

Comunicação e Saúde desde 1982 · www.ensp.fiocruz.br/radis

Nº 155 | AGO 2015

RADIS



ENSP



FIOCRUZ

CÂNCER

UM RAIO X ATUALIZADO DA DOENÇA

Memórias da loucura

Cartazes, fotografias, documentos e vídeos contam e valorizam a história de luta por mudanças nas políticas de saúde mental do país no site do Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica do Brasil (<http://laps.ensp.fiocruz.br>), lançado em junho no 2º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, organizado pela Associação Brasileira de Saúde Mental, em João Pessoa.

“É uma história que não foi contada pela memória oficial”, avalia a pesquisadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Laps/Ensp/Fiocruz), Wanda Espírito Santo, que divide a coordenação do projeto com o pesquisador Paulo Amarante.

Passados mais de 30 anos da deflagração do processo de reforma, o site reúne vasto material e experiências de pessoas que ou foram ícones do movimento ou que não estiveram sob os holofotes mas têm muito a narrar. Em vídeos, estão registrados depoimentos de usuários, familiares, técnicos e acadêmicos que lembram toda a trajetória sob diversos prismas. Como conta Wanda, são depoimentos sobre como “viram e viveram o movimento”. Até agora, foram entrevistados Paulo Amarante, Pedro Gabriel Delgado, Ana Pitta, Edvaldo Nabuco, Ernesto Venturini, entre outros nomes.

Durante o lançamento do site, Ernesto Aranha Andrade, também do Laps, comentou que, a cada vez que uma história é contada, acrescentam-se ao processo de construção da memória social novas percepções advindas dessas narrativas. No acervo de cartazes sobre saúde mental, é possível notar como a luta histórica influenciou decisivamente em mudanças nas políticas, trazendo à luz a realidade terrível dos manicômios e produzindo novas possibilidades de integração social da “loucura” e do “louco”.





Combater não, vamos cuidar!

O diagnóstico de câncer deixou de ser uma sentença de morte com os avanços em prevenção, diagnóstico precoce, novos tratamentos e a possibilidade de cura em muitos casos. O aumento de casos nas últimas décadas, porém, exige atenção e atualização permanente de todos os envolvidos com a saúde coletiva.

Câncer é a segunda causa de morte no mundo, depois das doenças coronarianas. No Brasil, estima-se que haverá este ano 516 mil novos casos, principalmente de pele do tipo não melanoma, próstata, mama feminina, cólon e reto, pulmão, estômago e colo do útero. Uma hipótese para estes números é o aumento da expectativa de vida e do envelhecimento da população.

"Envelhecer não dá câncer", lembra a professora da Uerj, Gulnar Azevedo. É que há múltiplas causas para o adoecimento, além da suscetibilidade genética. Quanto mais se vive, maior é a exposição aos fatores de risco associados à vida urbana, à industrialização, à poluição atmosférica, ao sedentarismo, ao tabagismo e à obesidade. Outro determinante externo apontado pelo Inca é a utilização massiva de agrotóxicos na agricultura.

Gulnar frisa que muitos cânceres podem ser prevenidos e evitados; outros, quando detectados precocemente, podem ser tratados e curados; e, para aqueles casos de tumores mais letais, "ainda assim há muito a ser feito a fim de garantir que os pacientes tenham uma melhor qualidade de vida".

Ronaldo Corrêa, clínico do Inca, propõe abandonar as expressões da metáfora da guerra, como "vencer" o câncer, que é uma resposta biológica adaptativa natural da célula. Essencial aos profissionais de saúde, segundo ele, é capacitação adequada e uma relação de

cuidado com o paciente e seus familiares. "Não provocar danos e garantir qualidade de vida aos pacientes com câncer é um imperativo ético e precede às promessas de cura".

O fim da "guerra às drogas" como política para lidar com uma questão complexa do ponto de vista econômico, social e de saúde pública foi defendido em dois eventos recentes da Saúde. Segundo Leon Garcia, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Ministério da Justiça, 35% da população carcerária brasileira foi detida por tráfico, mas não como resultado de investigações contra grandes traficantes: 75% têm idade entre 18 e 29 anos e 80% não chegaram ao ensino médio. O delegado Orlando Zaccone critica a política repressiva porque que oculta e legitima o extermínio praticado pelo Estado brasileiro, especialmente contra negros e pobres. "Mais pessoas morrem na guerra contra essas substâncias que pelo consumo delas".

No momento em que se comemora 25 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente como instrumento civilizatório para acabar com trabalho infantil, proteger os jovens da violência e mantê-los em tempo integral na escola, o conservadorismo mira nos adolescentes. No Congresso Nacional, houve manobra regimental para votar a redução da maioria penal e cogita-se mudar a Constituição para baixar de 16 para 14 anos a idade de entrada no mercado de trabalho.

Aos leitores que nos brindam com seus comentários, críticas e sugestões de pauta, como a recomendação de voltarmos ao tema do câncer, muito obrigado!

Rogério Lannes Rocha
Editor-chefe e coordenador do Programa Radis

Expressões e Experiências

- Memórias da loucura 2

Editorial

- Combater não, vamos cuidar! 3

Cartum

- Cartum 3

Voz do leitor

- Voz do leitor 4

Súmula

- Súmula 5

Radis Adverte

- Radis Adverte 8

Toques da Redação

- Toques da Redação 9

Controle social

- A 15ª já começou 10
- Em defesa do SUS no Congresso 14
- Ameaças ao direito à Saúde 15

Capa

- Sob o signo do câncer 16
- O que há de novo na política de prevenção e controle do câncer 20
- Entrevista - Ronaldo Corrêa: "Você está preparado?" 21

Medtrop 2015

- Foco na Atenção Básica 22
- Novas e antigas ameaças 24

Drogas

- Legalize já - amanhã ou depois 26
- Entrevista - Orlando Zaccone: "O proibicionismo mata" 30

Serviço

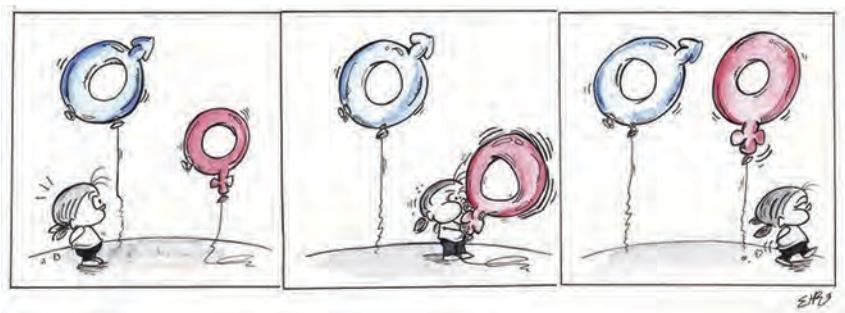
- Serviço 34

Pós-Tudo

- Os sete pecados capitais cometidos contra a infância 35

Ilustração digital capa: Carolina Niemeyer

CARTUM



RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN



Perigo para quem?

Em relação à matéria *Frente evangélica: Relações perigosas para a cidadania* (*Radis* 152) eu pergunto: perigosas para quem? A “frente” corresponde a menos de 15% dos 513 deputados. O deputado não tem como atributo representar quem o elegeu? Vivemos em democracia ou na tentativa da imposição de direitos de uma minoria?

• Thiago Pessoa, São João de Meriti, RJ

R: Thiago, o Brasil é um Estado laico, o que significa que deve garantir o respeito a todas as formas de manifestação religiosa — sem apoiar nem se opor a nenhuma religião, tratá-las com igualdade e garantir ao cidadão o direito de escolher a crença que queira seguir. A condição de igualdade entre as religiões implica em não favorecer pessoas ou grupos ligados a nenhuma religião. A matéria alerta para o perigo que representa o ataque sistemático que este grupo de parlamentares vem direcionando aos povos de terreiro, às mulheres e à população LGBT, que assim como os evangélicos, devem ter seus direitos respeitados. Como explicou a pesquisadora Christina Vital, “o problema não está em um religioso entrar na política. Os grupos devem estar representados no Parlamento, mas não podem usar a política para fortalecer suas próprias instituições, cercear direitos dos outros e impactar a agenda das políticas públicas”.

Chuva de veneno

A matéria *Chuva de veneno* (*Radis* 153) me fez lembrar o posicionamento do Inca sobre o assunto (<http://goo.gl/yXmGBp>). Acredito que se o Brasil parasse de incentivar o uso de agrotóxicos, como faz com a isenção de impostos, os custos para os tratamentos de câncer, que são caríssimos, seriam bem menores. Também li nesta edição *Mobilidade via SUS*. Tentei uma cadeira de rodas para um paciente,

mas infelizmente não consegui. Segui todos os passos citados pela revista e esbarrei na burocracia. O que ocorreu? Ele tem uma doença degenerativa e tinha que viajar 200 quilômetros para medir o tamanho da cadeira. O SUS dá mas não dá!

• Clécia Silva Rios, psicóloga, São João Del Rey, MG

R: Cara Clécia, lamentamos que sua tentativa não tenha tido sucesso! Pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida têm direito a receber cadeira de rodas motorizada distribuída pelo SUS, de acordo com a portaria nº 17/2013, de maio de 2013. Sugerimos consulta ao Relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (<http://goo.gl/bujKnk>), que detalha os requisitos e critérios para sua solicitação. Boa sorte!

Sugestões de pauta

Gostaria que vocês abordassem a Lei 11.108, que trata do acompanhante do parto. Infelizmente muitos hospitais a desrespeitam. Falo isso porque fui impedida de acompanhar uma gestante no trabalho de parto. Sou técnica de enfermagem e adoro todos os temas da revista.

• Shirley Cardeal Feitosa, técnica de enfermagem, Delmiro Gouveia, AL

R: Olá, Shirley. A matéria *Nascer é normal* (*Radis* 143) tem um trecho sobre esse tema. Mas anotamos sua sugestão para voltar a abordá-lo.

Peço que a revista discuta a saúde do professor, principalmente os docentes universitários, bem como a Síndrome de Burnout (SB), agrotóxicos e transgênicos.

• Djane da Silva Teixeira, enfermeira, Petrolina, PE

R: Olá, Djane! Está na agenda uma matéria sobre saúde do professor, aguarde em breve! Já tratamos da Síndrome Burnout nas edições 152 e 105 e estamos sempre atentos às novidades sobre agrotóxicos

(revistas 153, 152, 95, 93 e 77) e transgênicos (153, 151, 141, 137 e 36). Sugerimos uma busca detalhada em nosso site para acessar todo o conteúdo publicado. Obrigado pelas sugestões!

Sou estudante de Medicina Veterinária da UFBA e leitora assídua da revista. Gostaria de sugerir uma matéria falando sobre a importância do médico veterinário na Saúde Pública, para que as pessoas tenham conhecimento do nosso trabalho, tão necessário e tão desvalorizado. Agradecida.

• Tassiana Carvalho, universitária, Salvador, BA

R: Olá, Tassiana. Recomendamos a leitura da *Radis* 90, cuja matéria de capa trata do assunto. Anotamos sua sugestão e em breve voltaremos ao tema!

Radis agradece

Sou assinante da *Radis* e só tenho a agradecer pelas belíssimas matérias publicadas. A leitura da revista está sendo muito importante para o meu crescimento profissional e pessoal. Parabéns pelo trabalho!

• Nilson Rafael, enfermeiro, Teresina, PI

Parabéns pela belíssima matéria sobre o curso de formação de técnicos indígenas no Rio Negro! (*Radis* 153) A cobertura está excelente! Só mesmo a equipe da *Radis* para produzir um material com esse padrão.

• Carlos Coimbra, pesquisador, Rio de Janeiro, RJ

Boa noite, estou aqui para agradecer por receber todos os meses a revista. Adoro todas as notícias, o conteúdo é muito útil para meu trabalho.

• Vania Aparecida Casarin, técnica de enfermagem, Toledo, PR

R: Nilson, Carlos e Vania, a equipe *Radis* agradece os elogios! Um abraço! 

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**

Editor-chefe e coordenador do *Radis*
Rogério Lannes Rocha
Subcoordenadora **Justa Helena Franco**

Edição **Adriano De Lavor**
Reportagem **Bruno Dominguez** (subedição),
Elisa Batalha, **Liseane Morosini**, **Luiz Felipe Stevanim** e **Ana Cláudia Peres**
Arte **Carolina Niemeyer** (subedição) e **Felipe Plauska**

Documentação **Jorge Ricardo Pereira**, **Sandra Benigno** e **Sergio Eduardo de Oliveira** (fotografia)

Administração **Fábio Lucas** e **Natalia Calzavara**

Estágio Supervisionado **Lais Jannuzzi** (Reportagem) e **Juliana da Silva Machado** (Administração)

Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cadastro) Periodicidade mensal | Tiragem 84.500 exemplares | Impressão **Rotaplan**

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) • Tel. (21) 3882-9118
E-mail radis@ensp.fiocruz.br
Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

 www.ensp.fiocruz.br/radis

 /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.

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



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Manobra aprova redução em primeira votação

A manchete da *Agência Câmara* em 1º de julho era “Câmara rejeita PEC que reduz maioria penal para crimes hediondos”. No dia seguinte, o mesmo site dava nova notícia: “Câmara aprova em 1º turno redução da maioria penal em crimes hediondos”. Não se tratava de um erro da redação, mas sim o resultado de uma manobra do presidente da Casa, Eduardo Cunha (PMDB-RJ), que colocou em nova votação a medida que já havia sido derrotada no dia anterior.

Com 323 parlamentares a favor, portanto, acima dos 308 necessários para aprovar uma emenda à Constituição, a Câmara acatou o texto que reduz para 16 anos a idade penal no Brasil, em caso de crimes hediondos (estupro, sequestro, latrocínio, homicídio qualificado), homicídio doloso e lesão corporal seguida de morte. A diferença em relação ao texto rejeitado no dia anterior é que foram excluídos os crimes de tráfico e roubo qualificado. Como



FOTO: MARCELO CAMARGO/ABR

noticiou a *Carta Capital* (2/7), o PSOL chamou a medida de “golpe de Cunha”, pois o presidente da Casa teria passado por cima do regimento interno, ao não colocar em votação o projeto original (que reduz a maioria penal para todos os crimes e, portanto, teria menos chances de ser aprovado), como prevê a regra. O texto precisa ser votado novamente na Câmara e depois seguir para o Senado.

Entidades e movimentos em defesa dos direitos humanos se posicionaram contra a medida. Entre eles estão os

defensores públicos, que criticaram a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 171 e enfatizaram que reduzir a maioria penal não é solução para a violência no Brasil. A declaração foi dada pela defensora pública Elisa Costa Cruz à *Agência Brasil* (9/7) durante o 5º Congresso de Defensores Públicos da Infância e da Juventude, ocorrido em julho, no Rio de Janeiro. Como mostrou o site de notícias *Pública* (25/5), os parlamentares favoráveis à redução não apresentam alternativas que permitam incluir esses adolescentes em um sistema prisional com déficit de mais de 200 mil vagas. A reportagem alerta ainda que os jovens de 15 a 29 anos no Brasil são as principais vítimas de homicídio, que atingem especialmente negros do sexo masculino, moradores das periferias e áreas metropolitanas dos centros urbanos, como constata o *Mapa do Encarceramento*, da Secretaria Geral da Presidência da República.

Avanços e desafios nos 25 anos do ECA

Os 25 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em vigor no país desde o dia 13 de julho de 1990, foram celebrados no momento em que o Brasil discute projetos que alteram direitos — caso da proposta de redução da maioria penal, aprovada em primeira votação na Câmara Federal. No balanço dessas mais de duas décadas divulgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em 13/7, estão avanços como a queda da mortalidade infantil e na infância e o progresso em todos os indicadores na área de educação, a redução do trabalho infantil e a redução do sub-registro de nascimento.

De acordo com o relatório do Unicef (<http://goo.gl/QwY71d>), na área de educação, por exemplo, o Brasil conseguiu garantir o acesso a 93% de suas crianças e adolescentes no ensino fundamental. De 1990 a 2013, o percentual de crianças e adolescentes em idade obrigatória fora da escola caiu 64%, passando de 19,6% para 7% (Pnad). Outro indicador positivo na área da educação é a queda na taxa média de analfabetismo entre brasileiros de 10 a 18 anos de idade. Essa taxa caiu 88,8%, passando de 12,5%, em 1990, para 1,4%, em 2013. A queda foi ainda mais significativa entre os adolescentes negros, de aproximadamente 91% (Pnad).

À Agência Brasil (13/7), o coordenador do Programa Cidadania dos Adolescentes do Unicef, Mário Volpi, afirmou que, em relação à mortalidade

infantil, “o Brasil fez um grande avanço e o [ECA] salvou a vida de muitas crianças, garantindo seu desenvolvimento”. A reportagem traz ainda declaração do advogado Ariel de Castro, coordenador do Movimento Nacional de Direitos Humanos em São Paulo. Para ele, a redução da mortalidade infantil deve-se às previsões do estatuto, que tratam do direito à saúde, do atendimento à gestante, da prioridade que deve ser dada à saúde da criança, ao pré-natal e aos cuidados no pós-parto.

“Trata também da prioridade que a rede de saúde tem que dar na assistência maternoinfantil. Isso foi aprimorado pelo estatuto. A partir de programas como o Saúde da Família, do reforço da pediatria nos hospitais e unidades básicas de saúde conseguimos melhorar os índices, bem como as políticas de saneamento básico”, acrescentou Ariel. Apesar de destacar os avanços, a publicação do Unicef (realizada com o apoio da Rede Andi — Comunicação e Direitos) aponta como desafio para os próximos anos a redução da mortalidade materna. Segundo o Unicef, o Brasil ainda está longe de alcançar a meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5, que estabeleceu o número de mortes diretamente ligadas à gravidez para 35 por 100 mil nascidos vivos. No Brasil, esse indicador é de 61,5 por 100 mil nascidos vivos, conforme estimativas de 2012 (Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2011).

O Estatuto da Criança e do Adolescente foi uma das primeiras leis

no mundo a traduzir os princípios da Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada em 1989, e se tornou uma referência para outros países. Na imprensa, análise dos 25 anos do ECA foram tratados ora com entusiasmo — “Após o ECA, país reduz mortalidade infantil em 24%” (JB online, 12/7) — ora com preocupação — “Após 25 anos, Estado ainda descumprir Estatuto da Criança e Adolescente” (O Estado de São Paulo, 12/7). A reportagem do Estadão faz referência, entre outros pontos, ao descumprimento do artigo 145 do ECA, que orienta que estados e Distrito Federal criem varas especializadas em infância e juventude, mas apenas 12% das comarcas terem instalado estruturas exclusivas. A reportagem alerta ainda para o fato de que, diante da violência juvenil, o debate sobre a redução da maioria penal ou do aumento do período de internação de três para oito anos venha ganhando força. Mário Volpi, que também foi um dos redatores do ECA, critica as duas propostas. “Fez-se uma relação entre violência e adolescência que é inexistente”, disse. Não há, segundo ele, evidências que provem que o agravamento das penas reduz a violência.

Em tempo: foi aprovado em 14/07 pelo Senado, o projeto do senador José Serra (PSDB-SP) que modifica o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e aumenta o tempo de internação de menores infratores que cometem crimes hediondos e homicídio doloso. O texto segue para apreciação na Câmara dos Deputados.

Novo vírus identificado em Manaus provoca diarreia e paralisia temporária

Pesquisadores da Fiocruz da Amazônia e do Laboratório de Medicina da Universidade da Califórnia em São Francisco, nos Estados Unidos, encontraram, pela primeira vez no Brasil, um tipo de vírus que causa diarreia e paralisia temporária nos membros inferiores de crianças de até 5 anos. O vírus do gênero *Gemycircularvirus*, cuja descoberta foi publicada na revista *Virology*, também pode causar encefalite e, em casos muito extremos, levar à morte, conforme noticiou *O Globo* (22/6). A criança infectada pelo vírus — transmitido por água contaminada — fica impedida de andar por até duas semanas. A descoberta no Brasil aconteceu por acaso. Com o objetivo de analisar quais tipos de vírus e bactérias ocorrem entre crianças na capital do Amazonas, estudiosos coletaram, de 2007 a 2009, 1,5 mil amostras de fezes de crianças de 0 a 10 anos com diarreia atendidas em um hospital e uma policlínica da capital amazonense. “O pesquisador da Califórnia (Tung Gia Phan) viu nosso estudo e entrou em contato solicitando 600 amostras para analisar com relação a novos tipos de vírus. Em cinco das 600 amostras, ele



FOTO: REPRODUÇÃO

encontrou o vírus”, contou ao jornal a pesquisadora da Fiocruz Amazônia Patrícia Orlandi. “Parece pouco, mas significa dizer que o vírus está circulando e que temos de melhorar o diagnóstico para que haja tratamento adequado e o quadro não se agrave”, declarou a pesquisadora.

Não há diagnósticos realizados do vírus, uma vez que foi descoberto apenas recentemente. No entanto, médicos

já tinham observado os sintomas que ele causa, mas sem sua identificação. O próximo passo é, então, diante dos resultados, iniciar um estudo para detecção do vírus. “Com o desenvolvimento de um kit para diagnóstico, auxiliaremos na vigilância epidemiológica”, disse Patrícia. “Tentaremos descobrir, ainda, se o vírus está circulando na região Amazônica para diminuir a incidência de casos”.

Casos de caxumba preocupam Rio de Janeiro



FOTO: PETER ILICIEV / FIOCruz/IMAGENS

Um surto de caxumba atingiu o município do Rio de Janeiro, além de cidades da região metropolitana como Niterói e Nova Iguaçu. No primeiro semestre de 2015, foram confirmados 606 casos da doença na capital do Estado, três deles diagnosticados no Instituto Penal Plácido Sá Carvalho, no Complexo Penitenciário de Gericinó, em Bangu, zona oeste do Rio, como noticiou o portal de notícias Uol (13/7). De acordo com a reportagem, o número ultrapassa todos os casos de 2014, quando a doença foi contraída por 561 pessoas. A caxumba só pode ser prevenida com a aplicação da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola). O elevado aumento do número de casos

no Rio, levou especialistas a propor a inclusão de uma terceira dose da vacina para crianças e adolescentes de 10 a 19 anos, faixa etária com mais casos da doença no estado. Mas, de acordo com o Ministério da Saúde, o esquema de vacinação contra o vírus da caxumba não será alterado, informou o jornal *O Estado de São Paulo* (13/7). A recomendação é de que as crianças sejam vacinadas aos 12 meses e recebam nova dose aos 15 meses. A vacina fornecida nos postos de saúde do Rio é fabricada pela GSK, que está transferindo a tecnologia da tríplice viral para BioManguinhos, unidade da Fiocruz responsável pela fabricação de vacinas e biofármacos.

Casos de SGB na Bahia

A Bahia teve 76 casos relacionados à síndrome de Guillain-Barré (SGB), segundo informações da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) (13/7). De acordo com o boletim emitido pelo órgão, 42 deles foram confirmados (a maior parte em Salvador), 25 estavam sendo investigados, 4 foram descartados e 5 deles resultaram de outros eventos neurológicos. A síndrome causou uma morte, e o estado bloqueou 36 leitos para atendimento aos doentes. A Sesab informou que mesmos os casos já confirmados continuam sendo estudados, de acordo com registrou o G1 (13/7). A SGB é uma doença autoimune provocada por uma reação de defesa do organismo a um vírus e provoca paralisia muscular. Em alguns casos, essa reação acaba atacando o próprio organismo. A doença tem se desenvolvido em pacientes que apresentaram sintomas de dengue, chikungunya e zika. Em Salvador, apenas 26 casos tiveram história precedente dessas doenças. Ainda de acordo com o G1, 300 unidades do medicamento imunoglobulina, utilizado para o tratamento da doença, foram enviadas à Bahia pelo Ministério da Saúde para reforçar estoque devido ao aumento das notificações.

SUS passa a oferecer transplante de medula óssea para tratar anemia falciforme

Considerado o único tratamento capaz de curar a anemia falciforme, o transplante de medula óssea foi incluído no rol de procedimentos coberto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A decisão, uma demanda antiga de especialistas da área de hematologia, foi publicada no *Diário Oficial da União* (1/7). A técnica, cujo nome científico é transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico, consiste em destruir com o uso de drogas quimioterápicas a medula óssea do paciente, que produz células sanguíneas defeituosas. Em seguida, são infundidas células-tronco da medula de um doador compatível para que seja criada uma nova fábrica de células sanguíneas saudáveis.

Como noticiou o site da Agência Fapesp (3/7), apenas serão realizados pelo SUS transplantes feitos com células doadas por um irmão compatível, por serem considerados mais seguros e eficazes. O procedimento representa uma opção mais barata para a rede pública do que o tratamento das complicações da doença ao longo de toda a vida dos pacientes, segundo a hematologista Lúcia Silla, presidente da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO). Atualmente, o Centro de Terapia Celular (CTC), sediado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP), é o único do Brasil que realiza o procedimento de maneira regular. Segundo a pesquisadora Belinda Simões, já foram transplantados cerca de 600 pacientes falciformes na Europa e outros 600 nos Estados Unidos. Em ambos os casos o índice de cura é de 90%, quando o doador é um irmão compatível. A mortalidade



FOTO: DIVULGAÇÃO

está em torno de 5%. Os transplantes com doadores não aparentados ainda são considerados experimentais.

Os tratamentos até então disponíveis no Brasil visavam somente a amenizar os sintomas. O transplante de células-tronco hematopoéticas é o único método curativo, mas nem todos os portadores atendidos no SUS são elegíveis. No Brasil, dados divulgados pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal do Ministério da Saúde, apontam que nascem por ano aproximadamente 3.500 crianças portadoras de doença falciforme e 200 mil com traço falciforme (assintomático), conforme noticiou o site da SBTMO (1/7). A anemia falciforme é mais comum em afrodescendentes, sendo os estados com maior número de casos Bahia, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A doença se manifesta nos seis meses de vida do bebê, e a principal forma de diagnosticá-la é o “teste do pezinho”. Atualmente, dos 27 estados brasileiros, apenas 17 realizam este tipo de exame logo após o nascimento.

PPP da Ciência e Inovação

A Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei 2177/11, que instituiu o Código Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. O texto, a ser votado ainda pelo Senado, vai permitir que pesquisadores de instituições públicas participem em projetos de pesquisa realizados em parceria com o setor privado. Segundo informações da Agência Câmara (9/7), o código define as atividades científicas e tecnológicas como estratégicas para o desenvolvimento econômico e social e garante tratamento diferenciado à instituição que comprar bens e serviços do poder público e de fundações de apoio à execução de projetos de desenvolvimento institucional da instituição apoiada. Ainda, beneficia empresas que invistam em pesquisa e no desenvolvimento tecnológico e microempresas e empresas de pequeno porte de base tecnológica, criadas no ambiente das atividades de pesquisa. Entre outros, o projeto permite que União, estados, Distrito Federal e municípios criem instrumentos de cooperação com órgãos e entidades, públicos e privados, para execução de projetos de pesquisa, de desenvolvimento científico e tecnológico e de inovação, incluindo o compartilhamento de recursos humanos especializados e da capacidade instalada. De acordo com o substitutivo do relator pela comissão especial, deputado Sibá Machado (PT-AC), o poder público apoiará a criação de ambientes promotores da inovação, como incubadoras de empresas e parques e polos tecnológicos, que terão suas próprias regras para selecionar as empresas ingressantes. Tanto os governos (federal, estaduais e municipais) quanto as instituições científicas e tecnológicas (ICTs) públicas e as agências de fomento poderão ceder o uso de imóveis para a instalação desses ambientes.

Atendimento obrigatório multidisciplinar

Para garantir equipes multidisciplinares no SUS, a Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) da Câmara dos Deputados aprovou uma proposta que explicita em lei a obrigação de oferta de atendimento para todas as profissões de saúde reconhecidas. Com a mudança, que ainda precisa ser votada no plenário da casa, áreas como nutrição, odontologia, serviço social e fisioterapia passam a integrar, obrigatoriamente, as ações de assistência e prevenção.

Como noticiou a *Agência Câmara* (24/6), o texto aprovado na comissão é

um substitutivo do Senado ao Projeto de Lei 3.077, que tramitava desde 2000. Originalmente, a proposta era tornar obrigatória a oferta de atendimento odontológico no SUS. A nova redação ampliou essa exigência para todas as áreas da saúde, ao alterar a Lei Orgânica do SUS (8080/1990). Assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais seriam algumas das profissões contempladas, pois são reconhecidos como profissionais de saúde, de acordo com a resolução 218/97 do

Conselho Nacional de Saúde (CNS). O deputado Darcísio Perondi (PMDB-RS), relator do projeto na Comissão de Seguridade Social, defende que a mudança afirma o princípio da integralidade da atenção à saúde. Já o Ministério da Saúde informou à *Radis* que essas áreas já possuem ações de assistência e prevenção abrangidas pelo SUS, como determina a própria resolução do CNS de 1997. De acordo com a pasta, a mudança apenas coloca na Lei Orgânica da Saúde aquilo que já estava previsto pelo conselho.

Meta para redução da aids é alcançada

A resposta global ao HIV evitou 30 milhões de novas infecções pelo vírus e 7,8 milhões de mortes relacionadas à doença desde 2000, informou o relatório divulgado (14/7) pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV e Aids (Unaids). Diante dos dados, a Unaids comemorou o fato de ter alcançado e superado a meta de detecção e reversão da propagação da aids estabelecida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O documento mostra que o mundo está próximo de alcançar a meta de investimento de 22 bilhões de dólares na resposta à aids até 2015 e que uma ação conjunta nos próximos cinco anos pode acabar com a epidemia da doença até 2030. O relatório *Como a AIDS mudou tudo – ODM 6: 15 anos, 15 lições de esperança da resposta à AIDS* celebra o marco histórico de 15 milhões de pessoas em tratamento antirretroviral (aumento de 22 vezes ao longo dos últimos 14 anos); a redução de 35% de novas infecções por HIV (caíram de 3,1 milhões para 2 milhões); o aumento de 73% de

mulheres grávidas vivendo com HIV com acesso à terapia antirretroviral; a queda de 58% de novas infecções entre crianças; e a diminuição dos preços dos medicamentos de primeira linha para o tratamento contra a doença. Em 2000, segundo a ONU, eram 4,3 mil mortes diárias — ou 1,6 milhão de mortes anuais — taxa que atualmente é de 1,2 milhão de mortes por ano. Há cerca de 37 milhões de pessoas vivendo com o vírus no mundo.

No Brasil, o Ministério da Saúde considera que a epidemia está estabilizada, com taxa de detecção em torno de 20,6 casos, a cada 100 mil habitantes. Segundo a Agência Brasil (14/7), o grande desafio agora é diminuir a incidência da doença entre os jovens. Contudo, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) entende que o Brasil anda na contramão da tendência mundial. Em nota à imprensa,



FOTO: ABR

Salvador Correa, coordenador executivo adjunto da Abia, disse que “a onda de conservadorismo que assola o país tem impedido um diálogo franco e aberto sobre a prevenção. O Brasil precisa resgatar o papel de protagonista para voltar a frear a epidemia de HIV”. A entidade mostrou que, em 2014, relatório da ONU (*The Gap Report*) indicou uma tendência de queda dos casos de aids no mundo e aumento no Brasil. “Um ano se passou e a cena se repete”, afirmou Salvador.

Ações para superar a intolerância religiosa

O caso da menina de 11 anos agredida com uma pedra ao sair de um terreiro de candomblé, no Rio de Janeiro, ganhou repercussão em todo o país e foi notícia em vários veículos de imprensa, entre eles *O Globo* (16/6). Este episódio se soma a outros relatos de intolerância religiosa vividos por membros das religiões de matriz africana e outros segmentos, que têm levado muitas casas e terreiros a reforçarem a segurança para evitar invasões, informou o site da *BBC Brasil* (26/6). A cada três dias, surge uma nova denúncia de intolerância religiosa na Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Os grupos mais atingidos são pessoas de religião de matriz africana (35%), seguidos de evangélicos (27%), espíritas (13%), católicos (10%), ateus

(4%), judeus (3%) e muçumanos (2%), como informou a *Agência Brasil* (6/7).

O respeito à diversidade religiosa foi também tema da Radis 152, que trouxe o depoimento de lideranças de diferentes crenças em defesa do direito de todo cidadão ser livre para praticar a sua fé. Para reforçar o combate a esse tipo de discriminação, dois atos importantes foram tomados pelos movimentos de luta pela liberdade religiosa. A menina candomblecista Kaylanne Campos, agredida em junho, e líderes religiosos entregaram um abaixo-assinado com 35 mil assinaturas ao ministro da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Pepe Vargas, como noticiou a *Agência Brasil* (26/6). O documento cobra ações do poder público para coibir a intolerância.

Também no Rio de Janeiro, 44 novos membros tomaram posse do Grupo de Trabalho de Enfrentamento à Intolerância e Discriminação Religiosa, coordenado pela Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos, informou também a *Agência Brasil* (6/7). Criada há três anos, a equipe conta agora com a participação de 22 credos religiosos, além de ateus, agnósticos e grupos engajados na defesa dos direitos humanos. No estado, 80% das denúncias que chegam ao Centro de Promoção da Liberdade Religiosa e Direitos Humanos estão relacionadas a ofensas sofridas por membros de religiões afro-brasileiras, seguidos por muçumanos. Ainda segundo a notícia, a secretaria também anunciou a criação, até o final do ano, de um conselho estadual para tratar da questão. 

Radis Adverte



Conhecimento científico
a serviço da população
faz bem à saúde há 115 anos.

5 de agosto, dia de aniversário de Oswaldo Cruz e dos 115 anos da Biblioteca de Manguinhos.

A frase

“Digamos juntos do fundo do coração: nenhuma família sem teto, nenhum camponês sem terra, nenhum trabalhador sem direitos, nenhum povo sem soberania, nenhuma pessoa sem dignidade, nenhuma criança sem infância, nenhum jovem sem possibilidades, nenhum idoso sem uma veneranda velhice. Continuai com a vossa luta e, por favor, cuidai bem da Mãe Terra”.

Do papa Francisco, no encerramento do 2º Encontro dos Movimento Populares, em Santa Cruz de la Sierra, na Bolívia.

Trabalho aos 14, não!

“Reduzir a idade mínima para o trabalho violaria as normas internacionais ratificadas pelo país”. A declaração do diretor adjunto da Organização Internacional do Trabalho (OIT), Stanley Gacek, durante audiência pública (14/7) na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados, dá a exata medida de como andam os ânimos em relação à Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 18/2011, que sugere a redução do limite mínimo de idade para o trabalho de 16 para 14 anos. O encarregado do Escritório da OIT no Brasil não economizou palavras para explicar por que a medida seria um retrocesso. “Não há outro Estado-membro da OIT que tenha feito tanto quanto o Brasil para incorporar o trabalho decente como uma referência para políticas públicas e legislação. A erradicação do trabalho infantil é um fundamento imprescindível desse conceito”, finalizou.

O nome do crime

No mínimo estranha a manchete do portal G1 (12/7) — “Policiais são presos por suspeita de forçar sexo com jovem grávida” — que relatava um caso de flagrante em São Sebastião do Passé, na Bahia. Desde 2009, a Lei 12.015, que trata dos crimes contra a dignidade sexual, tipifica como estupro “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. E isso vale para qualquer tipo de suspeito — policial ou civil — e qualquer tipo de vítima — homem ou mulher. A imprecisão repercutiu não somente na Redação da *Radis*. Um dia depois de publicada a matéria, o portal retificou a informação, nomeando o ato corretamente como estupro. 

FOTO: ADRIANO DE LAVOR



Durante o 51º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (MedTrop 2015), em Fortaleza, edições da *Radis* atraíram leitores para o stand da Fiocruz

FOTO: FELIPE PLAUŠKA



Na exposição Pelos caminhos do SUS, em cartaz no Museu da Vida, no Rio de Janeiro, um cartaz reforça a mensagem divulgada pela *Radis* 127, em abril de 2013. Toda forma de defesa da saúde pública de qualidade para todos é bem-vinda!

Cadê os médicos?

Menos de 30% das vagas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade são ocupadas no Brasil; das 1.520 vagas ofertadas no país em 2015, apenas 400 foram preenchidas, informou a Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação. A carência desses profissionais no SUS foi o tema do 13º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, que aconteceu no início de julho em Natal.

“Em países que têm atenção primária forte, como Espanha, Portugal, Canadá, Cuba e Inglaterra, cerca de 40% das vagas de residência são para medicina de família. Assim, eles conseguem sustentar o sistema de saúde deles, voltado para a prevenção”, declarou Thiago Trindade, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, defendendo a obrigatoriedade desta formação para que o médico atue na atenção primária do SUS.

A 15ª JÁ COMEÇOU

Conferências municipais revelam diferenças regionais e estimulam debates sobre o desafio de proteger o SUS das ameaças privatizantes

Bruno Dominguez, Elisa Batalha, Liseane Morosini e Luiz Felipe Stevanim

As conferências têm como objetivos principais avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão, orienta o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nos últimos meses, usuários, profissionais e gestores se envolveram nas etapas municipais e organizaram as estaduais, ao mesmo tempo em que ativistas da saúde e militantes da Reforma Sanitária promoveram debates e discutiram propostas que gostariam de ver contempladas na etapa nacional, marcada para a primeira semana de dezembro. *Radis* não ficou de fora desta movimentação e acompanhou de perto duas conferências municipais em diferentes regiões do país, articulou um debate em torno das ameaças ao direito à Saúde e conferiu simpósio que levou esta discussão para o Congresso Nacional. Nesta movimentação e disputa de vozes e sentidos, quem definiu bem o momento foi Maria do Socorro de Souza, presidente do CNS: “A 15ª já começou!”

PARTICIPAÇÃO EM FLORIANÓPOLIS

Com mais de mil participantes, a 9ª Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis foi a mais concorrida da história da cidade. A participação de usuários da rede de saúde foi

considerada um recorde. Foram 1.045 inscritos, sendo 504 usuários, 63 gestores, 16 prestadores de serviços e 462 profissionais, todos envolvidos em debater as propostas que irão melhorar a atenção à saúde da população. Durante a Conferência, realizada de 10 a 12 de junho, no Centro de Cultura e Eventos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foram consolidadas propostas em três documentos diferentes, com diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal). Ao todo, são 70 propostas de âmbito municipal, 22 de âmbito estadual e 14 de âmbito nacional. “Mesmo tendo acontecido durante dias de semana, a adesão foi grande”, constatou a agente comunitária de Saúde Maria Estela da Conceição, integrante da comissão organizadora do evento.

Usuários, gestores e profissionais de saúde formaram oito grupos de trabalho, divididos em oito temas. Além da elaboração das propostas, a conferência municipal elegeu 20 delegados para participação na conferência estadual que, por sua vez, indicará representantes em nível nacional. “A mobilização feita nos bairros, nas associações de moradores, nos centros comunitários foi bem-sucedida e levou a uma grande representatividade. As pessoas vieram com a motivação de construir um Sistema Único de Saúde melhor”, declarou o secretário municipal de Saúde, Daniel Moutinho. “A área que nos preocupa mais é a do financiamento,



QUAL PROPOSTA VOCÊ QUER APROVADA NA 15ª?



FOTO: FELIPE PLAUSSKA

“No momento, a gente está sofrendo um grande ataque com o projeto da terceirização. Têm que sair de todas as conferências municipais, estaduais e da nacional, moções de repúdio e ações contrárias ao Projeto de Lei que prevê terceirizações tanto no serviço público quanto no privado, não só das atividades meio como das atividades fim. É uma pauta de todos, mas no SUS é um desmonte. A pauta de valorização do trabalho permeia as discussões de financiamento e gestão”.

Fernanda Manzini, farmacêutica, integrante da Comissão Organizadora da 9ª CMS de Florianópolis



e a proposta que pretendemos encaminhar para a Nacional é de que a União reserve 10% do orçamento para financiar a saúde pública. As propostas que têm a intenção de otimizar os fluxos entres os três entes — municípios, estados e União — também podem trazer melhorias em curto e médio prazo para o SUS”, afirmou o secretário, que é também presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Um dos aspectos que contribuiu com o bom andamento da conferência foi o monitoramento das propostas da conferência anterior, informou a organização. Das 800 propostas apresentadas há 4 anos, pelo menos 40% se tornaram realidade, segundo levantamento da comissão organizadora. O documento da conferência anterior estava disponível para consulta, evitando propostas repetidas. “Trabalhamos com uma limitação do número de propostas. O grupo de relatoria foi treinado para evitar redundâncias. O monitoramento das propostas da última conferência — avaliando se está concluído, se está em andamento ou se está parado — foi essencial. Trouxemos esse monitoramento para essa conferência, para que as pessoas possam consultar e não façam as mesmas proposições. A ideia foi qualificar as propostas para que não saísse um “relatório de gaveta”, esclareceu a integrante da Comissão Organizadora Fernanda Manzini, que também é conselheira do CMS. A boa participação reflete a estrutura consolidada do SUS na capital catarinense. A atenção básica funciona com 100% de atendimento feito por equipes de Saúde da Família. A gestão é toda municipalizada, sem participação de fundações ou organizações sociais, assim como a rede laboratorial e de diagnóstico, informou a assessoria de comunicação da secretaria de Saúde. Mesmo com o balanço final positivo, houve quem propusesse mudanças para aprimorar a realização das próximas conferências, com objetivo de aumentar ainda mais a participação popular. “Sobre as conferências de um modo geral, seria necessária uma metodologia mais eficaz. Um evento de três dias, de quatro em quatro anos, com uma metodologia muito pontual, não é capaz de dar conta da abrangência e do cenário que é cambiante. A aproximação entre governo e sociedade tem que ser constante. Como está, não

há espaço para o planejamento contínuo. Não tem como o gestor e os trabalhadores e usuários se conhecerem na conferência. Vamos comparar com uma reunião de condomínio. É muito mais profundo e vai muito além disso. A gente está falando da formatação de toda uma cidade para poder ter saúde”, refletiu Leandro Pereira Garcia, diretor de Vigilância e Saúde do município de Florianópolis, representante dos gestores no evento.

A secretária executiva do Conselho municipal de Saúde Gerusa Machado lembrou que as propostas serão consolidadas no plano municipal de Saúde e nos instrumentos municipais de gestão. Ela considerou o “êxito muito grande” da 9ª CMS um resultado das mobilizações anteriores. “Fizemos cinco pré-conferências distritais, com paridade entre os representantes”. A questão do financiamento para o município de Florianópolis era a principal preocupação de Gerusa. “Atualmente em 18% do orçamento, já esteve em 20%, mas está caindo. Defendemos proposta de que a verba da Saúde aumente gradualmente para 25%. A população que atendemos está aumentando e o recurso está caindo. Em todas as esferas de governo tem que sair propostas para aumentar o financiamento. O controle social está bem atento a isso”, resumiu.

O sonho de resgatar a pressão popular existente na 8ª Conferência Nacional de Saúde apareceu na palestra de abertura feita pelo médico sanitarista Marco Aurélio da Ros, o Marcão. “A expectativa que eu tenho para a nacional é que ela seja muito participativa. O debate está pegando fogo. O SUS está tão ameaçado que eu acho que o movimento sanitário está ressurgindo das cinzas. A expectativa é boa. É importante que o que for proposta da conferência seja pauta do Conselho. O Conselho precisa exigir que o governo cumpra o que for deliberado na Conferência”, declarou o médico, que atualmente leciona na Universidade do Vale do Itajaí (Univali). Marcão falou durante cerca de uma hora e lembrou que há municípios que nunca fizeram uma conferência municipal, e há outros em que os cidadãos participam sem conhecimento efetivo de causa. “Estive na pré-conferência de Balneário Camboriú, e só havia 60 pessoas que não sabiam o que era uma conferência”, lamentou.



FOTO: FELIPE PLAUSSKA



“Para a Nacional, uma coisa que eu considero fundamental é a questão do financiamento de campanhas. No grupo em que eu estava, uma das propostas destacadas foi para que fossem impedidos financiamentos privados de campanhas. Isso tem tudo a ver com a gestão da Saúde. A proposta que eu quero ver contemplada é a da reforma democrática de Estado”.

Leandro Pereira Garcia, diretor de Vigilância e Saúde do município de Florianópolis



PROTESTOS EM TERESINA

Em Teresina, o grito de cerca de cem servidores municipais que protestavam contra os baixos salários e a falta de condições de trabalho marcou a abertura da 8ª Conferência Municipal de Saúde, realizada entre 18 e 19 de junho. O protesto dos manifestantes — muitos deles enfermeiros — elevou a temperatura do auditório do Clube Atlantic City, que sediou o evento. Entre as reivindicações, constavam o aumento do vencimento básico de R\$ 652, adicional de insalubridade e a equiparação salarial das categorias. Presentes à solenidade, o prefeito Firmino Filho (PSDB) e o secretário de Saúde Aderivaldo de Andrade foram escoltados e retirados do auditório depois de uma forte discussão entre grevistas e participantes. Diante do atraso e da ameaça de adiamento da conferência, Ronaldo Lopes Mendes, presidente do Conselho Municipal de Saúde (CMS), considerou o protesto legítimo, mas criticou o momento escolhido pelos manifestantes. “Os debates do primeiro dia vão ficar bastante comprometidos”, lamentou.

Em defesa do protesto, o sindicalista Diego Parente alegou que o reajuste de 7% oferecido pela prefeitura não atendia à pauta de reivindicações que pede, entre outros, a recomposição das perdas salariais de 55,7%. “Temos servidores com as mesmas atribuições e jornada de trabalho diferenciadas e mesmo assim ganham o mesmo salário. O vencimento básico não atinge o salário mínimo. Isto é inconstitucional”, comentou. Ele informou que o prefeito se recusa a negociar com os grevistas que deflagraram o movimento em 30 de abril. A delegada Mariana da Silva Azevedo, do segmento de usuários, defendeu a paralisação: “Como as autoridades querem melhorar a saúde se não pagam um salário digno? Algo não está bem quando o trabalhador para”, argumentou.

A conferência foi iniciada com a saída dos grevistas. Convidada para fazer a palestra de abertura, Maria do Socorro da Costa, presidente do CNS, referendou a validade do protesto. Socorro defendeu que a conferência fosse espaço



legítimo para a população se manifestar e também assumir compromissos. Ela pediu por mais investimento em saúde, reforçou a importância da unidade entre trabalhadores e usuários e cobrou a presença dos gestores na plateia. “É importante que o conselho municipal e o conselho estadual continuem a dialogar com os gestores que tiveram que sair”, orientou.

ESFORÇO LOCAL

Vice-presidente do CMS e coordenadora da conferência, Scheylla Maranhão informou que, para politizar a agenda local de saúde, foram realizadas três pré-conferências. Ela explicou que, em razão da dificuldade em mobilizar a população, a frequência ficou abaixo do esperado. Na tentativa de ampliar o debate, um grupo formado por alunos e professores do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Estadual do Piauí (Uespi), lançou em abril o projeto “Sala da Cidadania” para debater os eixos propostos pela



FOTO: CAROLINA NIEMEYER

“Fortalecer o processo da participação popular para a construção e o fortalecimento do SUS. Devem ser encaminhadas propostas relativas a recursos humanos, pessoal, planos de cargos, carreiras e salários, relativas também ao financiamento da saúde. E também propostas em relação ao fortalecimento das redes de atenção à saúde. É importante pensar em proposições e investimentos que fortaleçam a consolidação das redes, o que permite que o trabalho seja realizado de forma integrada”.

Maria Edna Rodrigues de Lima, nutricionista, gerente de avaliação e monitoramento da Fundação Hospitalar de Teresina



Servidores municipais protestam por melhores salários e condições de trabalho durante a CMS de Teresina

FOTO: CAROLINA NIEMEYER

da conferência estadual (prevista para setembro), de onde sairão os 68 delegados que irão à conferência nacional, em dezembro. “A conferência é o nosso grande passo para promover mudanças que beneficiem a comunidade”, disse José do Egito Moreira da Silva, presidente do conselho local de saúde do bairro Satélite, representante dos usuários.

Lembrando a necessidade de mais investimentos na saúde, Ronaldo disse que a luta pelo fortalecimento do SUS é nacional. “Já houve cortes, o que é lamentável. Como vamos melhorar sem novos recursos?”, perguntou. Recursos também faltam para que o conselho municipal funcione de forma mais estruturada. Sem orçamento próprio, e com serviço voluntário, o CMS enfrenta, segundo ele, um momento de pouca renovação em seus quadros. “O conselheiro municipal recebe uma ajuda de custo para deslocamento. Já os conselheiros locais não recebem nem isso. Eu não tenho um telefone móvel para falar com os colegas. O CMS não tem um carro”, reclamou.

15ª Conferência Nacional de Saúde. Foram realizados três encontros e, segundo Vinícius Oliveira, professor e vice-diretor do Centro de Saúde da Uespi, no segundo semestre os encontros vão capacitar delegados que representarão o Piauí na conferência estadual. “Vamos esgotar todos os eixos da 15ª e estamos criando o hábito de discutir a nossa própria saúde. É esse o grande legado que considero importante: a possibilidade de se criarem fóruns, de envolver as pessoas que até então não se sentiam afeitas a essas questões”, disse.

A conferência foi estruturada em três mesas-redondas seguidas de debate, que aconteceram na tarde do primeiro dia, e com a divisão dos cerca de 400 representantes em três grupos de trabalho, no segundo dia. Na plenária final, foram aprovadas propostas que versam sobre temas como a assistência no SUS e, especialmente, a garantia de melhores condições de trabalho e atenção à saúde do trabalhador. Durante o evento, foram eleitos 52 delegados que participarão

Entre as reclamações feitas pelos participantes estavam a ausência de um intérprete de Libras — presente apenas na abertura — e a impossibilidade de os delegados se inscreverem com o nome social, como observou Vítor Kozłowsky, delegado que representava a Associação Brasileira de Gays Polo Piauí (ArtGay). Além disso, Elias Barbosa, presidente da União dos Líderes Comunitários do Norte a Sul do Piauí, advertiu que nem todas as propostas aprovadas nas conferências são implementadas. Ele contou que na conferência anterior, em 2010, deliberou-se que os diretores de unidades de hospitais seriam eleitos, o que efetivamente não aconteceu. Ele lamentou ainda a baixa representatividade da conferência municipal. “Temos 35 conselhos locais. Se nós tivéssemos 97 conselhos, como previsto, estaríamos com a conferência com pessoas conscientes das suas necessidades. E isso interfere no desconhecimento da sociedade do SUS. A sociedade não sabe e não discute o que é o SUS”, declarou.

SAIBA MAIS

Propostas da CMS de Florianópolis

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina&menu=3¬i=14447>

“O SUS vive um momento de reafirmação. Queremos garantir a universalidade do sistema. Há necessidade do aumento de recursos e de continuar trabalhando para a ampliação da participação social. Acreditamos que temos que pensar em mecanismos para que os usuários possam participar mais, por meio de pré-conferências, audiências públicas e reuniões em horários que os trabalhadores comuns, do sistema privado, possam participar”.

Marcos Pinar, vendedor, ativista da União Florianopolitana de Entidades Comunitárias



FOTO: FELIPE PLAUJKA

Em defesa do SUS no Congresso

O ano era 1979 e o governo militar completava quinze anos no poder, mas já dava sinais de enfraquecimento. Com a crescente mobilização pela volta à democracia, militantes do Movimento Sanitário, que acabava de nascer, reuniram-se em outubro daquele ano no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, na Câmara dos Deputados. As propostas debatidas no encontro já preconizavam a defesa da saúde como um direito universal, princípio que levaria à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988. Trinta e seis anos depois daquele primeiro encontro e 27 após a fundação do SUS, o Congresso Nacional voltou a debater os rumos para as políticas de saúde no Brasil, em novo Simpósio Nacional de Saúde, convocado pela Comissão de Seguridade Social e da Família da Câmara dos Deputados para discutir a agenda da 15ª Conferência Nacional de Saúde, cuja etapa nacional acontece em dezembro. Com o tema “Saúde: Direito de todos, dever do Estado”, o encontro também abordou questões como formação e relações de trabalho, política industrial e financiamento do SUS.

Para a deputada federal responsável por convocar o debate, Jandira Feghali (PCdoB-RJ), mais do que defender a saúde como direito, é preciso definir qual é o papel do Estado nesse setor. Segundo ela, é a partir dessa questão que derivam as decisões sobre financiamento, gestão e remuneração da força de trabalho. Jandira observou ainda que os debates da 15ª devem se focar em grandes eixos estratégicos para que a luta pela saúde pública não se dilua em centenas de pontos, registrados em um “relatório que ninguém lê”. Mais do que palavras, ela reivindicou prioridade governamental na área da saúde.

PROPOSTAS E COBRANÇAS

Ao abrir as discussões, o ministro da Saúde, Arthur Chioro, ressaltou que é preciso reafirmar a saúde como um direito universal. “Muitas vezes entramos no clima de desqualificar o SUS, mas não podemos desconsiderar as inúmeras conquistas de trabalhadores e militantes que têm se dedicado a construir este sistema”, enfatizou. Segundo ele, o Brasil passou pelo

que chamou de “mudança desafiadora” no perfil epidemiológico, em razão do aumento da expectativa de vida e do enfrentamento de novas doenças.

O ministro criticou ainda a resolução dos problemas do SUS pela via judicial, o que aumentaria os gastos públicos com saúde de maneira desordenada. Ele também admitiu que é preciso discutir como se aplicar os recursos com mais eficiência. Já o médico Luiz Eugênio de Souza, então presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), censurou os cortes na saúde e educação anunciados, em maio, pelo governo federal. Segundo ele, o SUS encontra-se em uma encruzilhada em que não avançar nas políticas sociais significa retroceder. A mesma posição foi reforçada pelo secretário de saúde do Rio Grande do Sul, João Gabbardo dos Reis, que em nome do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) criticou o corte de R\$ 11,77 bilhões no orçamento da saúde. A “Carta à nação”, assinada pelos secretários estaduais, aponta que este contingenciamento deve afetar de maneira significativa a ampliação de serviços ambulatoriais e hospitalares e terá repercussão nas ações assistenciais e sanitárias ofertadas à população.

Responsável pela organização da 15ª, Maria do Socorro de Souza, presidente do Conselho Nacional de Saúde, enfatizou que o povo brasileiro quer discutir e decidir os rumos da saúde pública. “Não somos somente usuários da política de saúde. Queremos ser também sujeitos dos direitos”, afirmou. Ela criticou ainda que as políticas da área estão reféns de *lobbies* dos interesses privados. A defesa do SUS preconizado pela Constituição Federal foi a principal bandeira levantada pelo coordenador do Movimento em Defesa da Saúde Pública, Ronald dos Santos. Para ele, a agenda da saúde é resultado da disputa política sobre o projeto de nação e de desenvolvimento. Como porta-voz da mobilização conhecida como *Saúde+10*, que reivindica mais recursos para a saúde, ele aponta a necessidade de criar novas fontes para o setor, como a taxação de grandes fortunas e do sistema financeiro. Também ressaltou que é preciso resgatar as raízes do Movimento Sanitário, que apontavam a saúde como dever do Estado.

“Fortalecer a saúde no município. O mesmo debate estamos travando em nível nacional. Os secretários estão cobrando do governo federal que fortaleça os municípios, principalmente os pequenos municípios, para que a população não tenha necessidade de buscar tratamento na capital. Vamos levar esta proposta para a estadual e depois para a nacional. Muitas vezes a capital é estrangulada porque no pequeno município o usuário não tem o atendimento básico.”

Francisco Robson Marcelo da Silva, microempreendedor, vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde do Piauí



FOTO: CAROLINA NIEMEYER



Maria do Socorro, Rogério Lannes Rocha e Ana Maria Costa: balanço das conferências municipais

Ameaças ao direito à saúde

Nem haviam acabado de acontecer e as conferências municipais já eram objeto de análise de sanitaristas. Em 26 de junho, reunidos em debate preparatório para a 15ª organizado em conjunto pelo Programa Radis de Comunicação e Saúde e pelo Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz (Asfoc-SN), militantes da Reforma Sanitária trouxeram visões dissonantes das discussões locais: plurais e atentas às ameaças ao direito à saúde ou restritas e capturadas pelos prefeitos.

A presidente do Conselho Nacional de Saúde, Maria do Socorro de Souza, que dividiu a mesa com Ana Maria Costa, presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) iniciou sua fala afirmando que a 15ª Conferência Nacional de Saúde já começou, referindo-se à movimentação da etapa municipal que, segundo ela, conseguiu mobilizar outros sujeitos políticos, além dos historicamente já envolvidos. “A intenção era trazer mais gente como a gente, e acho que estamos dando conta”, avaliou Maria do Socorro, que até então havia estado em quatro conferências.

Ela destacou o caso de Uberlândia, cidade mineira onde 22 pré-conferências foram organizadas, todas com a presença do prefeito. “Houve atividades em assentamentos, bairros, escolas, universidades, somando quase 400 mil delegados”. E ainda listou outros bons exemplos: em São Paulo, 5 mil pessoas participaram de 32 pré-conferências na capital e o prefeito da cidade não fugiu ao debate sobre organizações sociais; em Barra do Garças (Mato Grosso), metade da população esteve no evento, que incluiu prestação de contas pela secretaria de Saúde.

Relato bem diferente foi apresentado pela professora Ligia Bahia, do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Na plateia do evento, ela disse ter visto “as mesmas pessoas de 100 anos atrás” em conferência distrital na cidade do Rio. “Todas as pessoas tiveram que fazer propostas e daí saiu uma bíblia, um catálogo das diretrizes de sempre”. Assessor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, André Dantas esteve na conferência distrital da Área de Planejamento 3.1 do Rio de Janeiro e apontou “grosseira manipulação do executivo municipal, silenciamento de palestrantes e estabelecimento do que se poderia falar”.

AMEAÇA COMUM

O consenso no debate, cujo tema era *Ameaças ao Direito à Saúde*, foi o contexto de risco de desconstrução do SUS, com a Proposta de Emenda Constitucional 451, que obriga todos os empregadores a garantirem serviços de assistência à saúde aos

empregados, e a Lei nº 13.097, que permite a participação de empresas e do capital estrangeiro nas ações e cuidados à saúde, entre outras medidas, como listou o coordenador do Programa Radis, Rogério Lannes Rocha, mediador do evento.

Maria do Socorro alertou que a saúde não pode fugir das discussões levadas à frente no Congresso Nacional, tanto das claramente setoriais quanto daquelas que tratam da macropolítica. “A aposta que a gente faz no SUS é a de uma reforma civilizatória, de reforma do Estado democrático, mas, para muitos, saúde não é direito, bem da coletividade, ligada necessariamente à redistribuição de riquezas”. A PEC 451, avaliou a presidente do CNS, está dentro de um bojo de ações legislativas que visam desconstruir o SUS e enfraquecer as responsabilidades do Estado. “Não afirmo que o governo esteja investindo na lógica da cobertura universal, mas também não o isento de estar minado por essa ideologia, patrocinada pelas operadoras de planos privados”.

Presidente do Cebes, entidade que lançou tese para a 15ª abrangendo temas como a auditoria da dívida pública e a reforma tributária, Ana Costa reforçou que se deve dar atenção às pautas que limitam o avanço do SUS para além das responsabilidades do Ministério da Saúde. “É importante que a conferência reflita sobre questões mais amplas do Estado brasileiro”. Ela lembrou velhas ameaças ao direito à saúde: subfinanciamento, má gestão e a qualidade da atenção. “O subfinanciamento é uma espada no coração do SUS”, disse, pedindo a urgente ampliação de recursos federais para o setor, proporcional às necessidades de um projeto universalista. Apesar de ser um problema antigo, a solução ainda parece distante, indicou ela, apontando o desprezo ao Projeto de Lei de Iniciativa Popular Saúde + 10 (de destinação de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde) e a aprovação do orçamento impositivo (que permite ao Legislativo subtrair recursos do SUS).

No debate, as intervenções frisaram os desafios que marcam um difícil momento político. José Carvalho de Noronha, pesquisador do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz, classificou como “avassalador” o processo de financeirização e capitalização do modelo de desenvolvimento do Brasil. Vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz, Valcler Rangel falou no “emparedamento” provocado pela construção de uma “agenda não compatível com os avanços da sociedade brasileira, que inclui a redução da maioridade penal e a reversão do estatuto do desarmamento”. Agora recai sobre a conferência nacional a responsabilidade de se posicionar contra tantas ameaças. 

A composite image featuring a microscopic view of cancer cells with spiky, irregular surfaces. In the foreground, a hand in a surgical glove holds a scalpel, with the blade pointing towards the text. The background is a dark blue grid pattern.

Sob o signo do CÂNCER

Doença, que pode chegar a 24 milhões de casos no mundo até 2035, tem dados alarmantes. Mas também pode ser prevenida e já não deve ser considerada uma sentença de morte

Ana Cláudia Peres

Aconteceu durante um exame de rotina. Ela não sabia que carcinoma — aquela palavra extravagante que aparecia no diagnóstico — tinha qualquer coisa a ver com câncer. Foi preciso o médico repetir duas, três vezes, até que Maria Isabel Teixeira, 63 anos, compreendesse que havia algo assustador em sua mamografia. “Mas o doutor foi muito atencioso, segurou na minha mão, explicou que o tumor estava no início, que talvez fosse preciso operar e que ia correr tudo bem”, contou à Radis, cinco anos, duas cirurgias, seis sessões de quimioterapia e 25 de radioterapia depois daquela tarde em maio de 2010.

Dona Maria Isabel engrossa as robustas estatísticas da doença. No Brasil, entre 1990 e 2013, o número de novos casos de câncer de mama quase triplicou: saltou de 24,9 mil para 74,6 mil, de acordo com um levantamento publicado

no final de maio por um grupo de pesquisadores no periódico *Journal of the American Medical Association (JAMA Oncology)*, tornando-se o tipo de câncer de maior ocorrência entre mulheres no país, levando à morte 16,2 mil brasileiras. O estudo — intitulado de O Fardo Global do Câncer — traz dados sobre a incidência da doença e números de óbitos em todo o mundo (ver infográfico nas páginas 18 e 19).

Segunda maior causa de morte em termos globais, atrás apenas das doenças coronarianas, o câncer matou, só em 2013, 8,2 milhões de pessoas no planeta — 213 mil delas, no Brasil. Para o professor da Escola de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), Itamar Santos, que integrou o grupo de pesquisadores envolvidos na elaboração do relatório, o principal fenômeno por trás da ampliação da incidência de cânceres é o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional. “À medida que a proporção de idosos aumenta, doenças mais frequentes nessa faixa etária ganham uma importância maior”, disse, em

entrevista à Radis, lembrando que, como as pessoas estão vivendo mais e as causas de óbitos por outras doenças infecciosas vêm caindo em virtude de tratamentos mais efetivos, não é surpresa que o número de casos e mortes por câncer aumente.

Por outro lado, o professor também faz questão de pontuar que os exames diagnósticos para câncer se tornaram mais sensíveis e acessíveis, o que explicaria em parte o aumento do número de casos detectados. "O câncer hoje é, em boa parte dos casos, uma doença curável e não deve ser encarada como uma sentença de morte", sugere. Para a personagem que abre esta reportagem, foi um sobressalto, uma adversidade; nunca desespero. "Essa é uma doença ingrata, muito difícil, mas não achei que fosse morrer em nenhum momento", diz Mariã Isabel. Moradora de São Gonçalo, região metropolitana do Rio de Janeiro, ela agora faz apenas o controle pós-tratamento, com exames a cada seis meses, no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), mesmo local onde realizou todo o tratamento. Em um dia comum, tem aulas de pintura em gesso e em tecido; noutros, faz bijuterias. Perdeu a timidez. Está prestes a realizar o seu maior sonho: "Vou conquistar a minha casa própria", avisa aos que conversam com ela sob o pretexto da doença.

CÂNCER, KARKINOS, CARANGUEJO

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo, no que ficou conhecido como metástase. Dividindo-se rapidamente, e de maneira incontrolável, as células determinam a formação de tumores ou neoplasias malignas. À diferença destes, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco à vida.

A origem da palavra vem do grego *karkinos*, que significa caranguejo. Consta que foi usada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da Medicina, para descrever um tumor com vasos sanguíneos inchados à sua volta, imagem que lhe pareceu a de um caranguejo com as patas abertas. Isso explica por que o nome da doença é o mesmo do marisco que, por sua vez, também batiza o signo do zodiaco e a constelação de Câncer. Seu aparecimento como doença remonta ao ano 2600 antes de Cristo — um papiro egípcio relata a existência de 48 doenças, uma delas definida como "massas salientes no peito e que se espalham pelo peito", o que, para Siddhartha Mukherjee, autor de "O Imperador de todos os males — uma biografia do câncer", é a descrição do câncer de mama.

Mas, antes de tudo isso, há outras três coisas que precisam ser ditas sobre o câncer, a doença, como ensina a professora Gulnar Azevedo. Em seu gabinete, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/

UERJ), a pesquisadora enumera: "Em primeiro lugar, é preciso saber que muitos cânceres podem ser prevenidos, evitados. Segundo, quando detectados precocemente, outros podem ser tratados e curados. E, por último, para aqueles casos de tumores mais letais, ainda assim há muito a ser feito a fim de garantir que os pacientes tenham uma melhor qualidade de vida".

Hoje, sabe-se que o câncer está vinculado a causas múltiplas, que vão desde a suscetibilidade genética até a condições determinadas por cultura, modos de vida e pelo ambiente. De acordo com a professora Gulnar, uma referência no assunto, o câncer vem aumentando por inúmeros motivos relacionados a fatores de risco associados à vida urbana, à industrialização, à poluição atmosférica, ao sedentarismo, ao tabagismo e à obesidade, entre outros. "Envelhecer não dá câncer. Mas à medida que as pessoas envelhecem, elas também ficam mais tempo expostas a esses fatores de risco", diz ela. "Se a gente vivesse em condições ideais, onde tais fatores fossem controlados, provavelmente as pessoas morreriam menos de câncer".

ESTIMATIVAS

Para 2015, estima-se que ocorram no Brasil aproximadamente 576 mil casos novos de câncer. Os dados integram um levantamento realizado pelo Inca a cada dois anos. Intitulada Estimativas, a publicação atualiza e contextualiza os dados sobre a doença no Brasil e reúne informações válidas para o biênio. Este ano, o câncer de pele do tipo não melanoma será o mais incidente na população brasileira: 182 mil casos novos, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil).

Sem considerar os casos de câncer de pele, o relatório aponta para a incidência de 395 mil casos novos: 204 mil para o sexo masculino e 190 mil para o feminino. Em homens, os tipos mais incidentes serão os cânceres de próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral; e, nas mulheres, os de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide. Guardadas as devidas proporções e especificidades, os dados no Brasil refletem os números mundiais. Em fevereiro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) advertiu que o mundo corre o risco de enfrentar um "maremoto" de casos de câncer nos próximos anos. Até 2035, o número de novos casos pode chegar a 24 milhões.

Apesar desse alarme, mais do que um inimigo feroz e ameaçador, o câncer deve ser visto como um problema de saúde pública a ser combatido com múltiplas ações, como preconiza o relatório do Inca, o que inclui trabalhos de educação para saúde; prevenção orientada para indivíduos

14,9 milhões é o total de novos casos de câncer no mundo

e grupos; geração de opinião pública; apoio e estímulo à formulação de legislação específica para o enfrentamento de fatores de risco relacionados à doença; e fortalecimento de ações em escolas e ambientes de trabalho. Para Gulnar, o câncer é um problema de todos. "O acesso ao tratamento no Brasil está aumentando mas a conscientização em torno do assunto ainda está muito longe de acontecer", diz. "O desafio é pensar uma rede de articulação de políticas de saúde, educação, comunicação para construir uma rede de enfrentamento do problema".

**No Brasil,
houve 213
mil mortes
por câncer em
2013**

JOGO DE CONTRASTES

Se a má notícia é que, no cenário atual, o mundo vai continuar contraindo o câncer e morrendo em decorrência da doença, como apontam as estatísticas, a boa é que muitos tipos começam a ser controlados. Segundo a OMS, cerca de metade deles pode ser prevenida. Os dados das pesquisas relativas ao câncer sofrem alterações, dependendo da região do globo e do nível de desenvolvimento de cada país. Cânceres associados à pobreza, como os de colo do útero, estômago e cavidade oral, costumam ter maior incidência em países emergentes. Enquanto em países com um melhor nível socioeconômico, observa-se um aumento na prevalência de tumores de mama, próstata e cólon/reto. Segundo o levantamento publicado no *JAMA Oncology*, o câncer de boca é o mais diagnosticado na Índia, por exemplo, mesmo que tenha baixa ocorrência em termos globais.

A incidência do câncer de colo uterino também é maior em países menos desenvolvidos. Em geral, ela começa a partir de 30 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos. De acordo com o relatório do Inca, esse câncer foi responsável pelo óbito de 265 mil mulheres em 2012, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento. No Brasil, o jogo de contrastes se faz evidente de uma região para outra ou ainda se forem consideradas as diferenças entre capital e municípios do interior.

Um estudo publicado em 2015 na *Revista de Saúde Pública* comprova essa disparidade ao analisar a evolução da mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no país, segundo indicadores socioeconômicos e assistenciais, no período entre 1980 e 2010. No interior das regiões Norte e Nordeste e nas capitais da região Norte, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam em ascensão, mas caem nas demais regiões do país. Quanto ao câncer de colo do útero, a análise mostrou queda significativa das taxas de mortalidade nas capitais e demais municípios das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Enquanto nas regiões Norte e Nordeste, houve queda nas capitais e aumento no interior. O maior percentual de queda foi observado nas capitais da região Nordeste.

"O risco dos cânceres associados a condições de vida ruim vem diminuindo em países com mais recursos não apenas em função do acesso a médicos e tratamentos, mas por uma melhora nas condições de vida da população", analisa Gulnar, uma das autoras do estudo, juntamente com as pesquisadoras Vânia Girianelli e Carmen Gamarra. Ela explica ainda que o caso do câncer do colo do útero é um exemplo de câncer que pode ser evitado. "Como o rastreamento evita a lesão antes de virar tumor maligno invasivo, é possível diminuir a incidência", diz, reforçando a importância da prevenção.

CASOS NOVOS DE CÂNCER NO BRASIL PARA 2015: 576 MIL

CÂNCER DE PELE NÃO MELANOMA	PRÓSTATA	MAMA FEMININA	CÓLON E RETO	PULMÃO	ESTÔMAGO	COLO DO ÚTERO
182 MIL	69 MIL	57 MIL	33 MIL	27 MIL	20 MIL	15 MIL
NÚMERO DE MORTES NO BRASIL EM 2013	17.680	16.402	21.959	29.043	19.839	4.518 (OVÁRIO)

Marciene Maria da Silva tem 42 anos e três filhos. Seus dois netos nasceram depois de ela ter sido diagnosticada com câncer do colo uterino, há sete anos. No Recife, onde mora, encarou a doença como uma leoa. Quando foi detectado, o câncer já exigia uma histerectomia — cirurgia para retirada do útero. No Hospital do Câncer, fez o procedimento e todas as sessões de radioterapia. Depois de seis meses de licença pelo INSS, voltou às funções de doméstica e à vida normal. “Foi um susto enorme. Ouvir um diagnóstico como esse é terrível. Mas é preciso seguir o tratamento, manter o equilíbrio. O importante é saber que ter câncer não significa que você vai morrer”, diz, ao olhar pra trás, feliz com os resultados de seu controle semestral.

De acordo com o Inca, atividade fundamental para o controle da doença é o monitoramento continuado dos programas de prevenção e controle implementados para combater o câncer e seus fatores de risco. Esse monitoramento inclui a supervisão e a avaliação dos programas como atividades necessárias para o conhecimento do andamento e do impacto no perfil de morbimortalidade da população, assim como a manutenção de um sistema de informações de qualidade, que subsidie análises epidemiológicas como produto dos sistemas de vigilância.

“SOPA PARA O AZAR”

Em janeiro deste ano, um artigo polêmico movimentou a imprensa mundial e o mundo das pesquisas sobre o câncer. Publicado no conceituado periódico norte-americano *Science* por pesquisadores da John Hopkins University, o estudo afirmava que o principal fator de risco do câncer não tinha relação com fatores externos como cigarro e radiação solar, mas sim com mutações genéticas

que ocorrem ao acaso. Ou seja, segundo os pesquisadores, mais do que por fatores hereditários ou ambientais, dois terços dos casos de câncer do planeta aconteciam por uma questão de azar. E, sendo assim, o foco deveria recair sobre a detecção precoce ao invés da prevenção.

O estudo provocou reações controversas e causou burburinho. É sabido que, para uma pessoa desenvolver câncer, existe sim uma fração atribuída ao acaso. Mas, para muitos pesquisadores, a busca pelas causas precisa continuar antes de tudo. O diretor da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc/OMS), Christopher Wild, publicou artigo na revista *Rede Câncer* do Inca, em que defende que, se mal interpretada, esta afirmação pode resultar em consequências negativas tanto em relação à pesquisa do câncer quanto às perspectivas de saúde pública. “Concluir que o ‘azar’ é a principal causa do câncer é enganoso e pode prejudicar os esforços para identificar as causas da doença e sua efetiva prevenção”, escreveu.

Para a professora Gulnar, antes de mais nada, é preciso investir em medidas de prevenção em vez de dar “sopa para o azar”. Ela cita o exemplo do controle do tabagismo, que vem diminuindo os índices de câncer de pulmão e de outros tumores associados ao fumo desde que a legislação antitabagismo e outras medidas preventivas acabaram provocando uma redução no hábito de fumar do brasileiro. Para Itamar Santos, as políticas públicas e a mudança da relação da sociedade com o tabagismo vêm trazendo importantes avanços no combate a várias doenças, dentre elas o câncer de pulmão. “O número de casos que ainda ocorre — e o relatório *O fardo global do câncer* aponta 29 mil vítimas no Brasil em 2013 — só demonstra que estratégias que diminuam a prevalência de tabagismo na população devem ser reforçadas ainda mais”, conclui.

SAIBA MAIS

Estimativas, do Inca – 2014-2015

<http://goo.gl/rNVK8O>

O Fardo Global do Câncer (Página original do estudo, em inglês: The Global Burden of Cancer)

<http://goo.gl/dAOJ4u>

Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino no Brasil, Revista de Saúde Pública

<http://goo.gl/MG87kE>

Campanha Por mais tempo

www.pormaistempo.com.br/

Radis nº 52

www.ensp.fiocruz.br/radis

NÚMERO DE MORTES NO BRASIL

HOMENS

Pulmão – 18.675
Próstata – 17.680
Estômago – 12.349
Colorretal – 10.397
Esôfago – 7.168
Outros tipos – 5.502
Pâncreas – 5.167
Fígado – 4.931
Cérebro – 4.418
Leucemia – 3.712

MULHERES

Mama – 16.234
Colorretal – 11.562
Pulmão – 10.369
Cervical – 8.644
Estômago – 7.489
Pâncreas – 5.334
Outros tipos – 5.316
Ovário – 4.518
Cérebro – 3.945
Fígado – 3.840

EM 2013,
8,2 MILHÕES
DE PESSOAS MORRERAM
DE CÂNCER NO MUNDO

FONTE: “THE GLOBAL BURDEN OF CÂNCER 2013” - FARDO GLOBAL DO CÂNCER

O que há de novo na política de prevenção e controle do câncer

Você já ouviu falar na Lei dos 60 dias? Em vigor desde maio de 2013, assegura que pacientes com câncer atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) comecem a ser tratados em até dois meses após o diagnóstico. A Lei surge na esteira de outras iniciativas que levam em conta o câncer pelo viés da saúde pública — entre elas, a inclusão da doença como um dos 16 objetivos estratégicos do Ministério da Saúde para o período 2011 a 2015, com destaque para ações de redução da prevalência do tabagismo e de ampliação de acesso, diagnóstico e tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero.

Também data de maio de 2013 a Portaria 874, que estabelece a nova Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (PNPCC-RAS). “Anteriormente, já existia uma política com princípios e diretrizes. Mas nós revimos essa política e, para além de reafirmar suas orientações, definimos quais são os papéis de cada ente federado na organização de

ações de combate e controle do câncer”, diz Patrícia Chueiri, coordenadora geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas do Ministério da Saúde.

Em paralelo à revisão da política, o ministério incluiu o câncer na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas. “Trazer a oncologia pra dentro de uma rede temática ajuda no sentido de que antes os hospitais eram habilitados isoladamente”, comenta Patrícia, informando que uma nova portaria — essa de número 140, com data de fevereiro de 2014 — redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia. De acordo com a coordenadora, esses hospitais passam a ter uma responsabilidade territorial, ajudando o restante da rede com o diagnóstico ou ainda prestando apoio matricial na educação permanente das equipes.

No Brasil, hoje, estão habilitados 283 hospitais para o tratamento de câncer pelo SUS. A despeito dessas iniciativas, denúncias sobre falta de medicamentos na rede pública ainda ocupam o noticiário. Para Patrícia, os desafios são inúmeros, mas ela cita o aumento do financiamento das cirurgias oncológicas e a inclusão de novos procedimentos diagnósticos, como por exemplo o PET-CT — modalidade de diagnóstico por imagem que permite o mapeamento de diferentes substâncias químicas no organismo —, como um avanço considerável no tratamento do câncer no país. Segundo o Ministério da Saúde, desde 2010, o investimento na área oncológica cresceu cerca de 63%, totalizando R\$ 3,1 bilhões em 2014. Entre 2010 e 2013, foram realizados 10 milhões de procedimentos radioterápicos e 2,7 milhões de quimioterapia.

POR MAIS TEMPO

No início de julho, uma campanha intitulada *Por mais tempo*, articulada pela Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama), Instituto Oncoguia e Laboratório Roche, reuniu depoimentos de mulheres com câncer de mama metastático e propôs ampliar o debate sobre o controle da doença e a importância do acesso a medicamentos, mesmo em estágio avançado. Entre as ações da campanha, está uma petição a ser enviada ao Ministério da Saúde solicitando a incorporação de tratamentos mais adequados para pacientes e novas opções terapêuticas pela rede pública.

De acordo com a coordenadora da Política Nacional de Controle e Combate ao Câncer, nem toda incorporação tecnológica tem levado a aumento de sobrevida dos pacientes. Mas ela adianta que o sistema público é o primeiro interessado em oferecer um acesso com qualidade ao tratamento do câncer. Sobre esse aspecto, qualquer sugestão é considerada e avaliada pela Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS), que funciona desde 2011 e assessora o Ministério da Saúde em relação à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. (ACP)



Paciente recebe tratamento especializado em uma unidade do SUS: investimento de 3,1 bilhões em 2014

FOTO: INCAMIS

“Você está preparado?”

Começar uma entrevista sobre o câncer indagando sobre a “batalha” para vencê-lo é quase um clichê. Mas ainda é algo que permeia o imaginário sobre a doença que, até bem pouco tempo, não tinha sequer o seu nome pronunciado. O “CA”, no máximo “o tumor”, era assim que as pessoas se referiam ao câncer, numa espécie de tabu ou maldição. Mas essa realidade vem mudando. Nesta entrevista, o oncologista clínico da área de Epidemiologia, Prevenção e Vigilância do Inca, Ronaldo Corrêa, diz que o câncer deve ser encarado com naturalidade e fala dos desafios do atual cenário de controle da doença.

O que esperar da batalha contra o câncer para os próximos anos?

Um bom começo seria eliminar algumas crenças e mitos relacionados ao câncer e substituir alguns termos como guerra, batalha, armas, invasão, destruição, inimigo etc., do vocabulário do controle do câncer. Não é o escopo da pergunta, mas a linguagem atualmente empregada nas ações de controle do câncer não parece ser adequada em relação ao objeto. Quanto mais se estuda o câncer, mais entendemos que a doença é uma resposta biológica adaptativa natural da célula animal. Portanto, é provável que o câncer como doença nunca seja erradicado, o que consequentemente transforma a guerra, luta, batalha contra o câncer uma atividade sem fim e sem vencedores, além de uma ótima estratégia para o complexo médico-industrial vender soluções “mágicas”.

Quais as perspectivas, então?

Creio que nos próximos anos teremos o desafio de avaliar o valor do desenvolvimento tecnológico propiciado pelo conhecimento do genoma humano, dos novos métodos de diagnóstico e tratamento, das ações de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais e comportamentais e da produção de conhecimento sobre o controle do câncer integrando diferentes campos de saber, como genética, epidemiologia, saúde pública, economia, política, direito, antropologia, comunicação, entre outros. O termo valor, aqui empregado, deve traduzir, na prática, intervenções sanitárias efetivas, para o maior número de pessoas, ao menor custo, que sejam viáveis e aceitáveis em cada contexto, e que não produzam iniquidades.

Como garantir qualidade de vida ao paciente, romper preconceitos e mudar a ideia de que o diagnóstico positivo é uma sentença de morte?

Nos países desenvolvidos, o diagnóstico de câncer, em particular os cânceres mais frequentes, como mama, cólon e reto e próstata, já não significam uma sentença de morte. Os motivos para tal são complexos. Grande parte das reduções de mortalidade para alguns cânceres em países desenvolvidos deve-se à implementação de programas de controle do câncer e ao desenvolvimento de pesquisa e inovação tecnológica. Também nesses países vem ocorrendo uma progressiva conscientização da sociedade em relação aos mitos e verdades associados à doença, o que permite uma maior participação da população e pacientes na elaboração de políticas e programas de controle do câncer e nas tomadas de decisão clínica. Não provocar danos e garantir qualidade de vida aos pacientes com câncer é um imperativo ético e precede às promessas de cura.



FOTO: INCAMIS

Como isso pode ser feito?

No afã das promessas de cura, não é incomum oferecer tratamentos ou intervenções sanitárias que, no seu conjunto, provocam mais malefícios que benefícios (por exemplo, o rastreamento de alguns cânceres). Estabelecer uma relação médico-paciente transparente, honesta e baseada na compaixão e na ética do cuidado é um bom começo no plano individual. No plano coletivo, uma adequada capacitação dos profissionais que lidam com pacientes portadores de câncer e seus familiares, a ampliação dos espaços de debates e discussões na grande mídia e uma comunicação pública que apresente o balanço entre os possíveis benefícios e malefícios das diferentes intervenções favoreceria a desmistificação da doença e de suas intervenções, além de gerar mudanças no senso comum sobre a doença.

Como o câncer deve ser encarado?

O câncer deve ser encarado com naturalidade, sem fantasias em relação às suas causas, prognóstico e enfrentamento. Isso implica em não ter expectativas irreais em relação ao seu desaparecimento futuro e nem crer que seu diagnóstico representa uma sentença de morte. Em especial, devemos analisar as conquistas do passado e refletir sobre o que queremos no futuro. As próximas décadas podem ser de grandes conquistas ou de um profundo ressentimento por escolhas mal feitas. Cabe a nós, como sociedade, fazermos nossas escolhas. Você está preparado para fazê-las? (ACP)

FOCO NA ATENÇÃO BÁSICA

Especialistas defendem intersectorialidade e melhor capacitação de profissionais que atuam na ponta para combater doenças que afetam a pobreza

Adriano De Lavor

O combate às doenças tropicais necessita de participação da comunidade e de políticas públicas comprometidas que possibilitem ações intersectoriais, recomendou Luis Gerardo Castellanos, conselheiro sobre prevenção e controle de doenças infecciosas da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), durante o 51º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (MedTrop 2015), que aconteceu entre 14 e 17 de junho em Fortaleza. “Cada país precisa encontrar sua maneira de se comunicar com sua população e comprometer seus gestores”, orientou o pesquisador, sinalizando que “a eliminação das doenças só será sustentável com o fortalecimento da atenção básica e o compromisso com orçamento”.

Na mesa em que analisava as respostas dadas às doenças negligenciadas na região das Américas, Castellanos informou que houve avanços no reconhecimento, controle e diminuição destas enfermidades na região, mas alertou que seu combate e eliminação marca apenas o início do processo de desenvolvimento sustentável nos países. Ele considerou essencial assegurar acesso a diagnóstico e tratamento de qualidade, incluindo-se medicamentos, bem como qualificar informação para a tomada de decisões de gestores e aprimorar o trabalho de profissionais. “Fica difícil para o trabalhador da saúde que está na ponta fazer diagnóstico diferencial e manejo clínico de uma doença nova”, disse, tomando como exemplo os recentes casos de chikungunya, que vêm atingindo pessoas não somente no Brasil, mas também em El Salvador e na Colômbia.

O especialista da Opas apontou que uma característica comum entre nove das 10 principais doenças infecciosas negligenciadas é a sua transmissão por vetores, o que recomenda especial atenção ao Manejo Integrado de Vetores

(MIV) e tem mobilizado a Opas no sentido de organizar um protocolo comum para a região. Ele defendeu ainda ser importante compreender melhor a dinâmica das doenças para fortalecer a sua vigilância, bem como monitorar os casos de resistência aos inseticidas. “São milhões de dólares investidos nos países. Não estamos fazendo corretamente?” questionou.

MARCADORES DA POBREZA

Castellanos disse preferir o uso do termo “doenças negligenciadas”, já que “doenças tropicais” não inclui doenças como tétano neonatal, raiva e sífilis congênita, que não são exclusivas de regiões tropicais, mas ainda atingem grande parte da população — e ponderou que “negligenciadas” também não parece suficiente, já que deixa de fora doenças importantes como a dengue, que não pode ser considerada negligenciada. “O uso dos termos é político”, observou.

Na mesma linha de raciocínio, o diretor de vigilância de doenças transmissíveis do Ministério da Saúde, Cláudio Maierovitch também problematizou o uso da nomenclatura, lembrando que as doenças tropicais representam um conjunto heterogêneo de males decorrentes e perpetuadores da pobreza que, apesar de atingirem 1/6 da população mundial, ainda são negligenciados, já que não constam como prioritários nos investimentos em tecnologia e/ou assistência. “Algumas destas doenças são marcadoras de exclusão, já que são exclusivas de pobres”, advertiu. Ele citou como exemplo a tuberculose, associada diretamente às péssimas condições de vida e às populações mais vulneráveis. A doença, segundo ele, atinge três vezes mais a população indígena, 27 vezes quem está nos presídios, 38 vezes as pessoas que vivem com HIV/aids e 44 vezes aquelas em situação de rua.

Claúdio reforçou o que disse Castellanos sobre a importância de ações conjuntas no

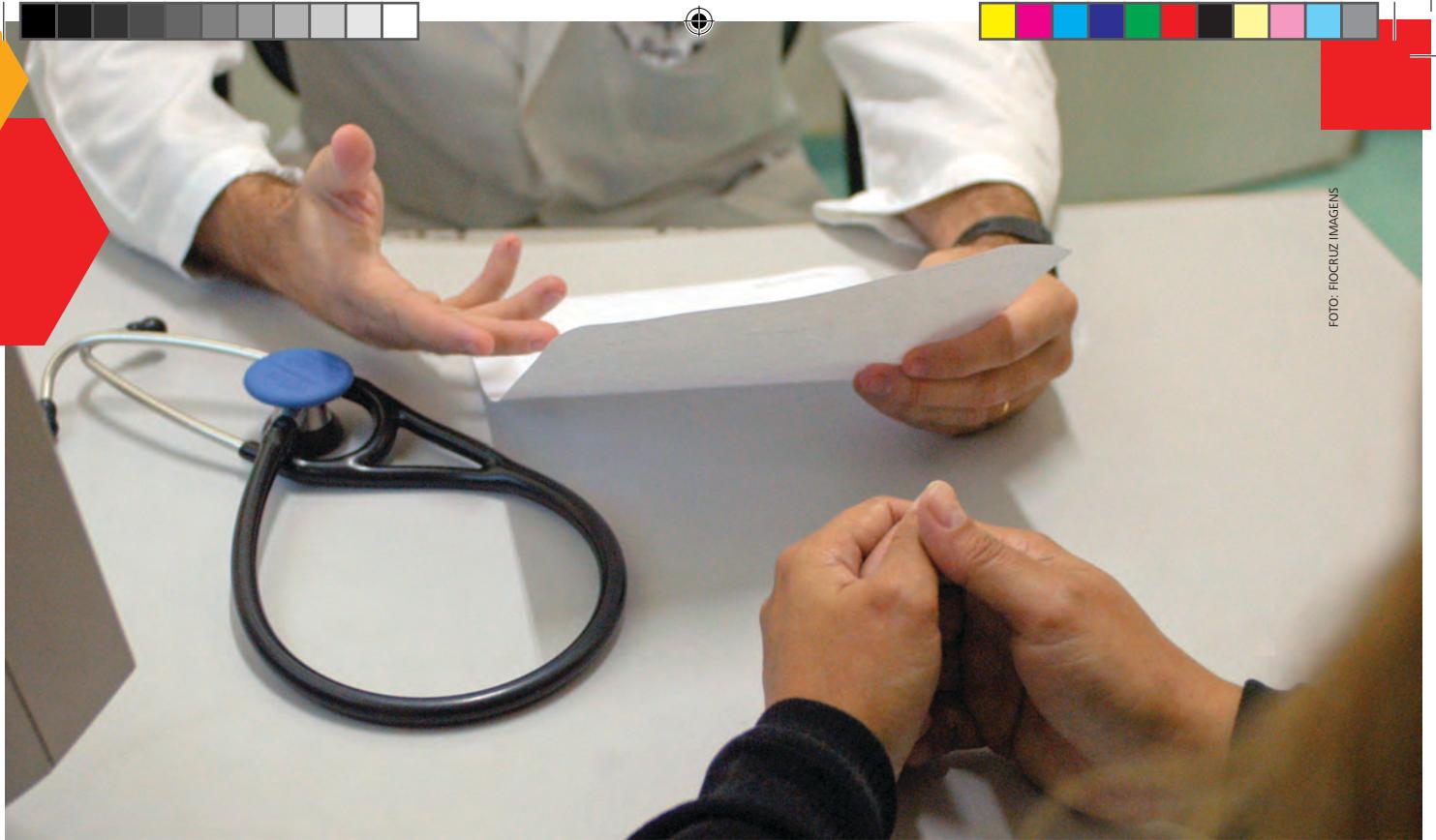


FOTO: FIOCRUZ IMAGENS

enfrentamento das doenças, e citou o plano integrado de ações estratégicas de eliminação de hanseníase, filariose, esquistossomose, oncocercose, tracoma e controle das geohelmintíases, proposto pelo Ministério da Saúde em 2011, como exemplo de uma organização que “potencializa efeitos de uma intervenção comum” e facilita o trabalho nas esferas de gestão do SUS.

Presidente do congresso, o infectologista Ivo Castelo Branco Coelho também considerou que as doenças tropicais não despertam muito interesse nas indústrias farmacêuticas. “Poucos trabalham com essas doenças”, disse à *Radis*, revelando que o evento — que tinha como tema *Doenças Tropicais: do ensino e pesquisa aos serviços de saúde* — havia investido no público de estudantes e de novos profissionais. “A gente tem que trazer sangue novo”, observou, lembrando que especialidades como a clínica médica e pediatria estão desvalorizadas. “O doutor de estetoscópio, que examina e dá o diagnóstico, está sendo muito mal remunerado, se sentindo desprestigiado”, avaliou, indicando que melhorar o salário do médico de família talvez ajude a reverter o problema.

ATENÇÃO PARA A BASE

Ivo também considerou essencial o papel dos profissionais que atuam na atenção básica. Tomando a dengue como exemplo, ele informou que 70% dos casos de dengue podem ser atendidos e conduzidos por estes profissionais. “A atenção primária deve saber fazer a triagem dos pacientes que podem precisar de um exame e de uma hospitalização, o que seria em torno de uns 30%. Dessa porcentagem, somente 5% precisarão de um atendimento terciário”, avaliou o infectologista, lamentando que a população, por falta de acesso ou confiança, recorra a

atendimentos secundários. “O resultado são emergências sobrecarregadas, que acabam não fazendo um atendimento correto”, sinalizou, observando que falta hierarquia no atendimento.

O infectologista Rivaldo Venâncio Cunha, diretor da Fiocruz Mato Grosso do Sul, também defendeu o reforço na base: “A atenção primária é essencial. É preciso capacitar esses profissionais para absorver a grande demanda”, advogou. Ele alertou que a maior parte dos pacientes terá que ser atendida dentro da atenção primária. Não existe outra alternativa. Rivaldo ressaltou, que para o profissional estar preparado para atender casos clinicamente suspeitos, é necessário que o sistema esteja organizado. “Os profissionais da saúde não podem impedir uma epidemia de dengue, mas podem, com certeza, impedir ou diminuir as mortes. O mesmo vale para chikungunya: se não podem “curar” o paciente, certamente podem ajudá-lo na recuperação da sua capacidade cotidiana para enfrentar a vida. Essa é a tarefa do sistema de saúde”, argumentou, cobrando dos gestores a responsabilidade de organizar a rede.

PARTICULARIDADES REGIONAIS

Ivo acrescentou outro dado importante: o respeito às peculiaridades regionais. Ele citou uma falha da estratégia de imunização contra a gripe como exemplo. Para o infectologista, a vacina é excelente, mas deve ser aplicada antes de o inverno chegar. “No Nordeste, ela é feita no meio dessa estação”, reclamou, lembrando que, por conta disso, somente são vacinadas as pessoas que correm o risco de morte. “Elas tomam a vacina, mas algumas dessas pessoas morrem. Então as pessoas acham que foi a vacina que matou. O resultado disso é descrédito: mais da metade das vacinas não são aplicadas”, argumentou. 

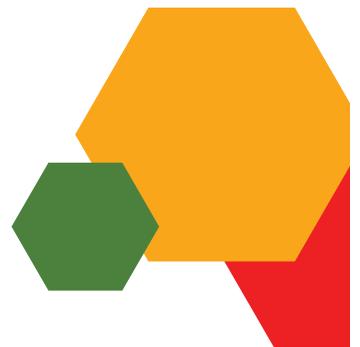




FOTO: ADRIANO DELAVOR

Novas e antigas ameaças

Mesa redonda sobre chikungunya reuniu grande público interessado em técnicas de diagnóstico e manejo da dor

A julgar pela grande audiência que obtiveram, o interesse maior dos participantes se concentrou em doenças que ocuparam boa parte do noticiário no primeiro semestre: dengue e chikungunya. Manifestações clínicas, técnicas de diagnóstico, manejo da dor e novos protocolos de atendimento foram temas que reuniram grande público e avaliaram respostas dadas às ameaças no país.

Uma longa fila se formou no corredor do Centro de Eventos, em pleno horário de almoço, para o simpósio “Dengue: a próxima doença imunoprevisível”. O pesquisador João Bosco Siqueira Jr., da Universidade Federal de Goiás (UFG), comparou a doença a um iceberg; segundo ele, apesar de ser responsável por 400 milhões de infecções por ano em todo mundo, apenas 100 milhões de casos são sintomáticos, tendência crescente e preocupante. João Bosco considerou que vivemos um potencial risco de dengue, zika e chikungunya, o que pode ser desastroso em 2016, quando a cidade do Rio de Janeiro deverá receber muitos visitantes estrangeiros, por conta dos Jogos Olímpicos. O pesquisador recomendou uma “vigilância sentinela” com rotinas estabelecidas e qualificação de profissionais de saúde, e advertiu que uma possível vacina pode não ser a solução para todos os problemas.

O professor Marcos Boulos, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), enumerou dificuldades no enfrentamento da dengue: infestação do vetor no interior dos domicílios, ausência de um imunizante (e de um tratamento específico para os doentes), dificuldade de conscientizar a população, resistência do mosquito vetor aos inseticidas e a falta de uma ação continuada do poder público. A estas dificuldades, disse, se somam os custos financeiros sociais e até políticos, alertou o pesquisador. “Houve prefeito em São Paulo que perdeu o mandato por causa da dengue”, declarou.

CHIKUNGUNYA

“A chikungunya deixou de ser uma virose negligenciada para se tornar uma das maiores ameaças de saúde pública”, advertiu a virologista Cláudia

Duarte dos Santos, pesquisadora do Instituto Carlos Chagas (Fiocruz Paraná). Em mesa redonda que discutiu a doença, ela explicou que há uma variedade de tipos de diagnósticos — cada qual indicado para uma determinada fase de contaminação — e frisou a necessidade de se avaliar os kits comerciais disponíveis no mercado, lembrando que em 2011, dois anos antes de o vírus entrar no país, a Fiocruz já dispunha de um teste validado, que não foi utilizado. “Foi a crônica de uma morte anunciada”, lamentou a pesquisadora, defendendo o direito de todo cidadão ter acesso a diagnóstico de qualidade.

O manejo da dor nas pessoas atingidas por chikungunya também despertou o interesse de participantes, já que a doença, apesar de ser considerada de baixa letalidade, é debilitante, como informou o médico Carlos Brito, do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip/PE) e integrante do Comitê Técnico de Dengue e Chikungunya do Ministério da Saúde. “Os profissionais não estão familiarizados com o tratamento da dor da chikungunya e de outras doenças”, alertou, observando o impacto clínico da doença na vida do cidadão e no cotidiano dos serviços. Segundo ele, 60% das pessoas atingidas pelo vírus permanecem com dor articular por meses e até anos, o que muitas vezes as impedem de executar tarefas simples como levantar-se, tomar banho e até abrir uma simples garrafa. Além disso, frisou, é uma dor intensa e pouco responsiva a analgésicos. “Há casos em que o paciente não consegue nem tocar nas articulações”, disse o pesquisador.

Carlos recomendou aos participantes que se familiarizassem com o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, lançado pelo Ministério da Saúde em 2002. “Dor é uma das principais causas do sofrimento humano, gerando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas, constituindo-se, desta forma, em grave problema de saúde pública”, disse, lembrando que a dor crônica atinge até 40% da população brasileira.

O pesquisador Rivaldo Venâncio (Fiocruz/MS)



chamou atenção para outro aspecto da chikungunya que merece atenção, que é a persistência de seus sintomas. Ele lembrou que, ao contrário da dengue — que apresenta uma grande incidência de casos no período mais quente e chuvoso do ano e depois de alguns meses diminui — a da chikungunya se estende: “Estamos observando a persistência de um percentual muito elevado de pessoas que continuam com as manifestações clínicas da doença durante cinco, seis, oito meses após a fase aguda dos surtos epidemiológicos”, explicou à *Radis*. A isso se soma o risco de que um dos vetores responsáveis pela transmissão da doença, o *Aedes albopictus*, ter maior capacidade de se adaptar às zonas temperadas — o que, pelo menos teoricamente, aumentaria sua capacidade de infectar pessoas não somente nos meses do verão, como advertiu Giovanini Coelho, da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde. Ele explicou que o vírus, relativamente novo na região das Américas, tem um potencial explosivo e epidêmico, e disse que os pesquisadores ainda buscam respostas para explicar por qual motivo, no Brasil, uma epidemia não se confirmou em 2015. De qualquer modo, ele orientou que é preciso aproveitar e preparar profissionais e serviços para o ano que vem. “Detecção de qualidade é a chave para que se

adotem medidas de controle”, declarou, informando que o Ministério da Saúde se organiza para mobilizar a organização e a experiência que se acumulou no combate à dengue.

ZIKA

O que já sabemos sobre a zika? Ainda muito pouco, disse o infectologista Kleber Luz, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Em conferência sobre a doença, ele declarou que a zika ainda é praticamente desconhecida da ciência, já que grande parte das publicações disponíveis datam dos anos 1950 e 1960, logo após o isolamento do vírus, em 1947. Kleber explicou que a doença compromete o sistema nervoso num processo inflamatório discreto, mas que pode levar ao desenvolvimento da síndrome de Guillain Barré. Segundo ele, não se sabe exatamente o período de incubação da doença — estima-se que seja de uma semana —, mas orientou que o paciente apresenta febre baixa, comprometimento articular (sempre em várias articulações ao mesmo tempo, e de forma simétrica), por aproximadamente duas semanas. “Zika e chikungunya são muito parecidas”, alertou o pesquisador, lembrando que a febre baixa diferencia a zika (veja quadro a seguir). 

DENGUE

CHIKUNGUNYA

ZIKA



TRANSMISSÃO

O vírus é transmitido pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*.

O vírus é transmitido pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*.

O vírus é transmitido pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. Também é possível a transmissão perinatal (de mãe para filho), em transfusões de sangue e relações sexuais.



SINTOMAS

Febre alta (geralmente entre 2 e 7 dias), dor de cabeça e atrás dos olhos, dores no corpo e articulações, prostração, fraqueza, erupção e coceira na pele. Nos casos graves, sangramentos (nariz, gengivas), dor abdominal, vômitos persistentes, sonolência, irritabilidade, hipotensão e tontura.

O principal sintoma é a dor nas articulações dos pés e das mãos, mais intensa do que nos quadros de dengue (e que pode permanecer por meses e até por anos). Além disso, febre repentina acima de 39 graus, dor de cabeça, dor nos músculos e manchas vermelhas na pele. Cerca de 30% dos casos não apresentam sintomas.

Pacientes apresentam um quadro alérgico. Os sintomas, porém, são parecidos com os da dengue e da chikungunya: febre (mais baixa que nas outras duas doenças), dores e manchas no corpo (brancas e vermelhas). O paciente também pode apresentar diarreia e sinais de conjuntivite (vermelhidão nos olhos, mas sem pus e sem coceira).



TRATAMENTO

Procurar atendimento médico. As recomendações são ficar de repouso e ingerir bastante líquido. Não existem remédios contra a dengue. Caso apareçam os sintomas da versão mais grave da doença, é importante procurar um médico novamente.

Procurar atendimento médico. Não há tratamento específico. É preciso ficar de repouso e consumir bastante líquido. Como nos casos de dengue, não é recomendado usar o ácido acetil salicílico (AAS) devido ao risco de hemorragia.

Procurar atendimento médico. Assim como em outras viroses, o tratamento consiste em repouso, ingestão de líquidos e remédios que aliviem os sintomas e que não contenham AAS.

FONTE: RIVALDO VENÂNCIO, KLÉBER LUZ E RICARDO LOURENÇO



Legalize já amanhã ou depois

“Saúde e bem-estar da humanidade” são os principais objetivos da atual política de drogas das Nações Unidas, que determinou uma guerra ao tráfico e aos usuários de substâncias consideradas ilícitas. Daí a importância de a Saúde, como setor, se posicionar sobre a questão. Foi o que pretenderam o seminário Maconha: usos, políticas e interfaces com a saúde e direitos, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz e pela Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro em julho no Rio de Janeiro, e o 2º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, organizado pela Associação Brasileira de Saúde Mental em junho em João Pessoa. A Radis acompanhou ambos os encontros, complementares na perspectiva dos direitos humanos, e os relata a seguir.

Bruno Dominguez

A guerra às drogas está cada vez mais perto do fim. Não tão perto se consideramos que seus exércitos fracassam há quatro décadas nos pressupostos de proteger territórios e a saúde das pessoas. Mas a roda do tempo gira — na Holanda, em Portugal, em parte dos Estados Unidos, no Uruguai — e o mundo pode assistir a uma reformulação parcial dos tratados internacionais sobre substâncias ilícitas em 2016 e a outra mais profunda em 2019. Já neste mês, quando o Supremo Tribunal Federal deve votar a constitucionalidade da nossa Lei de Drogas, o Brasil tem a oportunidade de dar um (pequeno) passo à frente. Até a bandeira branca ser totalmente levantada, o único resultado da guerra que pretendia estabelecer um “mundo sem drogas” terá sido fomentar um mercado à margem dos Estados, armado e que produziu milhares de vítimas — especialmente pobres.

“Eu sou uma vítima das drogas”, se apresenta o deputado federal Jean Wyllys (Psol-RJ), professor da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio). “Desde que me entendo por gente, percebi que meu pai fazia uso abusivo ou problemático de drogas e isso afetava bastante a vida da nossa família. Passávamos fome porque ele não conseguia se manter no emprego. Por isso tive que começar a trabalhar muito cedo, aos 10 anos de idade. Não bastasse isso, tínhamos que buscá-lo nos lugares onde ele estava caído, sujo; não era raro que ele agisse com violência. Meu pai acabou morrendo em decorrência dessas substâncias, com um câncer na base da língua”. As drogas a que Jean Wyllys se refere são lícitas: álcool e tabaco.

ILEGAL OU IMORAL?

Quando o álcool pode causar mais males à saúde individual e coletiva que a maconha, por exemplo, o que sustenta a permissão da venda de um em qualquer esquina do país e empurra a outra para a criminalidade? “Não há nenhuma evidência científica que possa servir como fundamento para a atual diferenciação de drogas entre lícitas e ilícitas”, afirma o presidente da Fiocruz e da Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia, Paulo Gadelha. “É uma decisão arbitrária, baseada no processo de construção social”.

O mesmo indica o pesquisador do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) Francisco Inácio Bastos, coordenador do 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, o maior já realizado no país, com dados previstos para 2016: “A partição de drogas não tem nenhum vínculo com estudos de toxicologia e de neurociências. Por razões que não são claras, cada vez menos a produção científica refinada e consistente nessa área se transforma em decisões objetivas”.

Lícita ou ilícita, a explicação para a diferenciação parece ter mais a ver com dogmas, conforme avalia o antropólogo Maurício Fiore, pesquisador do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento e um dos fundadores do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos. “O proibicionismo promete soluções baseadas na lógica dicotômica simplista de que umas drogas são boas e outras ruins, umas leves e outras pesadas, a partir da colonização do Estado por valores morais”. Wyllys também chama a atenção para o “imaginário das



FOTO: AMAURI NEHN

drogas”, a maneira como são representadas, e seu impacto na formulação de políticas: “Quando se fala em drogas, nosso imaginário evoca uma sala de polícia, em que atrás de uma mesa, com tabletes e um fuzil, há um homem negro algemado”.

GUERRA DESIGUAL

E como negar que os efeitos danosos do proibicionismo recaem especialmente sobre uma parcela da população? A Lei 11.343 pretendia despenalizar o porte de drogas para consumo próprio, mas ao se abster de definir critérios objetivos para distinguir usuário e traficante, na prática, manteve tudo como estava — ou, pior, aprofundou a desigualdade de julgamento. O Brasil tem 607.731 presos, aparecendo como o 4º país na lista dos que mais encarceram no mundo, atrás apenas de Estados Unidos (com população carcerária de 2.228.424), China (1.657.812) e Rússia (673.818), segundo dados de 2014 do Infopen (Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias), do Ministério da Justiça.

A lei é de 2006. Em 2007, 10% do total de presos tinham cometido crime de tráfico de drogas. Em 2014, eram 35%. “Houve um efeito claro de aumento de prisão por tráfico após essa lei”, atesta o diretor de Articulação e Coordenação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), do Ministério da Justiça, Leon Garcia. Das prisões por tráfico, 87% aconteceram em flagrante, 82% em via pública, 62% em patrulhamento de rotina. O que isso indica? Que não foram resultado de uma rotina investigativa para deter traficantes de médio e grande porte. “A maioria foi ocasional”, avalia

Leon. Mas não tão ocasional assim, “porque não é ao acaso que a polícia decide onde e a quem fazer abordagens”, ressalva ele.

Por isso a maioria dos detidos tem o mesmo perfil: 75% com idade entre 18 e 29 anos e 80% não chegaram ao ensino médio. “São pessoas que estão na base da pirâmide das organizações criminosas que traficam, com pouca relevância nessa estrutura”. Ainda segundo Leon, há uma alta probabilidade de que esses traficantes sejam na verdade usuários, presos pela brecha da lei. No mundo, a distinção entre um e outro geralmente tem como critério a quantidade de drogas portada. Em Portugal, é traficante quem carrega mais de 25 gramas de maconha, por exemplo. Caso o Brasil aplicasse esse critério, prenderia 30% menos por tráfico, nas contas da Senad. Mas há critérios mais complexos, como o da Inglaterra, que leva

Repressão ao uso e a manifestação do uso de drogas parte da colonização do Estado por valores morais, diz antropólogo

“Não há nenhuma evidência científica que possa servir como fundamento para a atual diferenciação de drogas entre lícitas e ilícitas”

em conta a participação da pessoa na estrutura do crime — e alivia a pena por exemplo para as chamadas “mulas”, que carregam grande quantidade de drogas mas têm participação marginal na indústria do tráfico.

NAS MÃOS DO STF

A brecha na lei brasileira pode ser preenchida pelos ministros do Supremo Tribunal Federal, ao julgar a constitucionalidade do artigo 28 da Lei 11.343, que classifica como crime o porte de entorpecentes para consumo pessoal. Na ação, a Defensoria Pública de São Paulo alega que o dispositivo contraria o princípio da intimidade e vida privada, pois a conduta de portar drogas para uso próprio não causa lesão a bens alheios. "O porte de drogas para uso próprio não afronta a chamada 'saúde pública' (objeto jurídico do delito de tráfico de drogas), mas apenas, e quando muito, a saúde pessoal do próprio usuário", segundo a Defensoria.

O julgamento é aguardado pelos especialistas como uma das poucas oportunidades de mudança na política de drogas, em um momento em que o conservadorismo se aprofunda. "Possivelmente os ministros vão decidir pela criminalização ou não do porte de maconha e de todas as outras drogas, e pode ser definido o critério de distinção entre usuário e traficante", de acordo com Leon. Mas, como alerta o deputado federal Paulo Teixeira (PT-SP), a disputa é mais complexa: "É fundamental enfrentar com argumentos o desejo de encarceramento da sociedade, da Justiça e do parlamento".

MACONHA MEDICINAL

Dentro dos limites impostos pelo tabu em torno da palavra "droga", uma conquista recente no país foi a retirada do canabidiol da lista de substâncias proibidas, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em janeiro. Em maio, a agência facilitou o processo de importação da substância. Extrato retirado da maconha, o canabidiol tem sido apontado como eficaz na diminuição da frequência de crises convulsivas entre pessoas com doenças neurológicas graves que não respondem a tratamentos convencionais.

Funciona para Débora Rosa, de 20 anos, que sofre de uma doença rara chamada síndrome de Dravet. "Diminui a frequência e a duração da convulsão, melhora o desenvolvimento motor. Hoje é muito raro ela cair, e antes caía todo dia, por falta de equilíbrio", relata a mãe da Débora, Patrícia Rosa, diretora da Associação Brasileira Abrocannabis, criada para defender os direitos das pessoas que fazem uso

"As convenções e leis que arbitrariamente proíbem algumas drogas criam crimes sem vítimas, violam direitos e espalham uma guerra letal, que mata muito mais que as próprias drogas"

de cannabis, primordialmente medicinal. As barreiras atuais são duas. Uma alfandegária: a apreensão do extrato pela Receita Federal nos aeroportos, e a demora na liberação. Outra é financeira: uma pessoa com 50 kg pode requerer 20 frascos de canabidiol por mês para o tratamento, a um custo total de 1.500 dólares. "O

melhor para as mães seria liberar o cultivo no Brasil", diz Patrícia.

Pai de Pedro, de 5 anos, Julio Pinto Neto revela que entrou em conflito quando soube que o extrato de maconha poderia melhorar a qualidade de vida de seu filho, que sofre de encefalopatia grave e epilepsia multifocal de difícil controle. "Foi complexo lidar com o estigma social de usuário de maconha", revela. Por isso, ele e um grupo de pais da Paraíba em situação semelhante primeiro falavam em canabidiol, como estratégia para simplificar o debate, depois em canabinóides e, agora, em maconha medicinal. "Esperamos que em um futuro próximo possamos falar em maconha e na regulamentação de todas as drogas".

MARCHA DA MACONHA

A maconha é apontada como a "porta de entrada" de uma mudança maior da política de drogas no Brasil e no mundo — ou a "porta de saída". Substância ilícita mais consumida internacionalmente, 2,5% da população brasileira relataram uso nos últimos 12 meses — prevalência baixa se comparada a dos Estados Unidos (12,6%), da Espanha (10%) e da França (8,5%). O Uruguai, ao rever sua política de drogas, optou por legalizar apenas a maconha. Mas o fez em todas as etapas da cadeia, permitindo a produção, a venda e o consumo da substância — fato inédito. A Holanda permite a venda e o uso; Portugal permite o uso; mas nenhum país havia enfrentado ainda o nó da produção.

A mudança se deu em um momento de desenvolvimento econômico mas de crise de segurança, segundo relato do ex-secretário da Junta Nacional de Drogas, o sociólogo Julio Calzada, que comandou o processo de legalização ao lado do ex-presidente José Mujica. "A taxa de criminalidade disparou a partir de 2011, vinculada ao comércio ilegal de drogas e à disputa pelo controle de territórios. O governo pensou 15 medidas para enfrentar o crime, entre elas a regulação do mercado da maconha. Não foi o centro da política, mas uma parte dela", conta Calzada, reforçando que não há política de drogas dissociada de uma discussão sobre modelo de desenvolvimento.

"Poderíamos optar no momento de crise de segurança pela luta contra o narcotráfico e o crime organizado, como propõem os fóruns das Nações Unidas, mas optamos pelo âmbito da convivência". O Estado assumiu o controle das atividades de importação, produção, aquisição, armazenamento, comercialização e distribuição de maconha ou de seus derivados. Em resumo, toda a cadeia da maconha foi estatizada.

Por enquanto, já vigoram a permissão para autocultivo pessoal (plantio de até seis pés de maconha) e para clubes de cultura (com um mínimo de 15 membros e um máximo de 45, com número proporcional de pés de maconha). Está em processo de licitação a licença para que empresas plantem e distribuam maconha a farmácias, de onde uruguaios maiores de 18 anos poderão comprar até 40 gramas por mês, a preço tabelado, próximo de 1 dólar por grama. Sobre a possibilidade de servir de modelo para o Brasil e o mundo? Calzada rechaça: "Não queremos ser modelo, porque não há modelos, em matéria de política de drogas". Para ele, o que há são caminhos, experiências.



FOTO: MATEUS PEREIRA/SECOM/BA

CAMINHO PARA O BRASIL

Um caminho para o Brasil seria a aprovação do Projeto de Lei 7.270/2014, de autoria do deputado Jean Wyllys, que legaliza e regula a produção, a industrialização e a comercialização de maconha e derivados. Como no Uruguai, o texto prevê autorização para autocultivo e clubes de cultivo; mas, no lugar de estatizar toda a cadeia, abre ao mercado a produção e a comercialização, desde que não pratique preços abusivos. Os impostos recolhidos do comércio da maconha seriam aplicados em prevenção ao uso de drogas e em centros de reabilitação de dependentes químicos.

"A gente escuta a torto e a direito que o Brasil não está preparado para legalizar a maconha, mas falta mais o que, quando se tem 35% dos presos ligados ao tráfico, crescimento da população prisional, pessoas detidas com pequena quantidade de maconha?", questiona o psiquiatra Luis Fernando Tófoli, professor da Universidade Estadual de Campinas e integrante do Laboratório de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos.

Pesquisa com 3 mil pessoas coordenada pelo Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fiocruz identificou que 90% dos entrevistados não se consideram suficientemente informados e esclarecidos no debate sobre legalização da maconha. Mas, na hipótese de o país avançar para o processo de legalização, 60% não seriam favoráveis. "É um desafio lidar com esse paradoxo", avalia o coordenador do CEE, Antonio Ivo de Carvalho. "Quando discursos racionais aparentemente não dão conta, torna-se mais complexo convencer juízes, promotores, delegados, médicos e todos os atores sociais que a criminalização não se mostra adequada no trato a drogas em perspectiva democrática, entendendo democracia como concretização dos direitos fundamentais", observa o juiz Rubens Casara.

AMANHÃ, EM 2016 OU DEPOIS

Para a juíza aposentada Maria Lucia Karam, presidente da Leap Brasil (braço brasileiro da organização internacional Law Enforcement Against Prohibition), formada por integrantes das forças policiais e da justiça criminal que apontam a falência das atuais políticas de drogas, é preciso falar abertamente sobre a necessidade de se legalizar a produção, o comércio e o consumo de todas as drogas — e não apenas da maconha. "Falar em passar a maconha para o lado de cá [das drogas lícitas] é manter o discurso proibicionista", critica.

Nas palavras dela, reformas parciais mantêm violência, corrupção, impossibilidade de controle, mortes, encarceramento massivo, racismo e outras discriminações, leis violadoras de princípios, humilhação aos pobres, marginalizados, não brancos e desprovidos de poder. "As convenções e leis que arbitrariamente proíbem algumas drogas criam crimes sem vítimas, violam direitos e espalham uma guerra letal, que mata muito mais que as próprias drogas", observa. "Não se trata de uma guerra contra coisas (as drogas), mas contra pessoas (produtores, consumidores e vendedores)".

Na próxima Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) sobre Drogas, em 2016, representantes dos países-membros vão se reunir para repensar as políticas de drogas internacionais e domésticas, provavelmente reconhecendo o fracasso da política atual. Em 2019, está prevista a definição de um novo plano de drogas para os 10 anos seguintes. "A legalização da produção, comércio e consumo de todas as drogas é a opção política indispensável para definitivamente pôr fim a todos os danos da proibição e devolver ao Estado o poder de regular substâncias da mesma forma que faz com álcool e tabaco", de acordo com Maria Lucia. A juíza classifica o foco na legalização da maconha como o "discurso do pouquinho", "do possível". "Se não fizermos o discurso do que parece impossível, sim será impossível. Mesmo se não conseguirmos o que queremos amanhã, não importa, conseguiremos depois de amanhã".

A brecha da lei na distinção entre usuário e traficante favorece critérios discriminatórios nas abordagens policiais

Entrevista Orlando Zaccone

“O proibicionismo mata”

Bruno Dominguez

Há muitas vezes a favor da legalização das drogas. As mais raras são as que se situam dentro do aparato policial. E é justamente neste universo onde se destaca o delegado Orlando Zaccone. Pensamento dissonante dentro da corporação a qual caberia cumprir cegamente uma política repressiva às drogas e a seus usuários, Zaccone ganhou visibilidade por ter visão crítica do reflexo da guerra internacional a substâncias ilícitas no dia a dia da polícia brasileira. Autor de *Acionistas do nada — Quem são os traficantes de drogas*, recentemente lançou *Indignos de Vida — A forma jurídica da política de extermínio de inimigos na cidade do Rio de Janeiro*, sua tese de doutorado em Ciência Política na Universidade Federal Fluminense. No livro, avalia que há uma política de extermínio em vigência, que legitima a morte de (supostos) traficantes de drogas, construídos como inimigos da sociedade. Foi Zaccone quem desmontou a versão inicial do delegado Ruchester Marreiros de que Amarildo era traficante, depois de o pedreiro ter desaparecido — ele foi levado por policiais militares para a base da Unidade de Polícia Pacificadora, na Rocinha, no Rio de Janeiro. “A droga permite intervenção na vida: tudo se justifica e se legitima pela presença das drogas”, disse, em entrevista à *Radis*, em um intervalo do 2º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, realizado em junho em João Pessoa (Paraíba). Adepto do Movimento Hare Krishna, ele é o delegado que entende que sua função não é prender, mas soltar. Como fez com uma mulher levada a delegacia por ter tentado furtar um ovo de páscoa: Zaccone pagou pelo ovo e liberou a mulher. O delegado é secretário-geral da Leap Brasil (*Law Enforcement Against Prohibition*), organização internacional composta por integrantes das forças policiais e da justiça criminal que falam claramente sobre a falência das atuais políticas de drogas. Para ele, somente a legalização da produção, do comércio e do consumo de todas as drogas é capaz de interromper os efeitos nocivos do proibicionismo. “Mais pessoas morrem na guerra contra essas substâncias que pelo consumo dessas substâncias”.

No livro *Indignos de Vida*, você afirma que criminosos, especialmente os ligados ao tráfico de drogas, perdem o status de cidadãos e têm suas mortes legitimadas. Como isso acontece?

É minha tese de doutorado, defendida no Departamento de Ciência Política da Universidade Federal Fluminense, que surgiu da percepção de uma letalidade muito alta do sistema de justiça criminal no Brasil. Dados da Anistia Internacional abrem a tese, indicando que, no ano de 2011, os 20 países que ainda têm pena de morte no mundo produziram 676 execuções pela pena capital (só não foram contados os números da China, que não os fornece), enquanto somente as polícias do Rio de Janeiro e de São Paulo produziram 961 mortes, 42% a mais. É um dado preocupante, um paradoxo, porque vivemos em um país que proíbe a pena de morte e tem letalidade maior que praticamente todos os países com pena de morte juntos. A partir daí, busquei entender onde essa letalidade se situa no Estado de direito. Está dentro ou fora da lei? Sempre que a polícia mata uma pessoa, é instaurado um inquérito policial chamado de auto de resistência. Esse auto de resistência é levado ao conhecimento das autoridades jurídicas, no caso ao Ministério Público, que é o titular da ação. Segundo levantamento do professor do Departamento de Sociologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro Michel Misse, em 2005, 99% desses autos foram arquivados em menos de três anos — o que significa que a polícia mata muito, mas essas mortes são contempladas dentro da lei.

E que existe uma política de extermínio...

Sim. A letalidade não é proveniente só de uma ação de agência policial; ela é gestada através de uma política de extermínio. Na tese, eu quero mostrar que essas mortes não são causadas por erro de conduta policial, por policiais despreparados, que saem matando porque não foram treinados, conforme algumas pessoas colocam. Que existe uma política pública, não na forma de política pública de governo, mas na forma de razões de Estado, que vai legitimando a gestão dessas mortes no ambiente social. Estudei os pedidos de arquivamento de autos de resistência e pude observar, na linguagem do arquivamento, o que dá legitimidade a essas mortes. O mais importante é a condição do morto. Ela é dirigida a um grupo, no caso os traficantes de drogas, construídos como inimigos da sociedade. Assim, a morte de um traficante é legitimada simplesmente por sua condição de vida. Discute-se muito violência da polícia, do Estado, mas o que está em jogo não é a violência em si, e sim a quem essa violência é dirigida. Um promotor refere, no auto de resistência, que morreu um traficante e isso meio que legitima tudo. Como, por exemplo, na discussão 'era pedreiro ou era traficante' [uma referência ao caso Amarildo] e 'era dançarino ou era traficante' [uma referência ao caso de Douglas da Silva, o DG, morto em 2014 em uma comunidade do Rio de Janeiro]. Essa discussão permeia todo o debate da violência: se você constrói que o pedreiro era traficante, aquela morte já não é mais crime; se

você constrói que o dançarino era traficante, a morte não é mais crime.

E a sociedade legitima essa política de extermínio?

A sociedade reforça essa política. Dentro do marco do filósofo Michel Foucault, as relações de poder não se estabelecem de forma hierarquizadas. Não estamos falando, portanto, da decisão de um poder político soberano que estabelece que algumas pessoas são matáveis. É uma decisão que contempla saberes, dispositivos, micropoderes que permeiam toda a sociedade. Por exemplo, a mídia. Eu guardo uma matéria do jornal *Extra*, em que um título na capa diz: "Polícia não consegue provar que morto era traficante". Ou seja, o jornal naturaliza a condição do matável. Quando a mídia diz "entre 10 mortos, cinco tinham folha criminal" o que está presente na linguagem? Que, em relação aos que tinham folha criminal, a morte foi legítima e, em relação aos que não tinham, houve crime. É um jogo cruel, porque a construção desse inimigo matável é feita de forma seletiva, também relacionada ao local em que a morte se deu. O promotor fala: "O fato se deu em comunidade favelada". Se a polícia mata dentro da favela, a chance de ter essa morte legitimada é maior do que se ela mata fora da favela. E se, dentro da favela, ela mata alguém que tem passagem — às vezes nem por tráfico — a pessoa pode ter oito tiros nas costas, tiro a queima roupa, tiro na nuca, que o poder jurídico vai contemplar a morte como dentro da lei.

Como ficam os policiais dentro dessa política? Eles são vítimas também?

Os policiais sofrem porque são jogados em uma guerra e instados pela sociedade e pelo poder político a exterminarem o inimigo. Mas quando, no meio dessa guerra, o policial por qualquer motivo não consegue construir que o morto era um

Zaccone, que desmontou versão de que o pedreiro Amarildo tinha vínculo com o tráfico. "Se a polícia mata um traficante, a morte está legitimada", alerta o delegado



FOTO: BRUNO BOU HAYA

inimigo, ele fica diante de um problema. “Foi um erro de procedimento policial”, “o policial está mal preparado”, “o policial é um débil mental”, como já foi falado por um governador do Rio [Sérgio Cabral], quando policiais atiraram em um carro supostamente em fuga e, em vez de haver criminosos no carro, havia uma família. Morreu o garoto João Roberto, na Tijuca (RJ). Vamos supor que, no lugar da família, dentro do carro houvesse um grupo de marginais. Os policiais não seriam débeis mentais. Eles ganhariam uma medalha. O policial sofre porque está em um jogo em que ele não ganha nada. Quando ele executa um inimigo, não recebe melhor salário, maior dignidade, maior respeitabilidade perante a sociedade. Porque a sociedade nunca vai respeitar o carrasco, o verdugo, o capitão do mato. Essa função sempre foi dada a alguém fora do poder jurídico. O poder jurídico nunca quis sujar a mão de sangue. Até hoje não é o juiz que condena à morte quem executa a sentença, quem aplica a injeção letal. Quem exerce essas funções são outras pessoas não contempladas no Palácio da Justiça. Existe um poder jurídico, por meio do Ministério Público, que fomenta essa letalidade, que não bota a mão no sangue. E a polícia fica na frente para realizar essa função.

"Os policiais sofrem porque são jogados em uma guerra e instados a exterminar o inimigo"

Em seu outro livro, *Acionistas do Nada*, você fala que a guerra às drogas é uma guerra seletiva, focada nos pequenos varejistas.

Já no plano internacional se tem uma seletividade na repressão. Há 200 substâncias proibidas, mas não se vê uma guerra às substâncias sintéticas proibidas. Porque elas são produzidas na Europa e nos Estados Unidos, que não vão botar uma guerra no território deles. Isso vem da teoria de diferenciação, em que os Estados Unidos se dizem um país consumidor, vítima dos países traficantes. No plano interno, a diferenciação é entre usuário (vítima) e traficante (o grande monstro). Aí cabe a pergunta: quem é usuário e quem é traficante? O que diferencia hoje usuário de traficante é a renda. E a renda também está ligada à cor da pele. Uma construção no ambiente social vai fazendo com que os traficantes sejam os pobres e os usuários sejam os ricos. Muito embora a realidade seja outra. A maconha é uma droga consumida pelas classes populares porque é uma droga barata, a cocaína também. Mas quando o consumidor de classe popular é identificado na favela com pequenas quantidades de uma substância, ele é tratado não como usuário, mas como traficante. Por quê? Porque mora na favela, porque não tem como comprovar renda e por tantas outras construções dessa distinção arbitrária.

21

Nesse cenário, a simples descriminalização do uso de drogas não é suficiente?

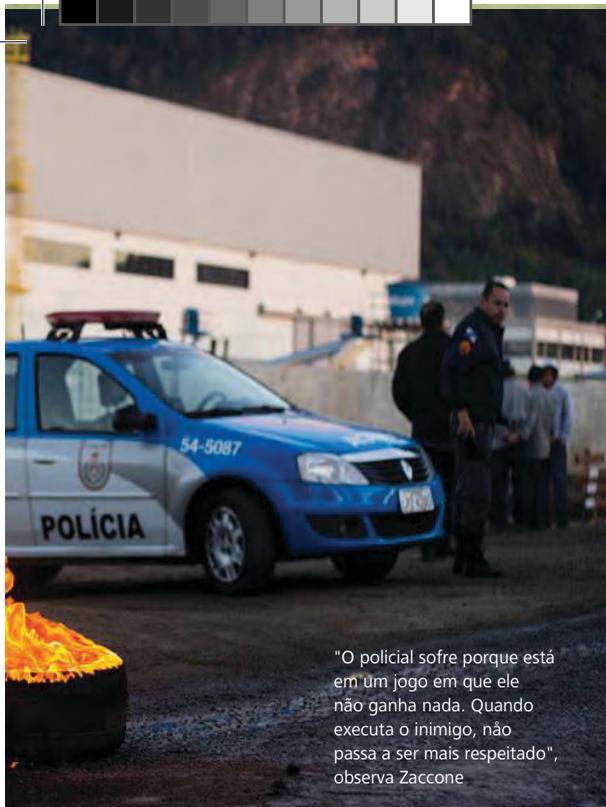


FOTO: BRUNO BOU HAYA

Como secretário-geral da Leap, defendo a legalização da produção, do comércio e do consumo de todas as drogas. Critica-se a experiência de alguns países, como a Holanda. Mas lá não houve legalização, houve autorização para o comércio e o consumo em determinados ambientes, de apenas uma substância — a maconha. A produção não foi legalizada. Os problemas que a Holanda enfrentou foram decorrentes do fato de não ter feito o ciclo completo da legalização. É preciso legalizar todas as drogas, porque o proibicionismo nunca proibiu todas. Sempre proibiu umas independentes de outras. Trazer algumas das substâncias para o rol de permitidas é manter o proibicionismo. A guerra vai continuar em relação a outras drogas, que também são desejadas. E sempre que se tem uma mercadoria que é desejada para consumo e não se tem a regulação desse mercado, ele vai acontecer no paralelo, na ilicitude. Então não adianta legalizar a maconha e continuar proibindo a cocaína.

Os críticos da legalização interpretam como um “liberou geral”...

Quem libera geral é a proibição. A legalização nunca pretendeu liberar geral. Aliás, o termo liberação é usado de forma pejorativa, para desqualificar a legalização. Legalização sempre foi regulação e controle, ainda que as políticas públicas controlem mais algumas substâncias legalizadas do que outras. Por exemplo, o álcool não é liberado, pois existem regulações até que chegue ao mercado. Alguns tipos de álcool são proibidos — o absinto, por exemplo. O tabaco também tem que chegar às pessoas em determinadas condições. Os dois, em tese, sofrem controle: só podem estar no mercado de determinada forma. No Brasil, o tabaco foi a única droga foco de uma política. Houve redução de consumo porque se proibiu a propaganda em televisão, se restringiu local para consumo, se informou ao consumidor sobre os danos. Houve uma parceria com a sociedade, sempre necessária.



"O policial sofre porque está em um jogo em que ele não ganha nada. Quando executa o inimigo, não passa a ser mais respeitado", observa Zaccone

Essas políticas públicas é que vão determinar uma redução maior no consumo das drogas. O que a legalização faz é algo muito necessário, que é interromper os efeitos nocivos da proibição. Não tem nada a ver com consumo de drogas, tem a ver com a letalidade que a proibição causa. Mais pessoas morrem na guerra contra essas substâncias que pelo consumo dessas substâncias. Nos não vemos nenhum jovem morrendo na disputa pelo mercado de álcool e tabaco.

A guerra às drogas, além de falhar no controle da circulação dessas substâncias, também falhou na proteção à saúde, que era um dos seus objetivos?

Sim. Sabemos que para o consumidor melhora muito a condição de uso quando há um controle do que está sendo oferecido. Quem fuma maconha hoje não sabe o que está fumando — se é maconha pura ou se tem outras coisas misturadas. O mesmo vale para a cocaína. Os profissionais da saúde sabem disso, os da área jurídica também sabem. As drogas que entram no mercado ilegal são sempre muito mais nocivas. Na época da Lei Seca nos Estados Unidos, por exemplo, o álcool chegava em um formato que podia cegar, porque era feito artesanalmente e não se separava o metanol, que causa cegueira. Quando se tem uma droga regulamentada, todo o mercado paralelo vai tentar imitar a qualidade da droga regulamentada: o whisky falsificado pretende ser o mais próximo do whisky legal. A forma de uso também é mais danosa quando há proibição. Durante a Lei Seca, pessoas injetavam álcool na veia, porque se tinha pouca circulação do álcool e para se ter um efeito mais rápido. Aí vem a grande pergunta: por que manter a proibição? Ao mesmo tempo em que a guerra às drogas é fracassada no discurso de proteção da saúde, ela tem sucesso em outras áreas que são ocultas. Quando a gente fala que a guerra às drogas é fracassada, estamos falando

em relação ao discurso que essa proibição propõe: proteger a saúde das pessoas, por exemplo. Mas ela é muito bem-sucedida em aquecer o mercado de armas, em controlar a população. Hoje, se a polícia entrar em nossa casa à noite sem nenhum mandato judicial e encontrar um cigarro de maconha, a operação está legitimada porque há flagrante. A droga permite essa intervenção na vida: tudo se justifica e se legitima pela presença das drogas. A ocupação militar no Rio de Janeiro com as Unidades de Polícia Pacificadora se justifica por isso. A presença da polícia nesses territórios a partir de um dispositivo militarizado não visa acabar com o tráfico; serve para controle da população da favela. A proibição potencializa esses dispositivos de controle da população, de intervenção do Estado na soberania dos corpos, de intervenção do Estado na garantia constitucional de inviolabilidade dos lares. É um grande dispositivo de imposição de ordem por um poder constituído.

A legalização parece ser, aos olhos da sociedade, uma demanda somente de usuários. Mas, nessa perspectiva, deveria ser uma bandeira de direitos humanos?

Infelizmente ou felizmente, depende de onde se vê, foram os usuários os primeiros a se manifestar contra o proibicionismo. No Brasil, se formos fazer a genealogia das manifestações, os primeiros a irem às ruas, antes das jornadas de 2013, foram os das marchas da maconha. Aliás, sendo duramente reprimidos, inclusive pelo Ministério Público. Os MPs estaduais entravam na Justiça um dia antes das marchas com liminares proibindo manifestação. Foi uma grande luta até que os usuários tivessem reconhecido seu direito de manifestação, pelo Supremo Tribunal Federal.

"A abstenção não pode ser imposta a todos da forma autoritária e totalitária que se propõe hoje"

Mas está na hora dos movimentos sociais botarem a legalização das drogas em suas pautas. É preciso que outros atores surjam no campo político com essa bandeira. O proibicionismo se constrói em alicerces morais e religiosos. E a nossa moralidade não deve ser imposta aos demais. Você pode ser a favor da legalização do aborto, porque vai proporcionar cuidado a uma mulher que decidir abortar, e ser contra a prática do aborto. Os que são a favor da legalização das drogas são aqueles que entendem que essa abstenção não pode ser imposta a todos na forma autoritária e totalitária que se propõe hoje, mas ao mesmo tempo não estão impondo ou incentivando ninguém a usar. O que está em jogo não é a abstenção de drogas, porque sempre houve abstenção nas sociedades, mas a imposição da abstenção a todos a partir de valores morais e religiosos. 

PUBLICAÇÕES

Raio-X comunitário



Escrito por Renato Meirelles e Celso Athayde, **Um país chamado favela: a maior pesquisa já feita sobre a favela brasileira** (Editora Gente) apresenta uma análise econômica, social e cultural realizada dentro das próprias comunidades, revelando dados surpreendentes sobre vida social, convivência com estereótipos, uso de internet e redes sociais e aumento de renda. Informações do livro também estão disponíveis no Data Favela (<http://datafavela.com.br>), instituto de pes-

quisa focado no comportamento e o consumo do morador das comunidades, que diagnostica um aumento de renda e ingresso no mercado de consumo, bem como a “reprodução obsessiva do estereótipo de bandidos profissionais reforçada pelo noticiário policial espetacularizado”.

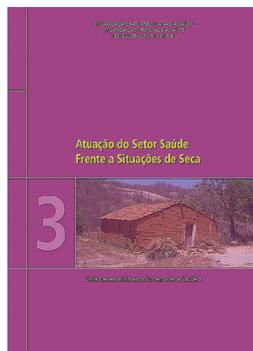
Desigualdade em queda



O livro **Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos 50 anos** (Editora Unesp), organizado pela professora Marta Arretche, do Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo (USP), advoga que, apesar de a América Latina apresentar os mais elevados índices de desigualdade do mundo e o Brasil ainda estar entre os países mais desiguais da região, as desigualdades, em várias áreas, vêm diminuindo consistentemente. São reduções gradativas, em um processo fortemente associado à

reconstrução da democracia, defendem os textos, escritos por 23 pesquisadores, de diversas áreas das ciências sociais (demografia, economia, sociologia e ciência política).

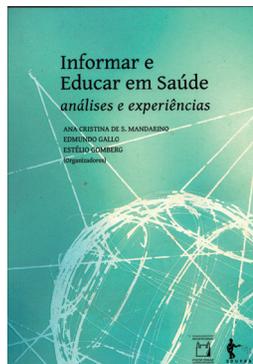
Saúde na seca



Os impactos da seca na economia, na vida social e na saúde das pessoas é abordado em **O setor saúde frente a situações de seca** (Opas/OMS), terceira publicação da série *Desenvolvimento Sustentável e Saúde*. A publicação (disponível em <http://bit.ly/11YO8Xk>) tem como objetivo apoiar gestores na tomada de decisões, apresentando ações para o setor saúde, em áreas como acesso à qualidade e quantidade de água potável e alimentação, além de

consequências inerentes às vulnerabilidades do território. O livro reúne artigos dos pesquisadores Carlos Machado de Freitas, Aderita Ricarda Martins de Sena, Eliane Lima e Silva, Carlos Corvalan, Cássia de Fátima Rangel Fernandes, Daniela Buosi Rohlf, André Monteiro Costa e Christovam Barcellos.

Educação e informação



Organizado por Ana Cristina de S. Mandarino, Edmundo Gallo e Estélio Gomberg, **Informar e educar em Saúde** (Editora Fiocruz/Edufba) é uma coletânea que, a partir de uma visão instrumental da educação e da comunicação, discute estratégias e políticas que visam implementar, de maneira participativa, ações que favoreçam a melhoria dos serviços de saúde. “São trabalhos que abordam um conjunto de problemas relacionados aos direitos da pessoa e interesses

comunitários, às ações individuais e coletivas para a prevenção e promoção da saúde”, define o professor Paulo César Alves (Ufba) em sua apresentação.

EVENTOS

4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência

Organizada a partir de deliberação do Conselho Nacional das Pessoas com Deficiência (Conade), em 2014, a conferência terá como tema “O desafio na implementação das políticas da pessoa com deficiência: A transversalidade como a radicalidade dos direitos humanos”, que será discutido a partir de três eixos temáticos: identidade de gênero e raça, diversidade sexual e geracional; órgãos gestores e de instâncias de participação social; e interação entre os poderes federados.

Data 7 a 9 de dezembro

Local Brasília, DF

Info <http://goo.gl/6jFEP9>, conade@sdh.gov.br e (61) 2027-3245

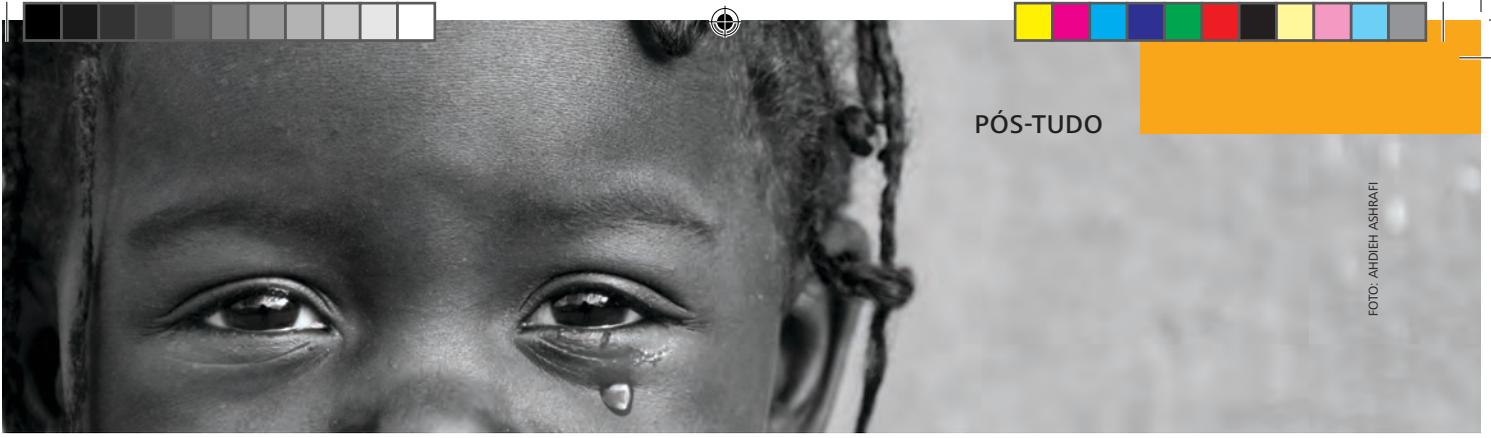
10ª Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

Convocada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), a décima edição do evento discutirá o tema “Política e plano decenal dos direitos humanos de crianças e adolescentes — fortalecendo os conselhos dos direitos da criança e do adolescente”, e reunirá representantes de diversos órgãos e movimentos, além de profissionais do setor público e privado que desenvolvam atividades relacionadas ao tema do evento.

Data 14 a 18 de dezembro

Local Brasília, DF

Info <http://goo.gl/3yaqoh>, spdca@sdh.gov.br e (61) 2027.3344



PÓS-TUDO

FOTO: AHMEDIH ASHRAFI

Os sete pecados capitais cometidos contra a infância

Bruna Ramos*

“O verdadeiro caráter de uma sociedade é revelado pela forma com que ela trata suas crianças.” A frase, de Nelson Mandela, foi escolhida pelo médico pediatra Daniel Becker para introduzir uma lista onde ele aponta os sete pecados capitais cometidos contra a infância. Daniel falou sobre o assunto no evento TEDx Laçador, realizado em Porto Alegre, em junho. Segundo o palestrante, as crianças brasileiras vêm sendo muito maltratadas pela sociedade. “Além de o país não oferecer boas condições de saúde, moradia, educação e segurança, os pais e cuidadores das crianças têm cometido pecados ao longo de sua criação”, afirma. O médico enumera:

1 — Privação do nascimento natural e do aleitamento materno

“A cultura da cesárea faz com que as mulheres acreditem que o parto normal deve ser a cesárea. Que o parto normal é nocivo, doloroso, perigoso. Isso gera diversos malefícios para a criança. Da mesma forma acontece com o leite materno. A mulher quer amamentar sua filha, mas (muitas vezes) em dois meses a criança está desmamada. Isso vem, em grande parte, por causa da indústria, que faz propaganda pelo nome que dá às suas fórmulas: ‘premium’, ‘supreme’, e a propaganda que ela faz com o médico”.

2 — Terceirização da infância

Por causa da falta de tempo dos pais, que têm que trabalhar para sustentar a família, as crianças estão sendo deixadas em creches ou com babás. “Perdemos o que é mais precioso na infância: o convívio com os filhos. Convívio é aquilo que nos dá a intimidade, a capacidade de estar junto, o amor, a sensação de estar cuidando de alguém, a sensação de conhecer profundamente alguém”.

3 — Intoxicação da infância

Também pela falta de tempo, é mais acessível trocar a comida tradicional brasileira por uma alimentação rica em gordura, sal e açúcar, que vem da comida congelada e industrializada. “Obesidade e diabetes estão explodindo na infância”.

4 — Confinamento e distração permanente

As crianças passam até oito horas por dia conectadas em aparelhos eletrônicos. Esse confinamento impede que elas tenham um momento de consciência, de vazio, de tédio. “O

tédio é fundamental na infância. Porque o tédio e o vazio são berço daquilo que é mais importante para nós, a criatividade e imaginação. Nós estamos amputando isso dos nossos filhos”.

5 — Mercantilização da Infância e Consumismo Infantil

Assistindo muita televisão durante o dia, as crianças são massacradas pela publicidade, por valores de consumismo. “E essa publicidade é covarde, explora a incapacidade da criança de distinguir fantasia de realidade, explora o amor dela por personagens e instiga nela valores como consumismo obsessivo, hipervalorização da aparência, a futilidade e coisas piores”.

6 — Adultização e erotização precoce

“Existe uma erotização que usa a criança de 7, 8 anos para vender produtos de moda, uma erotização baseada no machismo, na objetificação das meninas e das mulheres, na valorização excessiva da aparência”.

7 — Entronização e superproteção da infância

Para compensar a ausência, muitos pais tornam-se permissivos e acabam perdendo a autoridade sobre seus filhos. Mas a criança precisa de gente que conduza a vida dela. “A gente sabe que a importância dos limites do ‘não’ são formas fundamentais de amor. A gente precisa dar para os nossos filhos, mas a gente tá perdendo a capacidade. Em vez disso, a gente se interpõe entre as experiências dos filhos e do mundo fazendo justamente que eles não tenham experiência da vida e portanto não desenvolvam mecanismos de lidar com a frustração, com a dor e com a dificuldade. E certamente o mundo vai entregar para eles mais tarde”.

Daniel propõe uma solução que passa por mudanças em apenas dois fatores: tempo e espaço. No caso do tempo, o médico sugere que os pais estejam presentes na vida do filho em pelo menos 10% do tempo em que estão acordados. Em uma conta geral, isso representa 1 hora e 40 minutos por dia de dedicação aos filhos. Em relação ao espaço, a orientação é estar perto da natureza. “O convívio com o espaço aberto vai afastar a gente das telas, vai reduzir o consumismo e o materialismo excessivos, vai promover o livre brincar (que, por sua vez, vai gerar inteligência, humor e criatividade), vai gerar convívio entre as famílias, vai promover o contato com o ar, o sol e o verde e vai reduzir todos os problemas da infância”.

* Texto publicado originalmente no Portal EBC em 8/7/15. Assista à palestra de Daniel Becker na íntegra em bit.ly/1gMwvOZ



Radis já está na 15ª!

A etapa nacional da 15ª Conferência Nacional de Saúde acontecerá em dezembro, mas os debates já começaram! Na Radis você se informa sobre a organização do evento, reflete sobre os temas e contribui com propostas para a mobilização dos delegados em todo o país. Participe!



 /RadisComunicacaoeSaude
#radisna15
www.ensp.fiocruz.br/radis

