso aos mesmos serviços, benefícios e direitos”.

O plano tem metas até 2014, que devem ser postas em prática a partir da adesão de estados e municípios. Até março deste ano, 21 estados já haviam aderido (Acre, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins).

SAÚDE SEM LIMITE

O Viver sem Limite se articula em quatro eixos temáticos: educação, inclusão social, acessibilidade e saúde. Na saúde, avalia Vera Mendes, o principal avanço foi a instituição da rede de cuidados à pessoa com deficiência. “Antes, o SUS tinha uma oferta tímida de serviços para essa população; faltava uma política estruturante”. A rede pretende ampliar o acesso a serviços especializados em deficiência física, visual, auditiva e intelectual, a oficinas ortopédicas, a unidades básicas de saúde e a hospitais.

“É um salto de absoluta importância na atenção às pessoas com deficiência, pois cria uma linha de cuidados integral, desde a atenção básica até a alta complexidade, com financiamento justo para que seja sustentável”, opina Vera. Dos R\$ 7,6 bilhões previstos para o Viver sem Limite, R\$ 1,4 bilhão se destina à saúde. “Saímos de uma situação em que os serviços estavam isolados, desarticulados e mal distribuídos, o que apartava os profissionais da atenção básica da agenda das pessoas com deficiência”. Com a rede, diz, a atenção básica recebeu o papel de prevenir agravos e **identificar precocemente deficiências**.

Somente dois estados (Maranhão e Rondônia) ainda precisam regulamentar o chamado Grupo Condutor, responsável pelo diagnóstico dos serviços atuais e por elaborar planos de ação regionais e municipais. As ações, ressalta Vera, já saíram das peças de propaganda: “Há resultados concretos, não vai demorar 50 anos para existir o que foi anunciado”. O principal fato é

Dois novos exames foram incluídos no teste do pezinho. Até 2012, o exame identificava quatro doenças que podem causar lesões irreversíveis e de diversos tipos no bebê: hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias e fibrose cística. Agora, também detecta deficiência de biotinidase e hiperplasia adrenal congênita.



FOTO: PORTAL DESACATO



FOTO: WALTER CAMPANATO / AGÊNCIA BRASIL

Anahi: compra de aparelhos para acesso a informações sonoras deve obedecer necessidades das pessoas e não o menor valor

Carlos Eduardo: com o plano Viver sem Limite, governo convida pela primeira vez todas as pastas a tratar da acessibilidade

a qualificação de 29 centros especializados em reabilitação (CER) — do total de 45 previstos até 2014. Esses centros oferecem serviços para atender a várias modalidades de reabilitação de modo integrado para os diferentes tipos de deficiência. “Os 29 CERs não resolvem os problemas do atendimento a pessoas com deficiência, que são históricos (incluindo dificuldades de acesso, má distribuição, preconceito por parte de profissionais da saúde), mas estamos tentando corrigir os rumos e qualificar o sistema”. Outras ações previstas, demanda do movimento das pessoas com deficiência, são a criação de oficinas ortopédicas e a ampliação da oferta e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção — para lidar, por exemplo, com as dificuldades de se consertar uma cadeira de rodas.

“As pessoas surdas enfrentam muitos entraves para manter aparelhos auditivos e implantes cocleares”, atesta a pesquisadora do Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades (NIGS) e do Núcleo de Estudos sobre Deficiência (NED) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Anahi Guedes de Mello. “Pedimos que itens como o aparelho de frequência modulada, que permite melhor captação e acesso às informações sonoras, façam parte da relação de equipamentos oferecidos pelo SUS, de acordo com as especificidades inerentes à condição de deficiência da pessoa e não de acordo com o menor valor de mercado, porque isso compromete a saúde e a qualidade de vida das pessoas com deficiência”.

MARCO CIVILIZATÓRIO

O conselheiro nacional de Saúde Carlos Eduardo Ferreira, secretário geral da Organização Nacional de Cegos do Brasil, vê o plano como um “marco civilizatório”, porque pela primeira vez o governo convida todas as pastas a tratarem da questão e coloca em pauta o debate sobre acessibilidade. Para Anahi, o Viver sem Limite é o primeiro sinal de que os direitos e deveres previstos na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência vão ser postos em prática. Os entrevistados pela *Radis* concordam que as leis são boas: falta acessibilidade na prática.

“O Brasil tem uma das melhores e mais completas legislações na área; a principal demanda atual é fazer com que essa legislação seja de fato cumprida”, indica a médica fisiatra Izabel Maior, que

esteve à frente da Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), mantendo-se na função, quando a coordenadoria passou a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, ligada à Presidência da República, atuando por oito anos, nos governos Fernando Henrique e Lula.

Izabel participou da formulação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas, assinada em 2007. No ano seguinte, o Brasil ratificou a convenção com status constitucional. O texto estabelece que todas as pessoas com todos os tipos de deficiência devem gozar de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, apontando maneiras de se praticar a acessibilidade. “Essa foi a única convenção internacional que o Brasil ratificou com status constitucional, tendo tido o apoio de mais de três quintos dos parlamentares”, comenta Izabel, frisando que o feito só foi possível porque a legislação brasileira já era compatível com a convenção.

CUMPRA-SE

“Como o cumprimento é descentralizado, cabendo basicamente aos municípios, é difícil termos uniformidade na implementação dessas diretrizes”, observa. Cabe a prefeituras, por exemplo, exigir que os ônibus sejam acessíveis ao fazer concessões de transporte público. Ou instalar rampas nas calçadas e prédios públicos. Um lado positivo da descentralização, sinaliza, é que a fiscalização está mais próxima do cidadão e do movimento das pessoas com deficiência.

Durante sua gestão na secretaria, Izabel idealizou o livro e o documentário *História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil*, produzido em parceria com a Organização dos Estados Ibero-americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI), com todos os recursos de acessibilidade. O movimento nasceu na virada da década de 1970 para a de 1980 — depoimentos datam o surgimento entre 1979 e 1981 — e ganhou força em 1981, Ano Internacional das Pessoas Deficientes, definido pelas Nações Unidas.

OPOSIÇÃO AO MODELO MÉDICO

“Era uma oposição ao modelo médico de atuação, em que as pessoas com deficiência eram vistas



FOTO: JOSE CRUZ / AGENCIA BRASIL

Izabel: Brasil tem uma das melhores legislações sobre pessoas com deficiência; o desafio é garantir seu cumprimento

como doentes, aplicado por Apae [Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais], Pestalozzi e LBA [Legião Brasileira de Assistência]", resume. "O movimento lutava por autonomia das pessoas com deficiência e conseguiu instalar o modelo de atuação baseado nos direitos humanos".

Ao longo do caminho, lembra Izabel, a união inicial se perdeu e houve separação por tipos de deficiência. "Por um lado, a divisão foi interessante, porque o que vale para as pessoas cegas não tem nenhuma validade para as pessoas surdas; mas, por outro lado, o movimento se enfraqueceu em suas causas comuns, como a discriminação", pondera.

"Na saúde, pesam muito a falta de comunicação, de conhecimento e de valorização da pessoa com deficiência", afirma Izabel, também por experiência própria. Para ela, os profissionais de saúde em geral não são estimulados, durante sua formação, a lidar adequadamente com a diversidade humana (ver matéria na pág. 17).

EXCLUSÃO MATA

Claudia Werneck avalia que essas barreiras não são exclusividade da saúde: "Gestores, acadêmicos e profissionais de todos os setores foram formados para discriminar pessoas que fogem à média do esperado, em ambientes que discriminam". A diferença, alerta ela, é que a exclusão na saúde mata. "Existem várias formas de se matar: quando não se dá uma informação fundamental, quando se impede a entrada..."

A jornalista cita um caso exemplar, contado a ela por residentes do Hospital Municipal Souza Aguiar, no Rio de Janeiro: na ala de queimados, havia um paciente muito ferido, que causava espanto entre os médicos porque nunca reclamava de dor ou pedia mais analgésico; um dia se descobriu que o paciente era surdo e, com as mãos enfaixadas, não podia comunicar seu sofrimento pela língua de sinais. "Por que os médicos não conseguem pensar na combinação pessoa queimada e surda? Por que não se trabalham todas as combinações reais de pessoas reais da sociedade?", indaga.

Nas unidades de saúde, atesta Vera Mendes, a tendência dos profissionais é olhar uma mulher cadeirante como cadeirante e não como mulher. Assim, o controle cotidiano de saúde, como

diabetes e pressão alta, fica esquecido. "As pessoas com deficiência, além de reabilitação e tecnologia assistiva, também precisam de acompanhamento de saúde geral", reforça.

"Estudos apontam que as mulheres com deficiência realizam muito menos exames ginecológicos preventivos do que as mulheres sem deficiência, por causa da falta de acessibilidade nos serviços de saúde", informa Anahi, que pesquisa o tema das violências contra as mulheres com deficiência no mestrado em Antropologia Social da UFSC. Uma mulher em cadeira de rodas não consegue se deitar em uma cama ginecológica ou ficar de pé para uma mamografia, por exemplo. "São detalhes que podem parecer mínimos, mas que são barreiras importantes", aponta Vera.

VIVER COM LIMITE

Enquanto não se discorda que o Viver sem Limite avança na garantia de direitos das pessoas com deficiência, há preocupação de que acabe por limitar a atuação do governo voltada a essa população. "Quando se cria um plano para pessoas com deficiência, há o risco de que o tema saia de outros planos, por essa população já estar teoricamente contemplada", alerta Claudia Werneck. Anahi concorda. "Em praticamente todos os setores da vida cotidiana, as pessoas com deficiência são vistas como objeto de uma política especial, raramente estão incluídas nas políticas públicas gerais".

Claudia ainda aponta o fato de o Viver sem Limite ter se baseado, inicialmente, em quatro eixos ligados aos direitos de assistência social (saúde, educação, acessibilidade e inclusão). "Alguns direitos, como cultura e turismo, não foram tratados prioritariamente e estão sendo incluídos agora no plano", observa ela, que indica que deve se caminhar sempre na perspectiva dos direitos humanos, com políticas e práticas inclusivas, para não cair nas armadilhas do assistencialismo. "O nó é a oferta de acessibilidade, que todos os ministérios deveriam ter", diz.

Anahi argumenta que a deficiência é uma questão que não diz respeito somente às pessoas com deficiência, mas a todos. "A deficiência faz parte do ciclo de vida: somos todos potencialmente deficientes, porque conforme envelhecemos vamos adquirindo deficiências". Mas, ao contrário, a sociedade não vê a acessibilidade como uma causa pessoal a se defender, concorda Claudia. "O senso de urgência não é percebido pela população, que prefere acreditar na falsa possibilidade de se acabar com a deficiência, ignorando que na nossa espécie não existe alguém igual — e, portanto, somos todos diferentes".

A acessibilidade, defende a jornalista, não beneficia apenas as pessoas com deficiência: "Ainda é tratada equivocadamente como tema de interesse de grupos vulneráveis, sem que se perceba que nós somos resultado de um sistema e tamanha desigualdade e discriminação destrói o bem-estar desse sistema". Assim, Claudia recomenda que a acessibilidade seja encarada como uma estratégia catalisadora de avanço de justiça sociais — um direito relacionado à vida, e não apenas um instrumento para garantia de direitos.

Direito à comunicação

Acessibilidade também se refere ao direito de se comunicar e ao de ser comunicado, dois direitos que vêm sendo negados a pessoas com deficiência — resultando em impactos na saúde. O índice de doenças sexualmente transmissíveis entre os surdos, por exemplo, é mais alto que a média. Não à toa, relaciona a jornalista Claudia Werneck: as campanhas em vídeo sobre sexo seguro não têm legendas ou tradução em Libras.

E, além de não serem comunicados, os surdos ainda sofrem por não conseguirem se comunicar em sua língua com profissionais de saúde, apesar de o Decreto nº 5.626/2005 determinar que “o atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS deve se dar por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação”.

A maior parte dos atos de discriminação acontece nos processos de comunicação, pela falta de ampla e diversificada oferta de acessibilidade nos debates eleitorais, espetáculos artísticos e cursos de educação à distância, como exemplifica Claudia. Em 2002, ela fundou a associação da sociedade civil Escola de Gente — Comunicação em Inclusão, que oferece oficinas de inclusão, encontros de mídia e teatro de mobilização pela diversidade.

TEATRO ACESSÍVEL

A Escola de Gente idealizou a campanha Teatro Acessível — Arte, Prazer e Direitos, incorporada como ação e conteúdo de política pública pelo Ministério da Cultura, que visa mobilizar governo, classe artística e sociedade civil ao cumprimento das leis de acessibilidade em toda e qualquer iniciativa cultural. A campanha foi lançada em 9 de maio, na Câmara dos Deputados, no que seria a primeira audiência pública com total acessibilidade na comunicação, incluindo estenotipia [registro digitado do que é falado, em tempo real, ou seja, na mesma velocidade com que as palavras são pronunciadas], audiodescrição e Libras.

“É um fato histórico”, destacou o deputado Federal Jean Wyllys, que levou a sugestão de Claudia Werneck de promover uma audiência acessível à Comissão de Cultura da Câmara. “Inauguramos hoje uma discussão que é política e esperamos que ela se traduza em proposição legislativa e em política pública de ampliação do acesso de pessoas com deficiência à cultura”, considerou. “Nós sabíamos que estávamos acendendo uma primeira luz, não só pelo tema, mas também pelo formato da audiência, que foi a primeira amplamente acessível às pessoas com deficiência”.

DECISÃO DE REALIZAR

A presidente da Comissão de Cultura, deputada Jandira Feghali, refletiu que faz falta que outras audiências públicas sejam acessíveis e disse esperar que a ideia contamine o Congresso Nacional. “A acessibilidade não é um problema de lei, porque a lei existe, é a decisão de realizar, decisão política, de cumprir e garantir o que a sociedade precisa. As pessoas podem ser diferentes, mas os direitos são iguais”.

Em sua fala, o presidente da Associação Nacional dos Procuradores da República (ANPR), o procurador regional da República Alexandre Camanho de Assis, afirmou que acessibilidade é a palavra-chave do momento. “É o que vai possibilitar as pessoas, das mais distintas formas, fruírem de uma coisa que deveria ser de todos e que, por conta de uma série de percalços, deixou de ser. O Teatro Acessível vem justamente realizar essa perspectiva de conferir cidadania plena. Isso é que faz de um país realmente um Estado de Direito”.

COMIDA, DIVERSÃO E ARTE

Presente na audiência estava o conselheiro nacional de Juventude, David Sousa, de 24 anos, que no órgão representa os jovens com deficiência. David tem paralisia cerebral e por muitos anos ficou impedido de estudar, dado que nenhuma escola de Fortaleza (CE), onde mora, aceitava matriculá-lo.

Parlamentares, ativistas e atores da campanha Teatro Acessível, ao final da primeira audiência pública da Câmara dos Deputados realizada com total acessibilidade na comunicação





FOTO: MILA PETRILLO / ESCOLA DE GENTE

David e o direito à voz, como conselheiro nacional de Juventude: “Na Saúde, sinto que falta humanização”
 Marina: sem acessibilidade e representatividade baixa de pessoas com deficiência nas conferências de Saúde

Recentemente, ele terminou o ensino médio. “A pessoa com deficiência tem direito à educação, à saúde, mas também quer ter direito à cultura”, disse à *Radis*.

Na opinião dele, o Brasil avançou — por exemplo, com a adaptação de ônibus —, mas a acessibilidade ainda precisa ser muito debatida, porque na prática pouco funciona. “Na saúde, mais do que propriamente acessibilidade, sinto que falta humanização”, alerta, citando o caso de um amigo com deficiência que ouviu de uma médica que nunca seria pai.

CONTROLE SOCIAL

O direito de participar é institucionalizado na saúde, com os conselhos e as conferências. Pessoas com deficiência têm ocupado esses espaços, mas com representatividade, reconhecimento e eficácia ainda limitadas, como concluiu a jornalista Marina Maria Gomes da Silva, na dissertação de mestrado *Condições e contradições por direitos sociais e inclusão: uma análise sobre as movimentações e mediações de pessoas com deficiência em conferências de saúde*, defendida em 2012, no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação

Cena da peça ‘Um amigo diferente’, apresentada em Brasília e em vários pontos do país pelo grupo Os Inclusos e os Sisos



FOTO: LUCIANO BOGADO / ESCOLA DE GENTE



FOTO: DAYANE MARTINS

em Saúde (PPGICS/Icicit/Fiocruz).

Egressa da Escola de Gente, onde formou-se como agente da inclusão, em um dos projetos da organização, Marina buscava compreender como se deu a participação de pessoas com deficiência em três conferências de saúde realizadas em 2011 — municipal e estadual do Rio de Janeiro e nacional. “Analisei como essas pessoas ocupavam esses fóruns, circulavam, agiam, se posicionavam, o que reivindicavam, como se comunicavam e se tinham o seu direito à participação garantido”, explica ela, que ainda observou como pessoas sem deficiência viam tal participação.

Com variações entre as conferências, uma questão comum foi a baixa representatividade desse grupo: na 14ª Conferência Nacional, estima-se que havia 70 pessoas com deficiência entre mais de quatro mil delegados. A participação ficou mais comprometida dada a restrição de acessibilidade arquitetônica (acesso a espaços), comunicacional (material apenas impresso em tinta, por exemplo) e atitudinal (discriminação). “A não garantia do direito ao acesso à informação e à comunicação implicou em restrições à plena participação de cidadãos com deficiência. Ainda falta o reconhecimento de que estamos falando de sujeitos de direitos, em detrimento de percepções estigmatizadas de que estas são ‘muito especiais’ ou ‘coitadas’”.

INVISIBILIDADES

Entre os delegados com deficiência, Marina não detectou práticas organizadas coletivamente, de um modo geral. Pessoas com diferentes deficiências foram identificadas, mas não foi possível perceber articulações que as envolvessem organicamente. “Há uma segmentação entre as próprias deficiências, com pessoas reunidas em torno das suas especificidades, e não da deficiência em si, o que, para o movimento, pode representar a perda de oportunidades de maiores articulações, interação e visibilidade”, avalia ela.

Mas o saldo da participação é positivo: na opinião de Marina, as movimentações e mediações de pessoas com deficiência nas conferências de saúde assumiram papel estratégico para que apresentassem suas reivindicações. “Ainda é preciso, no entanto, romper com invisibilidades e assegurar que as múltiplas possibilidades de movimentações sejam garantidas nesses espaços, para além das vozes e dos gritos, e para que, de fato, sejam participativos”.

Saúde em Libras, em Vila Velha

Quem passa em frente ao laboratório de Habilidades Clínicas do campus Nossa Senhora da Penha da Universidade Vila Velha (UVV), no Espírito Santo, estranha o silêncio das aulas de quarta-feira à noite. Mas a ausência de sons não significa falta de comunicação: nessa sala, se fala com as mãos. O que se ensina nela é a língua brasileira de sinais, Libras. Os alunos, 17, são estudantes de graduação da área da Saúde, majoritariamente de Medicina. Ao longo de um semestre, eles aprendem não só a se comunicar por sinais, mas também a atender pacientes surdos em suas especificidades. Daí o nome do curso: Libras em Saúde, acessibilidade no atendimento clínico.

Na aula de 22 de maio, à qual a *Radis* assistiu, a lição era sobre partes do corpo e sintomas de doenças. O professor Rafael da Cunha Braga apresentava os sinais para febre, vômito, sensação de fraqueza, língua, dente, boca. Os alunos, sentados um ao lado do outro, com as mãos visíveis, os repetiam pelo menos duas vezes. Ainda faziam parte do conteúdo do dia frases comumente ditas em consultórios: Qual é o seu nome? Quando começaram os sintomas? Agora dói? Como é a dor? O que melhora e o que piora os sintomas?

O Libras em Saúde é um projeto do braço brasileiro da Federação Internacional das Associações de Estudantes de Medicina, IFMSA-Brasil, surgido a partir de experiência internacional similar — o curso *Breaking the Silence*. Desde 2010, já formou cerca de 300 pessoas em 10 universidades: Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Universidade do Estado do Pará (Uepa), Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp), Universidade de Pernambuco (UPE), Universidade Pernambucana de Saúde (FPS), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal do Pará (UFPA), Universidade São Francisco (USF) — esta na cidade de Bragança Paulista (SP) — e Universidade Estadual de Maringá (UEM).

COMUNICAÇÃO COMO BASE

“A base do atendimento de saúde é a comunicação”, ressalta o presidente da IFMSA-Brasil e ex-coordenador nacional do Libras em Saúde, Renato Cesar Vaz Guimarães. “Quando um profissional de saúde não consegue se comunicar com um paciente, a qualidade do atendimento fica comprometida”. A maior parte dos entrevistados pela *Radis* apontou a formação dos profissionais de saúde como um dos entraves para tornar a saúde acessível. Falta humanização, indicam.

“A grade curricular das faculdades tradicionais, em geral, é muito quadrada e não aborda como lidar com pacientes com deficiência. Os alunos não são preparados para atender essas pessoas”, opina Renato. Na avaliação do coordenador do curso de Medicina da UVV, Carlos Musso, as escolas “expõem problemas reais e incentivam os alunos a buscarem soluções para elas”. Diversos cursos da área da saúde oferecem aulas de Libras, mas como

disciplina eletiva. A atual coordenadora nacional do Libras em Saúde, Vanessa Palauro, explica que o projeto, além de treinar os profissionais de saúde na língua de sinais, também pretende instigar o debate sobre a inserção da língua no currículo médico.

As aulas são ministradas por professores certificados pelo Prolibras, de preferência surdos. O professor do curso em Vila Velha, Rafael, é surdo, assim como sua mulher, Simone Quirgo de Souza, coordenadora pedagógica. Juntos, eles montaram a apostila que cada aluno recebeu no início do módulo, com fotos dos sinais e seus significados, e gravaram vídeos, que são exibidos ao longo do semestre.

DIFICULDADES

Ambos conhecem bem as dificuldades que uma pessoa surda enfrenta quando vai a uma unidade de saúde. “Não há comunicação”, reclama Simone. “Às vezes, nos desprezam, agem com preconceito”. Por isso, os dois têm sempre que pedir a familiares ou amigos que se comunicam em Libras para que os acompanhem em consultas. “Temos que estar acompanhados para que nos entendam. Se o profissional de saúde soubesse Libras, seria mais fácil explicar o que sinto, sem precisar de ajuda”, avalia Simone.

FOTOS: CAROLINA NIEMEYER



Rafael (ao lado) dá aulas a estudantes de Medicina de Vila Velha, no projeto Libras em Saúde, que já foi levado a universidades públicas e privadas e tem como foco que a base do atendimento à saúde é a comunicação





FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Renato (à esquerda) compartilha em um blog as experiências de pessoas surdas nos serviços de saúde: histórico de exclusão

A possibilidade de se comunicar em sua língua faz diferença. Os alunos de Medicina dos módulos 2 e 3 do Libras e Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), onde o projeto é ligado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação e Diversidade (Neped), da Faculdade de Educação, e também à Faculdade de Medicina, prestaram atendimento na Associação dos Surdos de Juiz de Fora — com entrevista médica, aferição de glicose, cálculo do índice de massa corporal, exame de acuidade visual, aferimento da pressão arterial e orientação em relação aos cuidados com a saúde. “A proposta era usar exclusivamente a língua de sinais como meio de comunicação. Foi recomendado não usar o português, mesmo com os surdos oralizados [surdos que usam a língua portuguesa para se comunicar]”, conta Renato.

HISTÓRICO DE EXCLUSÃO

“Pude ver de fato, durante a ação em saúde, como o curso me permitiu uma boa interação com uma pessoa surda, e perceber como ela se sentia aliviada de conseguir se comunicar comigo”, relata. A experiência não revelou apenas os benefícios da acessibilidade: também indicou o histórico de exclusão de surdos dos serviços de saúde. “Um paciente de 40 anos nunca tinha realizado qualquer exame ou ido a um médico porque não conseguia se comunicar com os profissionais”, lembra. “Todos os que


atendemos chamaram a atenção para a necessidade de serem compreendidos”.

Renato criou um blog, no qual compartilha essas experiências e outros textos sobre surdez, o *Descobrimdo a Surdez* (www.descobrimdoasurdez.blogspot.com.br). Ele chama atenção, por exemplo, para a necessidade de se esperar o paciente surdo acabar de fazer os sinais para depois fazer as anotações: “A maioria dos médicos mal olha para o paciente durante seu relato”.

Os alunos do curso em Vila Velha concordam que não é fácil, a princípio, aprender Libras. “Nunca tive contato com a língua e, a partir do momento em que não havia mais intérprete [presente apenas nas três primeiras aulas], foi bem difícil acompanhar”, conta Karoliny Veronese. “Temos consciência de que não vamos saber falar tudo, mas conseguir receber o paciente e mostrar que entende sua língua já inverte a situação a qual eles estão acostumados”, comenta Luanna Mattos, uma das coordenadoras locais, ao lado de Vanessa Palauro e Vanessa Lani. “Em uma unidade de saúde, o paciente chega com dor e o médico precisa entender o que ele está sentindo”, observa Mayara Tofano.

FALTA DE INTERESSE

Os inscritos no curso apontam razões para que outros colegas não tenham se matriculado. “Algumas pessoas fazem piada, dizem que aprender Libras não adianta para nada e que nunca atenderemos uma pessoa surda, como se elas não existissem ou não tivessem problemas de saúde”, revela Vanessa. “Falta interesse entre os demais alunos, mesmo a faculdade abordando pouquíssimo as questões das pessoas com deficiência”, completa Koali Costa.

Guilherme Dantas acredita que o projeto Libras em Saúde tem como resultado um melhor atendimento das pessoas, tenham elas alguma deficiência ou não: “Aqui aprendemos que o atendimento deve ser mais espontâneo, sem seguir estritamente o script que aprendemos na faculdade: falando de maneira mais simples, deixando o paciente livre para conversar, e se for surdo, permitindo que se comunique em sua língua”. 

SAIBA MAIS

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência www.planalto.gov.br/ccj-vil_03/Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm

Decreto da Acessibilidade www.planalto.gov.br/ccj-vil_03/Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm

História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil www.youtube.com/watch?v=eDi63uTyhKY

Escola de Gente www.escoladegente.org.br

Libras em Saúde www.facebook.com/librasensaude

Manual da Mídia Legal – Comunicadores pela Saúde www.escoladegente.org.br/recursos/documentos/mml3/mml3.pdf



FOTO: CAROLINA NIEMEYER

Alunos e professores do curso posam para a ‘Radis’ representando seus nomes na Língua Brasileira de Sinais: falta interesse dos demais colegas

Luiz Fernando da Rocha Ferreira da Silva

A atualidade do dinossauro

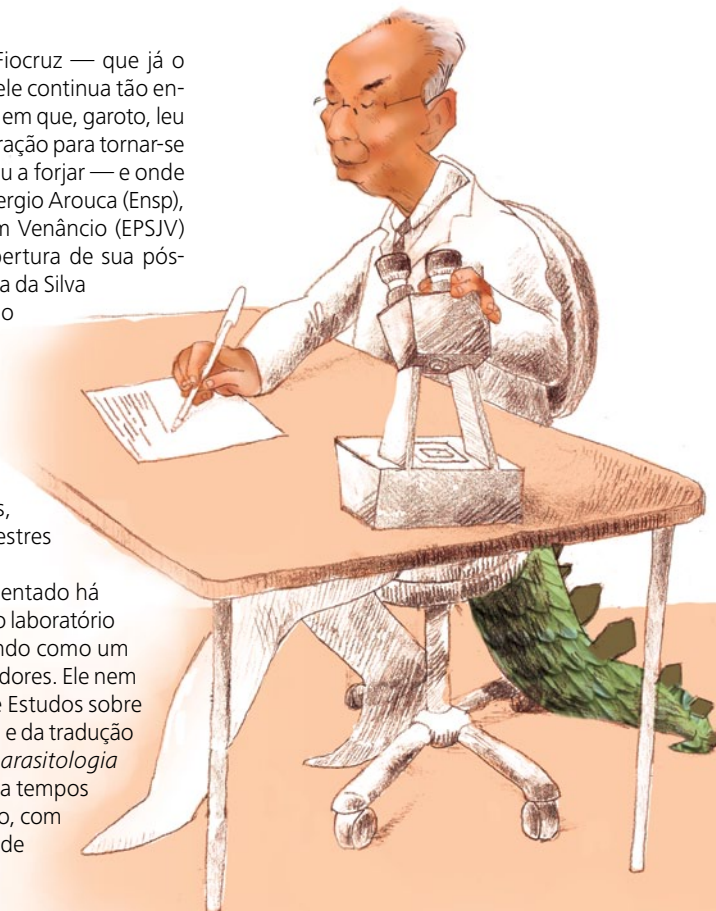
Adriano De Lavor*

Um dos mais antigos e queridos profissionais da Fiocruz — que já o agraciou com o título de pesquisador emérito —, ele continua tão entusiasmado com a pesquisa quanto o era no tempo em que, garoto, leu *Caçadores de micróbios*, de Paul de Kruif, sua inspiração para tornar-se cientista. Ainda em plena atividade na instituição que ajudou a forjar — e onde foi presidente, diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), mentor da criação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) e da Casa de Oswaldo Cruz (COC), e responsável pela abertura de sua pós-graduação *stricto sensu* —, Luiz Fernando da Rocha Ferreira da Silva aceitou com empolgação de iniciante o convite da redação da *Radis* para compartilhar momentos de sua trajetória.

Ao lado do discípulo e parceiro de descobertas Aduino Araújo, pesquisador do Departamento de Endemias Samuel Pessoa (Ensp), o velho mestre falou sobre sua paixão pela ciência que criou — a Paleoparasitologia —, divertiu-se lembrando *causos* envolvendo seu inusitado material de trabalho (coprólitos, isto é, fezes mumificadas), reverenciou amigos e antigos mestres e ensinou muito sobre ciência, saúde, educação e história.

Carioca nascido no bairro do Humaitá, 76 anos, aposentado há sete, Luiz Fernando cumpre diariamente sua rotina no mesmo laboratório que ocupa desde que ingressou na Ensp, em 1966, circulando como um elegante dinossauro em meio a centenas de jovens pesquisadores. Ele nem pensa em parar. À espera do 8º Congresso Internacional de Estudos sobre Múmias, que acontecerá em agosto, no Museu Nacional (RJ), e da tradução para o inglês do premiado livro *Fundamentos da Paleoparasitologia* (2011), que assina com Aduino e Karl Jan Reinhard, ele viaja a tempos ainda mais remotos para conduzir seu atual projeto de estudo, com a investigação de excrementos de dinossauros, que datam de mais de 200 milhões de anos. Pelas mãos do pesquisador, o passado ilumina o futuro da ciência e da saúde.

* Participaram da entrevista Rogério Lannes, Eliane Bardanachvili, Liseane Morosini, Carolina Niemeyer e o convidado Aduino Araújo.



O senhor é considerado o criador de um novo campo de estudo científico, a Paleoparasitologia. O que o levou a pesquisar esta área?

Luiz Fernando — Antes de vir para a Escola Nacional de Saúde Pública, eu trabalhava na Universidade Federal do Rio de Janeiro, na cadeira de Doenças Tropicais, estudava esquistossomose e gostava de ler a história da pesquisa. Um dia, caiu na nossa mão um artigo, publicado aqui nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, de Bernardo Figueiredo Magalhães e Caio Benjamin Dias. Ao contrário de toda a ortodoxia que dizia que a *esquistossomose mansoni* veio da África, com a importação dos escravos, eles defendiam que a doença era autóctone da América. Isso despertou nosso interesse. A argumentação deles era muito complicada e eu pensei num jeito de argumentar de maneira mais simples, que todo mundo pudesse entender. Nesse meio tempo, apareceu o Aduino, que veio fazer o mestrado. Ele topou estudar o assunto e definimos

que a tese dele seria sobre esquistossomose. Nós perguntamos então a um amigo arqueólogo, o Ondemar Dias, se ele tinha coprólitos, que são fezes mumificadas, secas ou mineralizadas. Ele me disse: “ah, Luiz Fernando, pouca gente se interessa por fezes; milenares então, muito menos! Você vem aqui que tenho um monte” (risos).

Aduino — Nesta época [começo dos anos 1980], o Luiz Fernando era diretor da escola, eu era professor de Parasitologia da UFRJ e o Ulisses Confalonieri era professor na Rural. A gente se reunia para estudar e acompanhar o que estava acontecendo. Não havia nada de literatura, não havia internet, e era muito difícil conseguir as revistas, que chegavam aqui com atraso. Mas as coisas andavam.

E o que descobriram com esses estudos?

Luiz Fernando — Aduino concluiu que a hipótese da doença autóctone estava errada. Nunca encontramos esquistossoma pré-colombiano. Se a



FOTOS: CAROLINA NIEMEYER

Luiz Fernando criou a Paleoparasitologia, que contribuiu com conhecimento sobre a evolução das doenças

gente tivesse encontrado nos coprólitos, que datavam de antes da vinda de escravos, seria uma prova direta de que a doença era autóctone. Mesmo assim, ele pode fazer uma tese brilhante, sobre ancilostomose [doença provocada por vermes da espécie *Ancylostoma duodenali* e *Necator americanus*, que se instalam no sistema digestivo dos seres humanos e passam a se alimentar do sangue do hospedeiro]. Diziam que o *Necator americanus* veio da África e o *Ancylostoma duodenali* veio da Europa, com a migração. Adatao mostrou que a ancilostomose era autóctone do continente. Isso foi uma revolução.

Quais as implicações dessa descoberta?

Luiz Fernando — A ortodoxia dizia, e continua dizendo, que o homem entrou na América pelo Estreito de Bering e depois veio descendo. A tese do Adatao também permitiu questionar essa migração pré-histórica. Mesmo se houvesse ancilóstomo na Ásia e este passasse o Estreito de Bering, iria se perder. O ancilóstomo depende do solo, de temperatura adequada, que não é a das regiões geladas. Isso significa que quem trouxe o ancilóstomo — antes da entrada do branco, que veio da Europa, e do negro, da África — só pode ter vindo pelo mar. O norueguês Thor Heyerdahl conta, no livro *A Expedição Kon-tiki*, como aprendeu com velhos índios no Lago Titicaca [nos Andes, entre Peru e Bolívia], a fazer barcos com fibras, sem pregos e sem martelos. Ele fez a viagem ao contrário — do Peru à Micronésia — mostrando que era possível a travessia por mar. Nós defendemos esta posição em função do parasita, que se presta muito a interpretar essas coisas.

O que mais foi descoberto?

Luiz Fernando — Com o aparecimento das técnicas de biologia molecular, mostramos que a Doença de Chagas era muito mais antiga. Todo mundo dizia que ela era da casa de sapê, que dá alojamento ao barbeiro. O Adatao percebeu que os arqueólogos que trabalhavam com pinturas rupestres, nas cavernas de São Raimundo Notato [no Piauí] eram atacados por barbeiros. Então, pensou que os barbeiros também poderiam ter atacado os antigos moradores. Disso, resultou um trabalho

dos pesquisadores Arthur Aufderheide, Bernardo Ariazza e Felipe Guhl. Depois nós encontramos a Doença de Chagas em múmias, com as técnicas de biologia molecular. [Estudo coordenado por Luiz Fernando e Adatao, em parceria com a arqueóloga Niède Guidon, em 2009, provou que a doença de Chagas já infectava populações pré-colombianas há 26 mil anos].

Quais as principais contribuições que a Paleoparasitologia já ofereceu a Saúde Pública e para outras áreas de conhecimento?

Luiz Fernando — Ela recebe contribuições de várias áreas, mas retribui com conhecimentos sobre a evolução das doenças e dos parasitas. Hoje, estamos discutindo Doença de Chagas, sobre como evoluíram os *trypanosomas*, quem foram os primeiros hospedeiros, quando estes se diversificaram. Você pode compreender a filogenia dos parasitas para melhor combater as doenças. Você também pode estudar migrações, hábitos alimentares... É um mundo de possibilidades.

Podemos dizer que ousadia, senso de oportunidade e interdisciplinaridade são essenciais para se desbravar um novo campo de conhecimento?

Luiz Fernando — São fundamentais. Quando eu li *Anafilaxia*, do Richet [Charles Robert Richet (1850-1935), médico francês], que foi prêmio Nobel de Medicina, fiquei entusiasmado. Ele conta suas primeiras experiências, em que injetou tentáculos de actínia [pólipo encontrado nas rochas litorâneas, conhecido como anêmona do mar] num cachorro. De acordo com o conhecimento de época, ele esperava que, ao receber uma segunda dose desse veneno, o cachorro estaria protegido. Aconteceu o contrário. A experiência desencadeou um choque anafilático no animal e o termo *anafilaxia* foi criado. Então eu, rapazinho, lendo aquilo, pensei: "Se eu não conseguir fazer uma descoberta fenomenal, vou criar um termo". Quando apareceu esse negócio que comecei a pesquisar, eu disse: "é Paleoparasitologia" [Luiz Fernando lançou o termo em 1979, durante o Congresso Brasileiro de Parasitologia]. Antes disso, nos textos mais antigos, havia muita especulação e muito racismo: tudo vinha da África. Existe até um livro que confirma isso, *Doenças africanas no Brasil*, do baiano Octavio de Freitas (1935). Com a Paleoparasitologia nós podemos comprovar que as parasitoses intestinais já estavam aqui antes da chegada dos africanos.



- E os coprólitos, Adatao?
- estamos examinando, Luiz Fernando!

Arlindo Gómez [superintendente do Canal Saúde] nos contou 'causos' do senhor envolvendo o transporte dos coprólitos. É verdade que o senhor já viajou com múmias na bagagem?

Luiz Fernando — No começo, a gente não tinha financiamento, era tudo por nossa conta, principalmente porque as técnicas eram muito baratas. O trabalho era dissolver o coprólito em fosfato trissódico (que é barato), e depois analisar no microscópio. Eu gostava de provocar e dizia: "Não preciso de financiamento de CNPQ" (risos). Depois isso se complicou, com as técnicas de biologia molecular, e passamos a precisar. Soubemos que em Itacambira (Minas Gerais) havia múmias à beça. Compramos passagem de ônibus para Belo Horizonte e, de lá, fomos de jipe a Itacambira, pegamos as múmias e voltamos. Vinham as cabeças numa saca, os corpos, nos cobertores. Era feriado, a rodoviária cheia de gente. Houve um momento em que dormi, as cabeças rolaram e Adauto teve que pegá-las. Ainda tivemos que discutir com o chofer do ônibus para que as múmias viessem ao lado da gente.

E sobre uma confusão na alfândega, também por conta dos coprólitos?

Luiz Fernando — Eu vinha dos Estados Unidos. O Enrique Gerszten [*paleopatologista, professor da Universidade da Virgínia*] havia me dado coprólitos pulverizados. Quando cheguei aqui, no aeroporto, sortearam-me para ter a bagagem examinada. A moça me olhou e perguntou: "O que é isso?" Eu respondi: "São coprólitos". Ela ficou irritada. Não resisti e fiz uma gozação: "Isso é cocô de múmia, minha senhora". Ela ficou uma fera [risos]w. Nesse momento, por sorte, ia passando o Rubens Mello [*Rubens Pinto de Mello, pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz*], que reconheceu minha voz, chegou lá, acalmou as coisas e eu trouxe meus coprólitos.

Em 2012, o senhor foi agraciado com o primeiro lugar na categoria Ciências Naturais do Prêmio Jabuti, pelo livro Fundamentos da Paleoparasitologia. Fale um pouco sobre o livro.

Luiz Fernando — O livro foi escrito por mim, pelo Adauto e pelo Karl Reinhart [*Radis 124*]; depois de termos acumulado uma série de publicações, era preciso fazer uma síntese.

Adauto — Em 1988, o Rivaldo Venâncio [*infectologista, atual diretor da Fiocruz no Mato Grosso do Sul*] convidou nós três — o Karl Jan Reinhard estava aqui, por acaso — para um curso no programa de Medicina Tropical da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Um dia, voltando ao hotel, o Luiz Fernando falou que estava na hora de fazer um livro. Ele já tinha o esqueleto, com os nomes dos capítulos e quem seria convidado... Nosso objetivo é que a tradução para o inglês esteja pronta em agosto, quando se realizará o 8º Congresso Internacional de Estudos sobre Múmias, aqui no Museu Nacional (RJ).

O evento terá relação com saúde?

Adauto — Envolve tudo, principalmente as doenças diagnosticadas no povo pré-histórico... Um dos capítulos do livro *Origem e evolução das doenças infecciosas*, de Aidan Cockburn [*pesquisador escocês, fundador da Paleopathology Association*] foi ponto de partida para se abordar a vacinação de crianças com sarampo. Ele lança a teoria de um número mínimo de pessoas que podem manter a infecção, e com isso se calcula o número necessário de pessoas que devem ser vacinadas.

Interessantes essas pontes entre pesquisa que parecem muito distantes com a política de atenção à saúde...

Luiz Fernando — Às vezes é sem intenção. Meu pai contava que o Einthoven [*o alemão Willem Einthoven (1860/1927)*],

"Você pode compreender a filogenia dos parasitas para melhor combater as doenças; pode também estudar migrações, hábitos alimentares... É um mundo de possibilidades"





Luiz Fernando e Adauto, na sala de reuniões da Radis, falam sobre paleoparasitologia e resgatam boa parte da história da Saúde Pública

“Nos textos antigos, tudo vinha da África. Com a Paleoparasitologia, podemos comprovar que as parasitoses intestinais já estavam aqui antes da chegada dos africanos”

Nobel de Medicina em 1924, considerado inventor do eletrocardiograma, por ter sido o primeiro a gravar os impulsos elétricos do coração, o homem que estudou a despolarização do coração e o registro elétrico, quando já estava muito velho, foi se consultar com o professor Wilson [Frank Norman Wilson (1890/1954), médico americano], que foi quem aplicou o que ele inventou, na clínica. Quando ele estava se consultando, chegou um residente, abriu um eletrocardiograma e disse: “professor, este doente aqui tem um infarto pósterio-lateral”. Quando o rapaz foi embora, Einthoven perguntou: “Wilson, como é que vocês conseguem ver tudo isso nesse traçado?” Ele não tinha esse objetivo, só tinha feito o estudo básico de fisiologia do eletrocardiograma. É comum acontecer. Quando Tiselius [Arne Wilhelm Kaurin Tiselius, químico sueco vencedor do prêmio Nobel de Química, em 1948] estudou o deslocamento de proteína

em campo elétrico, também não tinha vontade de resolver o problema das anemias.

Como manter espaço para a pesquisa de base?

Luiz Fernando — Foi Oswaldo Cruz que propiciou a pesquisa básica. Tem um trabalho do Aragão [Henrique de Beaurepaire Rohan Aragão (1879/1956) um dos primeiros pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz (IOC)], de 1907, sobre o *Ciclo evolutivo do haemoproteus columbae*, um parasita de pombo. Esse parasita não dá doença humana, no entanto, o trabalho abriu caminho para se conhecer o ciclo exoeritocitocitário dos plasmódios e, com isso, entender a malária. Aragão não estava preocupado com malária.

O senhor é conhecido pelos grandes amigos que fez ao longo de sua trajetória. Qual a importância dos parceiros no exercício da pesquisa?

Luiz Fernando — Isso é bom demais! Quando eu era garoto, tinha um contraparente, doutor Eduardo Marques, que havia defendido tese em Manguinhos. Ele me trazia muito aqui e isso me influenciou. Quando entrei na faculdade, já sabia que não queria trabalhar em consultório; queria mesmo ficar mexendo no laboratório.

Arlindo também nos contou um episódio em que o senhor teria falado mal da gestão dele na Ensp e incentivado a representante dos alunos a reivindicar mais...

Luiz Fernando — O Arlindo era (e é) tão amigo, que eu posso até falar mal dele, que não tem importância (risos). Ele era diretor, eu vice, a moça era representante dos alunos. Eu queria seduzi-la! Então eu falei: “Esse diretor é uma porcaria, não sabe fazer as coisas”. Eu tinha intimidade para falar mal dele. O objetivo valia a pena. Depois me casei com ela (risos). O Arlindo entrou na sala no meio da conversa e eu continuei a falar. Foi a maior prova de amizade que ele me deu...

Como foi dirigir a Ensp?

Luiz Fernando — Eu fui diretor da escola e presidente da Fundação, mas nunca me candidatei. Sempre foi no meio de crises. Dirigi a escola [entre 1978/79] depois que Oswaldo Costa [diretor entre 1973 e 1978] teve um acidente cerebral e Joir [Joir Gonçalves da Fonte] teve um infarto [também em 1978]. Vinícius da Fonseca, que era o presidente da Fundação, me chamou e disse que eu seria o diretor. Quando comecei a dar aulas, não havia o compromisso de ser professor da escola, éramos convidados. E os cursos eram separados. Havia um para médicos, outro para farmacêuticos, outro para enfermeiros, outro para engenheiros. Foi o Blois [Edmar Terra Blois, diretor da então Fundação Ensino Especializado em Saúde Pública (Fensp)], o terceiro diretor, que juntou os cursos em um só e fez a Escola Nacional de Saúde Pública, com quadro de professores.

Fale um pouco do período em que foi vice-presidente da Fiocruz, com Sergio Arouca na presidência.

Luiz Fernando — O Arouca tinha uma sabedoria notável. Ele nunca pedia o que não era natural você fazer. Éramos os vices eu, Arlindo e [Carlos] Morel. Fiquei com a parte de ensino. Foi um período muito agradável, porque Arouca era muito fácil de conviver.

Uma das marcas dessa época era a possibilidade de sonhar, tomar decisões e implementá-las. Conte sobre a criação da Escola Politécnica Joaquim Venâncio.

Luiz Fernando — Tinha, sim, essa coisa afetiva. Sentávamos no bar Garota de Bonsucesso, tomávamos chope e o Arlindo rabiscava uma porção de coisas no guardanapo de papel. Uma vez, uma moça veio me perguntar: “Quando vocês fizeram a Escola Politécnica, que escola pedagógica seguiram? Foi Piaget?”. Não pensamos em nada disso! Quando eu era garoto, era trazido pra cá e gostava. Então, resolvemos fazer igual.

É verdade que a Escola Politécnica é a menina dos seus olhos?

Luiz Fernando — É... [risos]

André Malhão [pesquisador e ex-diretor da Escola Politécnica de Saúde Jpoaquim Venâncio (EPSJV)] nos pediu que o senhor falasse sobre a relação que havia entre Joaquim Venâncio e Adolfo Lutz.

Luiz Fernando — Joaquim Venâncio era semianalfabeto e veio trabalhar na limpeza do laboratório do Lutz. O Lutz viu que ele era muito inteligente e pediu para sua filha Berta ensiná-lo. Joaquim Venâncio era brilhante! Quando morreu, a Academia de Ciências publicou nota sobre ele. Tem muitas histórias envolvendo esses dois. O Chico Trombone [o auxiliar de laboratório Francisco Gomes, do IOC, discípulo de Carlos Chagas] contava que quem descobriu a Reação de Galli Mainini, que se usava para dar diagnóstico de gravidez, foi o Joaquim Venâncio. Injetava-se a urina da mulher no sapo e, se aparecesse espermatozoide, isso indicava que a mulher estava grávida. Segundo o Chico, foi o Joaquim Venâncio que descobriu a reação e comentou com o Mainini. Outra história: quando o rei Alberto I, da Bélgica, veio ao Brasil, em 1922, eles foram a um piquenique na Floresta da Tijuca. Chegando lá, o doutor Lutz disse: “Ou eu sento na mesa da Rainha com o Joaquim Venâncio, ou sentamos os dois na dos empregados”.

O senhor acompanhou a criação dos ‘Cadernos de Saúde Pública’. Como avalia a divulgação da ciência, hoje?

Luiz Fernando — Quando eu era rapazinho, não se valorizava a divulgação científica. Havia um sujeito, o Ary Maurell Lobo, que fazia uma revista chamada *Ciência popular* (1948/1966); havia o *Tesouro da Juventude*, o Júlio Verne [escritor francês (1828/1905) de ficção científica]. Hoje existe uma preocupação maior em divulgar a ciência.

O senhor organizou, com Pedro Teixeira, a e

Antenor Amâncio Filho, os livros ‘Prosas de Manguinhos’ e ‘Poetas de Manguinhos’, com várias edições. Qual o lugar da arte na ciência?

Luiz Fernando — Arte e ciência, juntas, fazem sentido. Eu aprendi isso com meu pai. Ele era poeta, além de médico e professor da Faculdade de Medicina. Tudo isso fez parte de minha formação. O César Pinto escreveu um livro, *Divina Música*; o Gualter Lutz, filho do Adolfo, era professor catedrático de Medicina Legal, mas conhecia muito sobre violino.

Que momento considera o mais importante em sua trajetória profissional?

Luiz Fernando — O da Paleoparasitologia.

E na história institucional?

Luiz Fernando — Fui chefe de departamento na época do Blois. [Luiz Fernando foi o criador do Departamento de Ciências Biológicas, em 1966]. Era uma época em que um chefe de departamento tinha muito poder. Levei pra lá [os pesquisadores] Hermann Shatzmayer, Jarbas Barbosa, Akira Homma, Sérgio Coutinho.


Adauto — Não havia pós-graduação na Fundação Oswaldo Cruz. O primeiro curso de mestrado foi criado por Luiz Fernando e pelo Hermann Shatzmayer. Além disso, houve o projeto Índio Cor de Rosa [referência ao livro de Orígenes Lessa, que fala sobre Noel Nutels], que ele criou e foi o início dos estudos de saúde de populações indígenas, na Ilha do Bananal (TO).

Poderia fazer uma balanço sobre a Paleoparasitologia? O que foi efetivamente conquistado e o que falta fazer?

Luiz Fernando — Falta muita coisa. Nós queremos estudar os bichos em âmbar, para podermos saber sobre a evolução das doenças. Falta ainda estudar os dinossauros [As pesquisas agora se concentram em excrementos de dinossauros, com mais de 200 milhões de anos, o que permitirá determinar a linhagem filogenética dos parasitas nos hospedeiros extintos]. Outras relações surgirão à medida que a gente for trabalhando.

Adauto — Nós estabelecemos uma rede de pesquisas que se corresponde com facilidade. Gente que já esteve aqui, como Françoise Bouchet, da França, Katharina Dittmar, da Alemanha, Karl Reinhart, dos Estados Unidos, Felipe Guhl, da Colômbia, Martin Fugassa e Ricardo Guichón, da Argentina, Martha Riaza, da Espanha, Aidan Cockburn, da Escócia.

Como é sua rotina na Fiocruz, hoje?

Luiz Fernando — Estou aposentado há sete anos e continuo vindo aí e dando palpite. Hoje, eu não ganho nada, não tenho contrato e nem quero. Eu gosto deste troço, não quero aprender a parar, não quero aprender a dançar, essas coisas de velho [risos]. Há lugares que mandam o sujeito ir embora. Eu quero que me deixem ficar aqui. 

“Eu gosto deste troço, não quero aprender a parar, não quero aprender a dançar, essas coisas de velho. Quero que me deixem ficar aqui”

Outras medicinas no SUS

Práticas integrativas e complementares, ou 'alternativas' como se costuma chamar, contam com política específica do Ministério da Saúde e ampliam as possibilidades de cuidado

Elisa Batalha

Jaime Pedro Belo, de 42 anos, morador de Niterói, Rio de Janeiro, sofreu um acidente de moto em 2010, passou por cirurgia no fêmur e teve sequelas. Precisou fazer fisioterapia, mas sofria com dores intensas. Foi encaminhado para a Policlínica de Especialidades Dr. Sylvio Picanço, em Niterói, ligada a Fundação Municipal de Saúde, e vem passando por sessões de eletroacupuntura uma vez por semana. Jaime ainda não tinha ouvido falar do tratamento com agulhas, e confessa que estranhou a indicação do ortopedista. "Já tinha tomado muitas injeções", conta. "Sinto que funcionou", relatou ele, após a quinta sessão.

"Não dói nada", garante Marilene José Santana, que também faz eletroacupuntura na Policlínica. Ela teve fibromialgia diagnosticada em 2008, fez tratamento com psiquiatra, ortopedista, reumatologista e psicólogo, mas não conseguia mais trabalhar por causa da doença. "Tomava remédios muito pesados", diz. Foi também o ortopedista que a encaminhou para a acupuntura. "Não sabia que podia fazer pelo SUS. Antes tinha dor 24 horas. Vejo o tratamento como um milagre", conta. Após sete sessões de eletroacupuntura, suspendeu todos os remédios, exceto um relaxante muscular leve.

"A acupuntura funciona modulando o sistema nervoso", explica o médico responsável pelo tratamento de Jaime e Marilene, Márcio Dias, que atua também na formação de profissionais no curso de especialização em Acupuntura do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF). Sua prática é a acupuntura neurofuncional, baseada no conhecimento anatômico e na

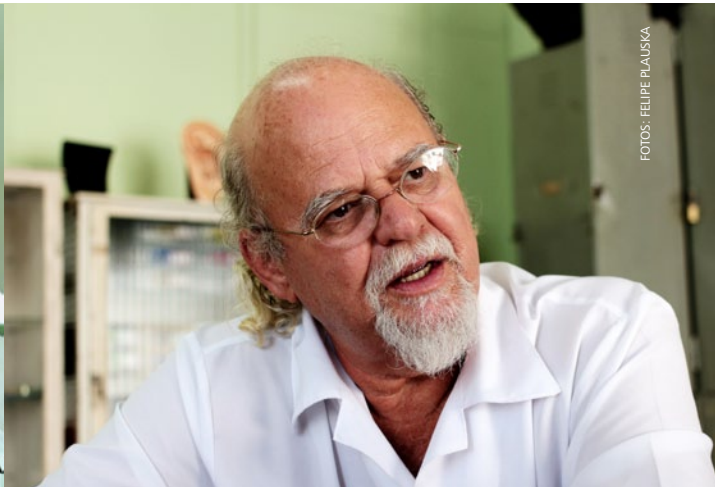
Neurofisiologia, que substitui com vantagens, afirma, a aplicação dessa abordagem sob o paradigma da Medicina Tradicional Chinesa, prática de 2,5 mil anos. "Assim como o método milenar, a prática contemporânea não deixa de ver o indivíduo como um todo, seja para tratar dores osteomusculoarticulares agudas ou crônicas ou distúrbios funcionais, que afetam os sistemas digestivo, circulatório, urinário", observa Márcio, contabilizando cerca de 350 atendimentos por mês no setor do SUS no qual trabalha.

Assim como a acupuntura, a homeopatia, o tratamento com plantas medicinais (fitoterapia) e diversos outros recursos não alopáticos são tradicionalmente utilizados no país. Ao longo de toda a vida, dificilmente algum de nós, brasileiros, não ouviu falar, ou mesmo recorreu a pelo menos a um desses tratamentos denominados genericamente como alternativos — termo que não faz jus ao potencial dessas práticas que podem ser utilizadas como primeira opção de tratamento e não em último caso, como apontam os profissionais e estudiosos da área.

PRECONCEITO E DESCONHECIMENTO

Para o Ministério da Saúde, são chamadas de práticas integrativas e complementares e dispõem de política específica no Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída em 2006 pelas portarias ministeriais nº 971 e nº 1.600 e que busca atender "a necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados", como diz o texto, mas ainda não estão amplamente difundidas e têm abrangência

Jaime (à esquerda) relata benefícios das sessões de eletroacupuntura para sequelas de acidente; o médico Márcio Dias destaca bons resultados para dores osteomusculoarticulares



limitada. Segundo o médico sanitário Felipe Cavalcanti, coordenador da Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde, o número de serviços de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) vem sendo ampliado a cada ano por parte do ministério, e hoje, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde (CNESS), existem quase 3,5 mil estabelecimentos que oferecem pelo menos uma das práticas. Esses estabelecimentos estão distribuídos em 10% dos municípios do Brasil, sendo que alcançam 90% das capitais brasileiras.

Felipe reconhece entraves à expansão do acesso e insuficiência de uma linha de financiamento para as PICs. “Há necessidade de superar o preconceito e desconhecimento sobre as práticas. A formação de profissionais de saúde está centrada na racionalidade biomédica e estimula preconceito contra outras racionalidades”, considera.

“É preciso dar à população o direito de saber que não existe uma só medicina”, afirma a médica e ambientalista Maria Luiza Branco, participante fundadora da Associação Terrapia, projeto vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), voltado à promoção da saúde por meio da alimentação viva, baseada na mudança de hábitos alimentares e calçada em vegetais e grãos germinados não cozidos. O fundamento dessa prática é, segundo ela, uma medicina ecológica, “que propõe como terapia o reequilíbrio do corpo visto como um ecossistema vivo”.

ABERRAÇÃO

Grande parte do orçamento em saúde, aponta Maria Luiza, é gasta com a compra de medicamentos, mas a medicina farmacológica não é a única. “São muitas medicações. Não é preciso ser excluyente. Em cada momento da vida o cidadão deve poder escolher”, analisa Maria Luiza, médica psiquiatra que descobriu a alimentação viva como paciente. Há 17 anos, ela perdeu a visão de um dos olhos por problema considerado irreversível, tinha outras patologias e decidiu buscar outras formas de cuidado. Seis anos depois, conta, recuperou totalmente a visão. “As medicações tradicionais não dão conta de todas as questões de saúde”, considera ela, para quem se está perdendo a visão do ser humano como um todo. “A medicina natural ou integrativa não vê o indivíduo como máquina que teria um defeito — a doença”, diz.

O médico homeopata Hylton Sarcinelli Luz (ver entrevista na página 28) é ainda mais enfático. “Vivemos uma aberração em termos democráticos”, declara. “Sistemas de cuidado com milhares de anos de serviços à vida são negligenciados em nome de um suposto domínio de um tipo de ciência. Mas, como ninguém percebe, fica tudo como está”, analisa Hylton, idealizador e coordenador da campanha Democracia na Saúde JÁ!, iniciada em 2006, e atuante no movimento que elaborou e propôs a PNPIC. Para aqueles que têm poder econômico para comprar serviços, existem escolhas de todos os tipos”, afirma.

Segundo Felipe Cavalcanti, a PNPIC foi concebida a partir das diretrizes e recomendações de várias conferências nacionais de Saúde e das

recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo um primeiro grupo de trabalho sido montado em 2002. Em fevereiro de 2006, o documento final da política foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde. O documento inclui textualmente a homeopatia, a medicina tradicional chinesa (que engloba a acupuntura), a fitoterapia, os tratamentos com águas termais e minerais e a menos conhecida medicina antroposófica (que associa os aspectos físicos aos aspectos anímicos e espirituais).

Para a médica homeopata e sanitária Gíssia Gomes Galvão, coordenadora da Especialização em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz, também participante do movimento que deu origem à PNPIC, as práticas integrativas têm muito a colaborar com a integralidade e com a qualidade de vida e estão, assim, sintonizadas com os princípios do SUS.

PRÁTICA CONTRA-HEGEMÔNICA

Atendendo regularmente há 27 anos como homeopata no Centro de Saúde Germano Sinval Filho da Ensp, Gíssia aponta problemas como dificuldade de contratação de pessoas para a área. Ela vê um desconhecimento por parte dos gestores em relação à potencialidade dessas práticas no cuidado com as pessoas. “É preciso uma retomada. O que daria uma boa sustentabilidade para a política seria o apoio da população. É uma prática contra-hegemônica”.

Menos remédio representa, para Gíssia, mais saúde. “Considero um elogio um paciente me dizer que passou a gastar menos com medicamentos



FOTO: ASCOMMMS

Felipe destaca necessidade de superar preconceito e desconhecimento das práticas integrativas e complementares

Marilene na sessão de eletroacupuntura, que descobriu poder fazer pelo SUS: fim das dores e suspensão de remédios



FOTO: FELIPE BLAUSKA



FOTOS: FELIPE PLAUSSKA

FOTO: VIRGINIA DAMASCO/ENSP/FIOCRUZ

Gíssia (à esquerda) defende apoio da população para dar sustentabilidade à política; Islândia (centro) destaca dificuldade em avaliar as MACs; Maria Luiza considera que cidadão tem direito de escolher

para asma, por exemplo, e demorar a retornar a uma consulta. É sinal de que está bem". Para ela, o acesso a esse tipo de atendimento não deveria se dar só a partir de encaminhamentos, que é o que ocorre na realidade. "Brigamos pela política com livre acesso a essas práticas, para pessoas de qualquer idade, com qualquer patologia", entende ela, para quem a homeopatia não precisa ser complementar.

O SUS, analisa Gíssia, "por mais avançado que seja, está voltado para uma racionalidade, a da medicina tradicional". Essa racionalidade relaciona-se a uma lógica de caráter quantitativo, que não se aplica às práticas integrativas. "Um homeopata não leva menos de uma hora em uma consulta de primeira vez. Então, ele atende um número menor de pacientes do que um clínico geral. Mas os resultados mostram grande resolutividade. As pessoas tendem a espaçar mais as consultas e a utilizar menos os serviços de emergência", aponta.

OUTRA AVALIAÇÃO

Em sua tese de doutorado *Medicinas Tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na atenção primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação*, defendida em maio na Ensp/Fiocruz, a enfermeira Islândia Maria de Carvalho Sousa, pesquisadora da Fiocruz Pernambuco, defende que, apesar dos avanços com a instituição da PNPIC, é difícil medir ao certo o que é realmente praticado, visto que as lógicas de avaliação foram construídas para o sistema biomédico. "Há dificuldade em avaliar o que é registrado como MAC", diz ela, referindo-se à sigla formada pelas iniciais de medicinas alternativas e complementares, da qual se utiliza em sua pesquisa. "No Brasil, as MACs foram identificadas como práticas integrativas e complementares, PICs. São usadas como sinônimos", explica.

Islândia aponta que há limites nos próprios sistemas de informação em captar o que tem sido ofertado como MAC nos contextos locais, havendo descompasso entre o que é realizado no cotidiano e o que é informado. Caracterizar o que são essas práticas, considera, é um desafio. "Podemos dizer que todas as que objetivam estimular os mecanismos

naturais de cuidado e cura e a ideia de que a doença envolve corpo/mente/espírito como uma unidade e estão fora do modelo biomédico são tidas como medicinas alternativas e complementares. Assim, para outra maneira de cuidado é necessária outra lógica de avaliação", define.

De acordo com Islândia, apesar do limitado financiamento federal, as práticas integrativas continuam a crescer no SUS, fruto do pioneirismo e força de vontade de muitos profissionais de saúde, muitas vezes com pouco apoio da gestão. A porta de entrada do usuário nesses tipos de serviço também não é padronizada, segundo a pesquisadora. "De modo geral, hoje, são arranjos locais que determinam como as medicinas alternativas entram na rede, e é bastante diversificada sua oferta e organização", explica. Islândia estudou ainda a experiência da Unidade de Cuidados Integrativos à Saúde (UCIS) Guilherme Abath, que oferece tratamentos da medicina tradicional chinesa, além de outras atividades e atua junto às equipes de saúde da família na rede municipal do Recife. "Funciona como referência para as medicinas alternativas", resume.

ARSENAL DE POSSIBILIDADES

O médico Adalberto Barreto, professor da Universidade Federal do Ceará (UFC), criador da Terapia Comunitária (*Radis 67*), concorda que é preciso universalizar, socializar e enriquecer o arsenal de possibilidades e diversificar as intervenções terapêuticas. Para ele, que é idealizador do Projeto 4 Varas, voltado a essa prática, é preciso ainda abordar o aspecto não só da cura e do tratamento, mas do acolhimento ao sofrimento humano. "Muitas práticas complementares focam a atenção no acolhimento do sofrimento, na dor da alma, permitindo que as pessoas possam digerir uma ansiedade que se não for metabolizada traz grandes riscos para a saúde. É melhor promover a saúde hoje, pelo reforço dos vínculos sociais e pela integração de saberes, do que combater a patologia amanhã nos hospitais", afirma. "O cenário brasileiro já está amadurecido. As leis já foram sancionadas, falta uma política de expansão, não para se opor aos modelos clássicos e sim para enriquecê-los, diversificá-los", completa.

SAIBA MAIS

- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php
- Linha de estudos Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde <http://racionalidadesmedicas.pro.br/>
- Portal Ecomedicina www.ecomedicina.com.br/site/conteudo/index.asp
- Associação Brasileira de Medicina Antroposófica www.abmanacional.com.br/
- Associação Brasileira de Terapia Comunitária www.abratecom.org.br/
- Campanha www.facebook.com/Homeopatia.SUS?fref=t
- Instituto de Medicina Integral www.arzt.com.br

CRISE CULTURAL

Para o médico Eduardo Almeida, doutor em Saúde Coletiva e professor do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (UFF), o SUS tem dificuldade em efetivar as PICS por trabalhar, na prática, quase exclusivamente com o modelo intervencionista da medicina lesional. “Há uma medicina que é dominante. As outras são vistas como exóticas e esotéricas”. Segundo ele, isso faz parte da insuficiência cultural no campo médico, uma vez que qualquer medicina é na essência um sistema cultural, onde não deveria haver “superioridade cultural”. Autor de *As razões da terapêutica — Racionalismo e empirismo na medicina* e *O elo perdido da medicina — O afastamento da noção de vida e natureza*, Eduardo, adepto da Medicina Funcional, considera que não tem havido suporte institucional para a PNPIC. “Assim fica como fogo de palha, e depende de iniciativas individuais”, afirma.

Ele considera a expansão das PICS essencial, uma vez que a medicina alopática vive uma profunda crise cultural. Eduardo explica que a medicina oficial nasceu no século 19, desafiada pelas doenças bacterianas agudas, com a afirmação da Teoria do Germe de Pasteur, Koch e Ehrlich. É essa noção de adoecimento que irá definir todo o alcance da doutrina médica oficial (medicina localista-lesional, monocausal, intervencionista, usuária exclusiva da química de patente).

Para o pesquisador, a realidade do adoecimento atual é marcada pelas doenças crônicas, que são doenças sistêmicas, inicialmente não-lesionais (funcionais), que afetam vários sistemas e funções do organismo. “Como uma medicina que nasce para dar conta da doença aguda pode entender o adoecimento crônico? Como uma medicina que concebe que o organismo adoecido por partes pode dar conta da doença sistêmica?”, questiona. Esses são alguns dos paradoxos do que ele classifica como “crise cultural da medicina”. “É importante que o SUS insira e se aproprie dessa mudança de paradigma trazida pela visão funcional. O sistema de saúde convencional está em crise de custos em todo o mundo. Não há caixa para assegurar o custo dessa medicina calcada na tecnologia. São abertos grandes centros tecnológicos, mas isso não resolve, porque não há intervenção no processo que leva por exemplo às degenerações”, diz.

Ele observa que a medicina oficial só atua depois

que o tecido está lesado. “Veja o caso da degeneração articular (artrose). Espera-se que a pessoa lese gravemente a articulação para se colocar a prótese. Ninguém aparece para o grande público para dizer como preservar suas articulações, pois a medicina oficial tem muito pouco a dizer sobre isso. Então assistimos as filas do INTO. Entra-se na fila da prótese, mas não se aborda a dinâmica dos desgastes que levam a degeneração da articulação”, exemplifica. Eduardo argumenta que a medicina deveria responder como se dá o processo crônico degenerativo, em termos clínicos, que produz quase 90% do adoecimento atual. “Se o médico não sabe isso, ele não está equipado para abordar a realidade do adoecimento atual. Daí defendo que devemos superar o bloqueio cognitivo da medicina lesional (oficial). Por isso, critico o discurso da complementariedade, pois se parte do princípio de que a medicina oficial é o núcleo central do conhecimento médico e os outros sistemas no máximo podem complementá-la. Isso é um equívoco”, adverte.

FORMAÇÃO INTEGRAL

O professor argumenta que é preciso superar os limites impostos pelo paradigma quimicomecanicista na medicina, que data do século 19. Em sua opinião, na medida que avança o conhecimento humano, a medicina deveria também avançar, e a incorporação tecnológica pela medicina tem ofuscado sua crise cultural e de paradigma. Eduardo Almeida criou e dirigiu por 15 anos a Unidade Docente do Posto de Saúde, voltada para a formação em medicina geral e comunitária, na localidade do Caramujo, em Niterói, Rio de Janeiro. Lá, segundo ele, 85% das pessoas recebiam tratamento com medicina não alopática. Em geral, observa, clínicos e especialistas têm formação e mentalidade hospitalar e não uma formação que contemple o atendimento integral ao ser humano. “Atendimento de saúde se dá através de recursos humanos e não de tecnologia”, critica. “Hoje, formam-se médicos especialistas, alopatas, intervencionistas, prescritores intensivos de medicamentos e de exames complementares; não se fala mais da arte médica. A quem interessa esse sistema?”, questiona.



FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Para Eduardo Almeida, é preciso superar os limites impostos pelo paradigma da doutrina médica oficial

Consulta pública

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) submeteu à consulta pública o texto da proposta que regula a fabricação e comercialização de produtos da medicina tradicional chinesa — fórmulas fitoterápicas ou compostos mistos de minerais e plantas — hoje ausentes do regulamento sanitário brasileiro. Pela proposta, os produtos não precisarão de registro na Anvisa, sendo proibida a indicação de alegação terapêutica em seus rótulos ou material de divulgação. A fabricação também

deverá seguir as normas da farmacopeia chinesa, ficando, no entanto, vedada a inclusão de matéria-prima de origem animal, hoje utilizada. Outro ponto da proposta que será submetido ao público restringe a prescrição aos profissionais habilitados. A consulta (nº 15, de 14/5) foi publicada no *Diário Oficial da União* em 15/5, e o prazo para envio de formulários com críticas e sugestões vai até 22/8. O regulamento para participar e o formulário estão disponíveis em <http://portal.anvisa.gov.br>.

'As pessoas têm o direito de escolher como cuidar da própria saúde'

O médico homeopata Hylton Sarcinelli Luz é veemente quando se trata de defender as práticas integrativas e complementares em Saúde. "A inclusão dessas práticas nos sistemas tem origem na Declaração de Alma-Ata de 1978, quando se estabeleceu uma nova conceituação de saúde", lembra o pesquisador, integrante do movimento que levou à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Ministério da Saúde e coordenou a Comissão Científica da Associação Médica Homeopática Brasileira. Criador e diretor do portal Ecomedicina (www.ecomedicina.com.br) ele reafirma, nesta entrevista à *Radis*, que escolher como cuidar da saúde é direito fundamental que está sendo negado aos cidadãos que dependem da assistência pública, e defende a importância de "uma multidão de leigos portadores de saberes que não existem nos livros" e que devem ter seu lugar como atores sociais da saúde. "Há lugar para eles no SUS?", pergunta levantando o debate sobre o Ato Médico (*Radis* 31, 88 e 116). "Este problema também contribui para emperrar a implementação da PNPIC".

Por que é importante que o SUS se aproprie de práticas de medicina integrativa no atendimento à população?

Em primeiro lugar, porque as pessoas têm o direito de escolher como cuidar da própria saúde. É um direito fundamental que está sendo negado aos cidadãos que dependem da assistência pública. Para aqueles que têm poder econômico para comprar serviços, existe escolha de todos os tipos. Não estou falando de práticas exóticas, de recursos fora do comum. Eu me refiro a práticas reconhecidas, regulamentadas. Em segundo lugar, a inclusão das práticas integrativas é uma proposta que tem origem na Declaração de Alma-Ata em 1978, quando se estabeleceu uma nova conceituação de saúde. Incluir a diversidade das racionalidades médicas representa ampliar os recursos de promoção da saúde. A inclusão das práticas integrativas na assistência pública de saúde representa ampliar os recursos de cuidado da saúde e da vida. É uma decisão que fortalece a democracia no país.



FOTO: FÉLIXE PLAUSSKA

Como vê a Política Nacional de Práticas Integrativas do Ministério da Saúde?

A PNPIC representa essa garantia de direito à diferença e traz consigo uma chave para abrir as portas de todos os ambientes que se opunham a essas práticas, seja por preconceito, seja por interesses pecuniários. O reconhecimento do Estado de que esses saberes são relevantes para garantir o direito à saúde, muda radicalmente o cenário, altera uma correlação de forças. São saberes que sobreviveram milhares de anos, porque são seguros e porque atenderam às necessidades de saúde e de cuidados com a vida de amplos contingentes populacionais. No entanto, estavam proscritos, eram abominados e excluídos do âmbito das academias, do acesso a investimentos para pesquisas etc. A relação estava na ordem da expulsão, e agora se propende ao acolhimento, mesmo que por necessidade, para não infringir a lei, não ofender o direito à diferença, o direito da minoria.

No caso da homeopatia, sua especialidade, o senhor observa avanços após a política? Como avalia a situação do atendimento homeopático via SUS?

Há essa ampliação da receptividade e uma maior facilidade de apresentar ideias e projetos para gestores mais sensíveis,

na medida em que a PNPIC aponta para um potencial de investimentos, para a construção de uma política de incentivo. Mas, do ponto de vista imediato, olhando para o cenário da atualidade, dos últimos sete anos, que é a idade da política, não houve ainda sinal de ampliação de acesso. Esclareço que não existe falta de interesse da população, muito pelo contrário, em todos os raros locais onde há homeopatas, há demanda e fila de espera. O que ainda está faltando é um plano de implementação, com base na indução com recursos, similar ao que é feito com a Estratégia Saúde da Família, em que o Governo Federal estabelece metas e garante recursos para que os municípios criem as unidades. Enquanto a PNPIC ficar restrita a palavras bonitas no papel, sem desenvolver um plano de implementação gradual, que tenha números em termos de metas e prazos, que seja uma proposta concreta, capaz de virar prática pública, de ser verificável e acompanhada com transparência, não haverá mudança.

Como a formação do profissional em saúde se relaciona com a PNPIC?

No regime educacional vigente na Saúde, só se ensina uma racionalidade médica, a biotecnológica, privando os alunos de informações sobre as outras maneiras de pensar e de cuidar. Sistemas com milhares de anos de serviços à vida são negligenciados em nome de uma suposição de domínio de um tipo de ciência. Vivemos uma aberração em termos democráticos, mas, como ninguém percebe, fica tudo como está. A PNPIC é uma política multiprofissional e interdisciplinar, na medida em que existe uma diversidade de saberes envolvidos e de profissões que lidam com esses conhecimentos. No caso da fitoterapia, há uma multidão de leigos portadores de saberes que não existem nos livros. Como reconhecer o lugar desses personagens que são atores sociais da saúde? Há lugar para eles no SUS? Esse debate está inserido nas questões que envolvem o Ato Médico, o que seriam as competências exclusivas do médico, que ainda não tem definição no plano legislativo e, conseqüentemente, não no plano jurídico. Este problema também contribui para emperrar a implementação da PNPIC. (E.B.)

Novo retrato indígena

Metodologia do último censo demográfico, de 2010, abre perspectivas de aproximação e compreensão do universo desses povos no país

Adriano De Lavor

Os dados censitários mais recentes das pesquisas relacionadas ao universo indígena vêm ampliando as possibilidades de análise de questões de saúde e sociodemográficas desses povos. O Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) abriu novas perspectivas para se compreenderem essas questões, bem como o processo de construção da identidade dos povos indígenas no país, como ressalta o pesquisador Ricardo Ventura Santos (Ensp/Fiocruz).

Uma reflexão sobre essa temática se deu no seminário *Os indígenas no Censo Demográfico 2010*, em fevereiro, no Museu do Índio, no Rio de Janeiro, promovido pelo grupo de trabalho (GT) Demografia dos Povos Indígenas no Brasil, da Associação Brasileira de Estudos da População (ABEP). Nesse encontro, pesquisadores, estudantes e técnicos levantaram oportunidades e desafios e atestaram a importância de se investir na interface entre a dinâmica demográfica dos povos indígenas e os conhecimentos antropológicos.

A partir das informações do Censo 2010, primeiro a analisar a categoria *pertencimento étnico e língua falada* (ver matéria na pág. 31), foi possível aprofundar a reflexão sobre fontes e metodologias de coleta de dados, ampliar a análise de séries históricas sobre indicadores de saúde e sociodemográficos para os povos indígenas, além de disseminar a discussão e os resultados dos estudos deste campo.

Ricardo Ventura destacou a importância das informações produzidas pelos censos decenais para a formação das políticas públicas e a tomada de decisões de investimentos privados ou governamentais. Ele explicou que, até os anos 1990, as informações disponíveis sobre os indígenas no país eram, sobretudo, aquelas reunidas em listas de etnias e de população sistematizadas por antropólogos a partir de seus trabalhos de campo. "Eram fontes importantes, e praticamente as únicas disponíveis, mas muitas vezes desatualizadas e com dificuldades de comparação. Hoje, estamos discutindo a questão da demografia indígena em outro padrão", afirmou.

REFLEXÃO

Entre as muitas questões que emergem a partir dos dados do censo mais recente e que demandam amplo esforço de reflexão, o pesquisador citou o aumento do número de etnias no país, a redução do número de indígenas urbanos entre

2000 e 2010, além das questões relacionadas ao saneamento em Terras Indígenas (TI) e aos padrões de mortalidade, de fecundidade e de migração dessa parcela da população.

O demógrafo Cássio Turra, do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar/UFMG), presidente da Associação Brasileira de Estudos de População (Abep), comentou que a abrangência do conteúdo e as inovações propostas pelo Censo 2010 possibilitarão uma compreensão mais global das condições de vida dos indígenas. As informações resultam de longo trabalho de aprimoramento da coleta de dados no âmbito dos censos demográficos, salientou a demógrafa Marta Azevedo, então presidenta da Fundação Nacional do Índio (Funai).

Ela lembrou a carência de dados sobre o assunto antes da inclusão da categoria indígena no Censo de 1991, "quando tínhamos um quadro de invisibilidade estatística sobre a atenção à saúde indígena" e somente algumas etnias dispunham de dados, reunidos por antropólogos. "Eram preciosidades de poucos povos", observou.

Marta considerou que o Censo de 2010 foi uma grande conquista, já que proporcionou visibilidade para povos, línguas e etnias que ainda são desconhecidos de boa parte da população brasileira. Para ela, é fundamental que a sociedade civil se aproprie das informações sistematizadas e requisite a colaboração dos líderes indígenas na análise dos dados, o que certamente garantirá uma maior compreensão da construção de identidades indígenas no Brasil.

O depoimento de Alberto Alvares, índio Guarani, deu a medida de como as informações atualizadas podem beneficiar índios e a sociedade: por um lado, diminui a falta de informação sobre os povos; de outro, assegura a defesa de conhecimentos tradicionais. Ele se referiu, especificamente, à preocupação em relação à extinção de línguas indígenas no país. "Temos que resgatá-las", conclamou.

MUDANÇAS METODOLÓGICAS

Em discussão sobre as características do indígena que emergiram no Censo 2010, o coordenador de assuntos indígenas da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), João Pacheco

Ricardo: até os anos 1990, informações disponíveis sobre indígenas no país vinham dos trabalhos de campo dos antropólogos



FOTOS: ADRIANO DE LAVOR



Cássio: inovações do Censo 2010 levam a compreensão mais global das condições de vida indígena; Marta: tínhamos quadro de invisibilidade estatística

de Oliveira, antropólogo do Museu Nacional da UFRJ, afirmou que os dados são de importância extraordinária, já que o trabalho técnico antecede a criação de políticas, cria alternativas e justifica a distribuição de recursos. Segundo ele, as informações também orientam reflexão sobre como trabalhar com dados quantitativos aliados aos processos de construção histórica, muitas vezes impostos aos povos indígenas.

Pesquisadora do IBGE, a estatística Nilza Pereira detalhou dados e avanços do Censo 2010. Ela salientou o aperfeiçoamento das malhas cartográficas — com a compatibilização de informações da Funai e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) — e o aprimoramento dos instrumentos de coleta — com a incorporação do quesito cor ou raça no questionário básico e de critérios internacionais de identificação de população indígena, além da introdução de questionário ajustado para as Terras Indígenas (TIs).

O antropólogo Artur Nobre (Funai) valorizou as mudanças metodológicas propostas pelo Censo 2010. Ele explicou que, ao se declarar indígena para o recenseador, o entrevistado era questionado sobre qual povo ou etnia pertencia — segundo uma lista organizada em conjunto por IBGE, Funai e Abep —, e se falava (ou não) a sua língua. Nas Terras Indígenas, além dessas questões, havia uma outra que buscava saber se o entrevistado considerava-se indígena, feita para aqueles que não se declaravam indígenas. Tal pergunta se mostrou importante pois levou a um aumento da ordem de 10% do contingente de pessoas que se declararam indígenas, ao mesmo tempo que, conforme sinalizou Nobre, é preciso melhor compreender em que situações e contextos regionais isso aconteceu.

Ele também lançou questões acerca dos mais de 300 nomes de etnias desconhecidos que apareceram na pesquisa, como resposta dos recenseados. Seriam grupos ainda não reconhecidos ou subdivisões de etnias já conhecidas? Estariam essas pessoas dando o nome dos lugares onde vivem aos seus grupos? Artur também considerou válido investigar qual o perfil dos entrevistados que, mesmo declarando-se indígenas e vivendo em TI, não souberam informar sua etnia. Ele mencionou que as primeiras análises sugerem que há importante concentração de pessoas nessa situação sobretudo em áreas com invasões e outros conflitos

fundiários, o que precisa ser visto com cautela.

O sociólogo Claudio Santiago Dias Júnior (UFMG) abordou o perfil religioso da população indígena no país, detectado a partir dos dados. Numa olhada preliminar, ele traçou possíveis relações entre a religião e os aspectos socioeconômicos que afetam a vida dos indivíduos e chamou atenção para o grande número de pessoas que se declararam indígenas convertidos para religiões cristãs. Cláudio destacou, no entanto, que tão importante quanto perceber o processo de conversão é compreender os impactos disso nos processos de socialização, controle social e manutenção da saúde.

As características sociodemográficas dos indígenas residentes em áreas urbanas foram objeto de análise do demógrafo Pery Teixeira (UFAM). Segundo ele, antes de aprofundar as análises demográficas propriamente, é fundamental compreender as limitações que a base de dados impõe, como pequenos contingentes indígenas em cidades onde se sabe que há marcante presença indígena. “É o caso de Manaus, onde a quantidade de indígenas evidenciada a partir do Censo 2010 está muito abaixo do esperado. Que fatores de declaração e também sócio-demográficos poderiam explicar esse padrão?” argumentou, ressaltando a necessidade de realizar pesquisas demográficas locais/regionais com vistas a melhor compreender os dados censitários de abrangência nacional.

PERDAS E GANHOS

João Pacheco ponderou que se devem levar em consideração os elementos contextuais envolvidos nas pesquisas demográficas, já que o recenseador “não é neutro” e que, portanto, não há como desconsiderar que há diferentes processos de coleta e de interpretação, com variados níveis de (im)personalidade. “Listagens e contagens diferentes são ricas porque através delas podemos chegar mais próximos da realidade”, observou.

Avaliando ganhos e perdas do Censo 2010, Nilza informou que não foi possível contar com recenseadores indígenas, e que vislumbra, para o futuro, contornar problemas identificados em relação à coleta e à comunicação dos dados. Ademais, apresentou fatores que dificultam a execução do Censo, como o tempo exíguo para a coleta de dados (três meses) e o fato de o quesito *raça/cor* precisar ser aprimorado para fins do entendimento das etnias indígenas.

Artur lembrou que a questão do pertencimento étnico indígena está longe de poder ser captado por uma pergunta sobre *cor/raça*. Inclusive, comentou ele, não é incomum que a categoria *branco* seja utilizada por indígenas com referência a todos que não são indígenas em muitas regiões do Brasil, independente das características de *cor/raça* da pessoa.

APROXIMAÇÕES

Os dados disponibilizados pelo Censo possibilitam aproximações teóricas, atestaram os pesquisadores. O geógrafo Tomas Paoliello Pacheco de Oliveira, doutorando do Programa

de Pós-Graduação em Geografia da UFRJ, relacionou os dados referentes a etnias indígenas do Nordeste. Ele sugeriu, a partir destes dados, que se a questão “você se considera indígena?” tivesse sido proposta a todos os recenseados, a população indígena seria maior, já que há uma tendência regional de dissociação entre raça/cor e condição indígena. “É possível que a população seja subestimada”, avaliou.

Migração indígena, padrões de fecundidade e indicadores de mortalidade também são temas que podem ser analisados à luz dos dados censitários, como indicaram, respectivamente, a socióloga Bárbara Estanislau, mestranda em Demografia na Unicamp, Juliana Vasconcelos, doutoranda em Demografia no Cedeplar da UFMG, e Gabriel Mendes Borges, técnico do IBGE.

POTENCIALIDADES NA SAÚDE


Marta Azevedo sugeriu que o Parque Indígena do Xingu, no Mato Grosso, pode funcionar como um microlaboratório de avaliação dos dados demográficos relacionados à saúde, já que a região é assistida, desde 1965, pelo programa de saúde da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Marta explica que já há informações sobre a região do parque e da população que vive nos municípios limítrofes, reunidas não somente pela Unifesp, mas também pelo Instituto Socioambiental (ISA) e pelo próprio Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) do Ministério da Saúde.

A antropóloga Luciane Ouriques Ferreira, pós-doutoranda de Epidemiologia em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), avaliou que os dados coletados com a população da Terra Indígena do Vale do Javari, no Amazonas, são fundamentais para delinear estratégias de prevenção envolvendo a população, que já registra casos de hepatites B e delta, além de malária e HIV/aids. Ela considerou que as informações sobre migração, por exemplo, podem ajudar no planejamento e implementação de políticas públicas. “A dinâmica dessas pessoas entre o espaço rural e o



urbano precisa ser considerada no desenho das estratégias de saúde”, alertou.

Ao avaliar as desigualdades sanitárias em área rural entre domicílios indígenas e não indígenas, a partir dos microdados do Censo 2010, a bióloga Ludimila Raupp, doutoranda de Epidemiologia em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), constatou que persistem as piores condições de saneamento nas residências indígenas, em todas as categorias avaliadas. Ela sinalizou que, mesmo que se perceba um incremento positivo na última década, persiste a necessidade de se conhecerem melhor as especificidades da população indígena.

O tema dos dados censitários relativos à população indígena possibilita, ainda, outras reflexões, também apresentadas no seminário. Entre elas, as relacionadas a metodologias e instrumentos de captação do censo, que podem influenciar a produção de dados. A discussão de questões como critérios para caracterização dos domicílios indígenas, possível interferência das diferenças linguísticas na comunicação entre recenseadores e entrevistados, bem como a compreensão que esses recenseadores têm sobre temas específicos, como religião, trabalho e incapacidades, pode aprimorar os instrumentos de coleta. 

Nilza: avanços com a incorporação do quesito ‘cor’ ou ‘raça’ no questionário básico; Pacheco: é preciso levar em conta elementos contextuais

‘Pertencimento étnico’ mais claro

O Censo de 2010 trouxe mudanças na coleta de dados — em relação aos recenseamentos anteriores — e aprimorou a qualidade das informações sobre a população indígena no país, “investigando o pertencimento étnico e introduzindo critérios de identificação internacionalmente reconhecidos, como a língua falada no domicílio e a localização geográfica”, de acordo com o site do IBGE.

Os dados obtidos a partir do quesito cor e raça no Censo 2010 são oriundos do universo da pesquisa, ou seja, resultam da investigação feita pelos recenseadores em todos os domicílios do país. Nas pesquisas anteriores, a pergunta somente fora feita para uma amostra da população pesquisada — 20% dos domicílios, nos municípios com menos de 15 mil habitantes, e 10%, naqueles com 15 mil habitantes ou mais.

Além disso, essa edição do Censo introduziu critérios adicionais, incluindo, além do pertencimento étnico, a língua falada no domicílio e a localização geográfica. Outra mudança diz respeito às informações colhidas nas Terras Indígenas (TIs). Para os residentes dessas áreas que se declararam de outra cor ou raça, previu-se uma segunda pergunta: o recenseador perguntava se o entrevistado se considerava indígena.

Os números indicaram, ao todo, 896,9 mil indígenas, 36,2% vivendo em área urbana e 63,8%, na área rural. Esse total inclui os 817,9 mil indígenas autodeclarados no quesito cor ou raça, e também as 78,9 mil pessoas que residiam em Terras Indígenas e que, mesmo se declarando de outra cor ou raça (principalmente pardos), disseram considerar-se indígenas, de acordo com aspectos como tradições, costumes, cultura e antepassados, informou o IBGE.

Crack, comunicação e saúde

Debate aborda os rumos das políticas públicas em relação à droga e aponta mídia comercial como disseminadora de estereótipos e visões distorcidas

Elisa Batalha

Para onde vai a política pública relacionada ao crack no país? Por que se fala em *epidemia de crack*? Que relação têm os redutos que passaram a ser chamados de *cracolândias* com a degradação do espaço urbano? Que papel a mídia tem ocupado na construção da opinião pública a respeito do usuário da droga? Essas questões movimentaram os debates da mesa redonda *A informação, a comunicação e a agenda da saúde: o caso do crack*, realizada em 8 de abril e que marcou a abertura do ano letivo do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz).

“Recortes simplistas da questão estão descartados”, resumiu a pesquisadora do Icict Claudia Travassos, que mediou o debate. “Não há um usuário exclusivo de crack”, observou o pesquisador Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos, do Laboratório de Informações em Saúde (Lis/Icict/Fiocruz), ressaltando que participa de trabalho de campo nas cenas de uso da droga. Para o pesquisador, isolar o crack como alvo principal de combate é um equívoco do ponto de vista de política pública. O uso do crack, segundo ele, inclusive por suas propriedades farmacológicas de estimulante potente e de absorção rápida, está geralmente associado ao de outras substâncias, como álcool, maconha e ansiolíticos.

“O crack só reencena outras situações”, considerou Francisco Inácio. “Na mídia, o tema está ancorado na ideia de loucura e de violência. O usuário é aproximado ao louco. Para além da questão de saúde, a droga é encarada principalmente como um problema de polícia”, disse. “Não se deve cair na lógica ideologizante, moralizante, do usuário como criminoso, doente ou pecador”, ponderou.

A situação atual e os rumos da política em relação ao tema são, para Francisco Inácio, nebulosos. “Há uma inflexão em uma direção que não está clara. Em 30 anos de carreira, observo hoje que os rumos são incertos, o conflito acontece dentro do próprio governo e também na opinião pública”.

CAMINHOS NÃO PREVISTOS

Francisco Inácio ressaltou ainda que o uso de drogas era tido como

falha moral até o século 19. “Hoje temos uma vertente jurídica e a vertente de saúde”, analisou. Para ele, a proibição não reduz o abuso e traz mais problemas de violência. “Toda regulação de mercado, seja de armas, drogas, seja lá do que for, não abrange a inventividade do ser humano, em relação a caminhos não previstos”, disse, lembrando o caso da Lei Seca, que proibiu o consumo de álcool no Estados Unidos, tendo como consequência a criação de um mercado negro controlado por criminosos.

Para o pesquisador, a abordagem pelo campo da saúde do abuso de drogas deve ser como a de uma doença crônica. “Se todas as outras doenças crônicas fossem tratadas da maneira como o abuso de drogas é abordado, cada aumento de glicemia seria criminalizado e considerado uma recaída. Não se fala em desperdício de bilhões de dólares em tratamento de hipertensos. Hoje, a tendência é culpabilizar até os doentes crônicos”, apontou Francisco. Ele abordou também a dificuldade metodológica de dimensionar a população usuária, uma vez que as mesmas pessoas circulam em diversas cenas, podendo, assim, ser contadas em diferentes lugares. A repressão policial pontual nos locais de uso não seria de grande utilidade. “As *cracolândias* se redefinem, reconfiguram e fragmentam”, constatou.

Ainda segundo Francisco Inácio, para entender o cenário do crack é preciso observar como se deu historicamente o fenômeno em outros lugares e momentos. Ele citou o exemplo dos Estados Unidos, onde, na década de 1980, o uso da droga estava associado a comunidades negras e hispânicas do interior. Os estudos mostraram que os *crack babies* (bebês nascidos de mulheres usuárias) poderiam sim apresentar síndrome de abstinência, mas a falta de pré-natal, o abuso de álcool por parte das mães e a desnutrição também tiveram o mesmo nível de impacto sobre a saúde das crianças. “Não dá para desconectar o problema do crack da política de saúde materno-infantil”, concluiu.

SISTEMAS PÚBLICOS FALHOS

Para Marcelo Rasga, pesquisador do Departamento de Ciências da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), todos os sistemas públicos que lidam com o crack estariam falhando: o sistema de ensino, o socio-educativo, o de saúde e o de proteção social. “Considero que o caminho é aprimorar e tornar realmente eficazes esses sistemas”.

O pesquisador, cujo trabalho tem como foco a democracia, a participação social e as condições

Francisco Inácio (alto): mídia ancora temática do crack na ideia de loucura e violência e vê questão como caso de polícia; Marcelo: todos os sistemas públicos que lidam com o crack estão falhando



FOTOS: ASCOM/ICICT/FIOCRUZ

de vida do segmento infanto-juvenil, observou que o tráfico de drogas exerceu grande influência sobre esse público, desde a década de 1990, em todo o Brasil. “É um mercado que se aproveita do jovem, ora como mercadoria, ora como mão de obra”, considerou Marcelo. “O crack é mais uma das mercadorias que este mercado ilícito vende, assim como as drogas sintéticas, que são utilizadas pelas classes mais ricas e não geram tanta repercussão negativa”, observou ele, que vê problema nas mediações atuais. “A mídia tem interesses que muitas vezes não se coadunam com os da pesquisa. Não podemos prescindir da comunicação direta e vigorosa com a sociedade”, defendeu.

Sobre a mídia comercial e a cobertura do tema das drogas, o diretor do Ictict, Umberto Trigueiros, ressaltou que, mesmo sabendo da correlação desfavorável de forças, os que trabalham pela comunicação independente e desvinculada de interesses econômicos não devem abrir mão de disputar esse espaço. “A mídia também é espaço de conflito”, considerou.

OBSERVADOR DA REALIDADE

Integrante da mídia comercial criticada pelos demais palestrantes, o jornalista da TV Globo Caco Barcellos procurou contar um pouco do que viu durante as coberturas de temas voltados a injustiça social e violência. “Trabalho desde 1975 como repórter. A postura do repórter não produz verdade, nem sequer explica. A postura é de observador da realidade”, analisou. Caco foi contundente em sua crítica à mídia. “A cobertura da violência urbana vai até onde chega a cidadania, até o pé do morro. Vivemos em um país maluco, onde de um lado temos iniciativas maravilhosas, e, de outro, a polícia que mata quem tem um baseado no bolso. Hoje a imprensa apoia a ação de extermínio, ou, pelo menos, temos que declarar nosso fracasso por admitir a existência dessa natureza violenta por parte do Estado”.

Para Caco, a ideia de epidemia também é distorcida. Ele observou que as notícias sobre crack só passaram a tomar conta da mídia, quando começaram a ser atingidas as “pessoas do asfalto”. A mídia, considerou, parece mais atenta às questões que tocam os mais privilegiados. “Enquanto foi a droga dos mais pobres, o crack estava lá no esquecimento”.

Caco contou que, no trabalho de campo que resultou no livro *Abusado* (Record), observou a terceira e até a quarta geração de traficantes da facção Comando Vermelho, e conviveu com cerca de 200 jovens envolvidos com o crime. Em comum, ressaltou, todos tinham nas suas histórias de vida a ausência da figura do pai e muitos também da mãe, temporariamente ou durante a semana. Para ele, a ausência da figura do pai em comunidades e entre traficantes é recorrente e traria uma pista para se compreender o problema da criminalidade. “Trago propositalmente duas frases de efeito para a discussão. Uma é que o problema do crack é a cachaça. A outra é que o problema do crack é a falta de pai. O pai na maioria dos casos morreu ou abandonou a família por causa da cachaça, ou foi assassinado pelo próprio Estado”, observou.

“Acredito que esses jovens sem pai ficam vulneráveis ao uso de drogas”, considerou ele, apontando uma “neurose coletiva nacional” quanto às drogas ilegais. “Eu defenderia o combate às bebidas com alto teor de álcool, como a cachaça”.

O papel da mídia comercial como disseminadora de estereótipos e visões distorcidas dos usuários de crack foi consenso entre os palestrantes. O pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps/Ensp/Fiocruz), Paulo Amarante, presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental, defendeu que a mídia produz conteúdos que podem interferir na capacidade de julgamento dos indivíduos; tanto a defesa da internação compulsória de usuários como a denominação de epidemia para o cenário do uso da droga, disse ele, são visões errôneas reiteradas e difundidas pela mídia. O uso da palavra epidemia tem “conotação de contágio, de contaminação virótica”, e cunho pejorativo, considerou. Para Paulo, a mídia reduziu a questão do crack a caso de polícia e fortaleceu a noção de cracolândia — “exibida como se fosse um *reality show*” —, a serviço de processos de reurbanização, especulação imobiliária e limpeza étnica. “Passa pela reestruturação urbana e do capital, pela questão das empreiteiras e pela corrupção”, observou.

Paulo alertou, ainda, para a existência de um “mercado do crack”, fomentado pela necessidade de o Ministério da Saúde dar respostas à pressão social e liberar para os municípios recursos destinados ao combate à droga. Isso, segundo Paulo, acaba por incentivar, sobretudo municípios do interior, a superestimar o problema para receber esses recursos.

Esse mercado contemplaria ainda, uma “tentativa não só de ampliação de leitos, mas de criação de instituições de saúde, que nem tão rigorosamente são comunidades terapêuticas, o que por si já é uma fraude”, considerou Paulo, alertando para o uso inadequado de um conceito caro Reforma Sanitária.

REDUÇÃO DE DANOS

Um caminho possível para o controle do abuso de drogas, apontou Paulo, é a redução de danos. “Quando o usuário busca redução de danos, essa é a primeira demonstração de que ele quer cuidar de si. É preciso estabelecer relações de parceria, de cuidado e de autocuidado com o usuário”.

Paulo reforçou ainda que a guerra às drogas aumenta a violência social. “Temos que discutir a legalização e criar espaços de uso seguro”. Para ele, é importante que entrem na discussão drogas lícitas e substâncias psicoativas em uso regular na medicina, “adotadas de maneira submissa e servil”, com base em pesquisas centradas no interesse de mercado. “Não se vê a campanha *Prozac: é possível vencer!*”, exemplificou.



Caco (alto): jovens envolvidos com o crime trazem a ausência da figura do pai em sua história; Paulo: usuário de drogas que busca redução de danos demonstra que quer cuidar de si



EVENTOS

1ª Conferência Regional sobre DSS do Nordeste (1ª CRDSS)

Água e saneamento, violência e drogas, segurança alimentar, inclusão produtiva, grandes projetos e acesso e qualidade dos serviços de saúde são os temas que vão guiar os debates da 1ª CRDSS. O evento reunirá cerca de 400 convidados da sociedade civil, comunidade acadêmica e poder público e vai repercutir os temas a partir das demandas da Região Nordeste, promovendo a interação entre os diferentes grupos e agregando experiências, estratégias e ações com vistas a modificar a realidade e as condições de vida da população nordestina. A água deverá ter papel de destaque nas discussões, ao lado de grandes projetos, como a transposição do Rio São Francisco, que promovem transformações na dinâmica dos habitantes. Os debates poderão ser acompanhados em tempo real pelo site dssbr.org/site.



Data 2 a 4 de setembro
Local Mar Hotel, Recife, PE
Informações dssbr.org/site
(81) 2101-2511
dssne@cpqam.fiocruz.br

49º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical

Com o tema *Ambiente, sociedade e doenças tropicais nas fronteiras*, o congresso representará uma oportunidade de mergulho no universo dessas enfermidades e terá como foco o intercâmbio de experiências entre pesquisadores brasileiros e dos demais países da América Latina. Realizado com o apoio de instituições de ensino superior do Mato Grosso do Sul, da Fiocruz, Instituto Butantan e Instituto Evandro Chagas, entre outras, e com a colaboração da Secretaria de Estado de Saúde, o evento buscará o fortalecimento dos vínculos entre as pesquisas básica e aplicada no âmbito das doenças tropicais. Serão realizados cursos antes, durante e depois do congresso e eventos paralelos, como o 4º Congresso Centro-Oeste sobre Doenças Emergentes, Reemergentes e Negligenciadas (DIERN), e a reunião do *Working Group on Paracoccidioidomycosis of International Society of Human and Animal Mycology*.



Data 7 a 10 de agosto
Local Centro de Convenções Arquiteto Rubens Camilo, Campo Grande, MS

Informações

www.medtrop2013.com.br
newsletter@news.eventussystem.com.br
(71) 2104-3477

LIVROS**Visibilidade**

O lugar do olhar, de Paulo Cesar da Costa Gomes (Bertrand Brasil), convida o leitor a refletir visualmente sobre lugares, recuperando o sentido da observação e fazendo uma interpretação do fenômeno da visibilidade. O livro reúne pequenos relatos sobre a evolução da geografia, a história da arte, a arquitetura, o urbanismo e a vida urbana moderna, conduzindo a uma análise de representações e a desvendar a trama que condiciona a percepção e a compreensão do que se apresenta ao olhar.

**Luta contra-hegemônica****Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos**, de

Maria Inês Bravo e Juliana Menezes (Cortez), busca contribuir com a luta contra-hegemônica em prol das propostas da Reforma Sanitária, e com o enfrentamento da lógica de valorização do capital financeiro e subordinação das políticas sociais. O livro divide-se em três partes: em Saúde e Serviço social, os textos analisam as disputas na política de saúde a partir de mecanismos como os novos modelos de gestão e a mercantilização da atenção à saúde; a segunda parte, Movimentos sociais e saúde, apresenta as contradições e desafios da organização dos trabalhadores, como a luta sindical e os partidos políticos; na última parte, os capítulos analisam a participação e o controle social na saúde. As autoras ratificam a urgência da construção de mecanismos de controle social como espaços de resistência ao processo de privatização e de defesa dos direitos sociais.

**Formação e mundo do trabalho**

O segundo fascículo do volume 11 da revista **Trabalho, Educação e Saúde** (EPSJV/Fiocruz), maio-agosto de 2013, reúne artigos que tratam de temas como as diretrizes curriculares na Saúde, metodologias de ensino, envelhecimento da população e a educação em saúde de idosos, a rede de atenção em Saúde Mental na perspectiva dos coordenadores dos serviços




de saúde e formação médica e políticas públicas de formação em saúde. A edição traz ainda o ensaio *sobre o trabalho de homens e mulheres no capitalismo, no final do século 19 e meados do século 20*, e as resenhas dos livros *Os batalhadores brasileiros: nova classe média ou nova classe trabalhadora?* e *Trabalho e dialética: Hegel, Marx e a teoria social do devir*. O conteúdo na íntegra está disponível em www.revista.epsjv.fiocruz.br

Lógicas midiáticas**Ecologia da Mídia**, de

Anelise Rublescki e Eugenia Mariano da Rocha Barichello (Editora Facos/UFSM), parte da perspectiva da mídia como ecossistema, incluindo os formatos que têm como suporte as tecnologias digitais. As autoras procuram compreender os processos de circulação das informações sob a perspectiva de uma nova ambiência e do processo de midiática da sociedade contemporânea, no qual as lógicas midiáticas parecem regular as interações sociais, superando dicotomias entre emissor/receptor, meio/mensagem, sujeito/mídia, presentes nos estudos sobre os meios de comunicação de massa.

**Olhares sobre a mídia****Narrativas Midiáticas**, (Insular), organizado por

Célia Ladeira, Luiz Gonzaga Motta e Maria Jandyra Cunha, reúne olhares de mestrandos e doutorandos olhares sobre as narrativas apresentadas pela mídia brasileira. São 15 textos, com análises de séries de TV, fotografias, documentários, textos jornalísticos e literários, além de uma abordagem crítica da narrativa. A obra está organizada em três partes: narrativas do real; fronteiras: jornalismo e literatura; e narrativas da imagem. 

**ENDEREÇOS**

Bertrand Brasil
(21) 2585-20002
www.record.com.br

Cortez
cortez@cortezeditora.com.br
www.cortezeditora.com.br

EPSJV/Fiocruz
(21) 3865-9850 e 3865-9853

Editora Facos/UFSM
(55) 3220-8491
<http://w3.ufsm.br/facos>

Editora Insular
(48) 3232-9591 / (48) 3334 2729
editora@insular.com.br



Aids: entre a ousadia e o retrocesso

Pedro Chequer, Paulo Teixeira e Alexandre Grangeiro *

Os vetos do Planalto e do Ministério da Saúde a campanhas de aids e material educativo escolar ressuscitam uma polêmica superada há décadas: a de que é possível controlar a epidemia sem quebrar tabus e enfrentar preconceitos. A experiência mundial mostra que, quando as ações não tiveram por base os direitos humanos, a evidência científica, a garantia do acesso universal à saúde e a priorização de grupos sociais mais atingidos, a epidemia cresceu, mais pessoas morreram e os custos com a saúde aumentaram.


É um engano achar que a epidemia de aids é causada somente por um vírus e bastam informações para que todos adotem medidas de prevenção. A epidemia é bem mais complexa. Já na década de 1980, a Organização Mundial da Saúde alertava que o preconceito, a discriminação e as desigualdades sociais eram as principais causas do alastramento da doença no mundo. São eles que impedem mulheres de negociar o uso de preservativo, os homossexuais de exercer sua sexualidade de forma segura e as prostitutas de enfrentar as situações de violência que as expõem com maior intensidade ao HIV.

Foi com base nesse entendimento, na capacidade de estabelecer diálogos francos com a sociedade e na adoção incondicionada do princípio constitucional da laicidade que a política de aids avançou nesses 30 anos. E não foram poucas as conquistas. Há mais de 20 anos, as primeiras campanhas sobre o preservativo foram assistidas pelas famílias brasileiras no horário nobre, as primeiras seringas foram distribuídas aos usuários de drogas e as primeiras aulas sobre sexualidade e aids foram ministradas em escolas. E por que não se lembrar da ousadia de enfrentar o lobby da indústria e adotar a licença compulsória de medicamentos antirretrovirais?

Agora, a posição governamental aponta para uma perigosa mudança de caminho, afastando-se da experiência bem sucedida e do conhecimento técnico. Abre-se assim a possibilidade real de um agravamento da epidemia no país. A censura à campanha para homossexuais no carnaval de 2012 deixou de abordar o segmento mais atingido pela doença no país, com taxas de infecção 11 vezes superiores à da população geral. A proibição do uso de material educativo escolar endossado pela Unesco e Unids, no início deste ano, poderá contribuir para criar uma geração inábil para lidar com a prevenção

da aids. E a recente censura à campanha dirigida a prostitutas deixa no limbo um grupo que representa entre 10% e 15% das mulheres infectadas pelo HIV no país. Mais do que isso, essa censura sinaliza para a sociedade a intolerância com o exercício da prostituição, aumentando a marginalização e as situações de violência contra esse segmento. As consequências serão negativas para toda a sociedade, incluindo os clientes e companheiras e mulheres dos clientes.

Isso ocorre em um momento em que a aids dá sinais de que volta a crescer no país, uma situação que contrasta com o cenário internacional. As Nações Unidas, em seu último relatório, chamaram a atenção para o fato de que tecnologias altamente efetivas e disponíveis podem levar ao fim da epidemia ainda nesta década.

Diante disso, o Ministério da Saúde deverá decidir de que lado estará. Um programa de aids influenciado por um lobby conservador e interesses políticos terá pouca chance de sucesso e representará uma ruptura com as experiências bem sucedidas e com a sociedade brasileira. 

* Os autores foram diretores do Programa Nacional de Aids em diferentes períodos, entre 1996 e 2006. Publicado em O Estado de S. Paulo, em 12/6/2013.

RADIS no facebook®

EM DEFESA DA SAÚDE E DA
CIDADANIA NAS REDES SOCIAIS



CURTA A PÁGINA DO PROGRAMA RADIS
www.facebook.com/RadisComunicacaoeSaude

