

Comunicação e Saúde desde 1982

Nº 178 - JUL 2017

RADIS



RUÍNA E RESISTÊNCIA

Remoção de usuários e ameaça de internação compulsória na cracolândia expõem ineficácia da nova política de São Paulo no cuidado das pessoas

PROFISSÕES NO SUS

Agentes comunitários de saúde ainda lutam por reconhecimento

HIV/AIDS

O que esperar da oferta do Truvada na profilaxia pré-exposição ao vírus



CONVERSA SOBRE SAÚDE

Programa *Aquela Conversa*, da MultiRio, aposta na informalidade para falar sobre promoção da saúde

Liseane Morosini

O programa *Aquela Conversa*, exibido pelo canal da MultiRio, no Rio de Janeiro, e disponível na internet, promove reflexão crítica sobre saúde e qualidade de vida por meio de conversas informais. O programa, mediado pela médica e professora Viviane Castelo Branco, reúne, a cada edição, três especialistas que conversam sobre questões variadas e ligadas à saúde. Viviane explicou à *Radis* que o programa tem o objetivo de estimular boas práticas de saúde e cidadania no cotidiano, levantar diferentes pontos de vista sobre comportamentos, valores, bem-estar e políticas públicas, refletir sobre o olhar biomédico e ampliar o cuidado integral em saúde.

“*Aquela Conversa* é dirigido especialmente para educadores e quer chegar a estudantes e profissionais de saúde, professores, jovens promotores de saúde, lideranças comunitárias, conselheiros, ativistas digitais, pais e responsáveis, entre outros”, define. Segundo a apresentadora, o programa opta intencionalmente por uma linguagem coloquial não somente para aproximar o telespectador, como também oferecer subsídios para aqueles que trabalham com promoção de saúde. “Buscamos temas, enfoques inovadores e ouvimos diferentes vozes. Visamos ampliar a abordagem do assunto e tentamos contribuir com a promoção da equidade e a desmedicalização”, diz a apresentadora.

A CONVERSA

No estúdio, a conversa ocorre de modo informal. Viviane explica que as perguntas são dirigidas ao grupo, de modo que todos possam conversar entre si. “Nós buscamos fazer um programa fundamentado nos referenciais da promoção da saúde e das humanidades, que possa abordar desde os determinantes sociais da saúde até os aspectos mais subjetivos, os afetos e os vínculos”, diz. A médica salienta que a metodologia utilizada é a do *World cafe*, uma forma de diálogo colaborativo que é

mantido entre pessoas que compartilham seus conhecimentos e, assim, descobrem novas abordagens. “Procuramos valorizar o diálogo e as vivências pessoais e profissionais. Percebo que esse ambiente favorece a espontaneidade, a inspiração mútua e o acesso à inteligência coletiva”, salienta. Para Viviane, nesse clima informal, as surpresas acontecem e são bem-vindas. “Nesse caso, nos permitimos ser surpreendidos e deixamos o programa seguir um rumo que muitas vezes não estava previsto inicialmente”.

Cada programa dura em média 15 minutos. A ideia dos produtores é que eles sejam “disparadores” de debate em outros espaços (capacitações, salas de aula e de espera e treinamentos). Em treze programas, foram abordados temas como brincadeira e alegria, protagonismo juvenil, gentileza nas relações afetivas, papel do pai como cuidador, machismo, comida de verdade, saúde da família, música e espiritualidade, comunicação e saúde, álcool, envelhecimento, entre outros.

Pediatra de formação e também sanitarista, Viviane é professora de Medicina Social da Universidade Souza Marques, no Rio de Janeiro, e foi gerente de Saúde do Adolescente, assessora de Promoção da Saúde e coordenadora de Políticas e Ações Intersetoriais na Secretaria Municipal de Saúde, também do Rio de Janeiro. Ela considera que sua experiência auxilia no momento em que interage com os três convidados presentes no estúdio. “Eu criei e coordenei muitos projetos e tenho grande compromisso com a minha formação profissional e, sobretudo, com a ação transformadora que decorre do meu trabalho. É uma militância. Nessa trajetória, conheci pessoas incríveis, que tenho convidado para participar do programa”, relata. 

SAIBA MAIS

Para assistir: Portal da MultiRio – <https://goo.gl/R4EWhF>
O download dos programas é exclusivo para professores da rede municipal de ensino do Rio de Janeiro.

Jornalismo e saúde

A prefeitura de São Paulo, com o apoio do governo do estado, abriu mão da perspectiva do cuidado e da redução de danos à saúde das pessoas que há décadas se agrupam no centro da capital para o consumo de crack e optou por uma violenta ação policial para dispersá-las e impor internações compulsórias — ilegais e sem comprovação de eficácia. O prefeito João Doria desapropriou e mandou desocupar e demolir imóveis, o que foi apontado por uma associação de juizes como a razão maior para a intervenção, satisfazendo interesses de construtoras e seguradoras. A cobertura da mídia foi amplamente favorável e pesquisas apontaram que o “fim da cracolândia” teve apoio de 59% dos paulistanos, embora 53% considerem que houve violência.

O repórter Bruno Dominguez e o fotógrafo Eduardo de Oliveira foram ao local ouvir pessoas atingidas e entidades e profissionais de saúde, assistência social, direito e especializados na questão do uso, dependência e política de drogas. A ação “higienista” de varrer pessoas para a invisibilidade urbana foi criticada pelas Nações Unidas e pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Integrantes da própria prefeitura se demitiram em função da destruição do trabalho que vinha sendo feito, com significativos resultados de melhoria de qualidade de vida e adesão voluntária a tratamentos por parte daquela população.

Temos mais notícias ruins nesta edição. Nas cadeias do país seguem a superlotação, a falta de tratamento digno e a negação de direitos, denunciam instituições da sociedade civil. As violações atingem também as prisioneiras grávidas, atesta estudo da Fiocruz. Piores serviços e práticas abusivas de planos de saúde fizeram dobrar o número de ações contra as operadoras na Justiça, entre 2014 e 2015. E a Câmara dos Deputados liberou medicamentos para emagrecimento, questionados em todo o mundo, atropelando proibição da Anvisa, órgão que tem a

responsabilidade pela regulação e vigilância sanitária no país.

Mas nem tudo é desesperança. O SUS passa a oferecer uma combinação de dois antirretrovirais como forma complementar de prevenção ao HIV/aids para populações mais expostas ao vírus. Três milhões de pessoas saíram às ruas de São Paulo, na Parada LGBT, para defender mais respeito e a laicidade do Estado brasileiro. Profissionais essenciais à atenção básica, agentes comunitários de saúde buscam mais formação e lutam por reconhecimento e direitos. Promissora jornalista, a estagiária Ludmila Silva se despede de nossa redação registrando, com muita sensibilidade, as dores e alegrias de pais e cuidadores de crianças que vivem com autismo.

Em passagem pelo Brasil, o respeitado pensador português Boaventura de Souza Santos lembrou que o excesso de informação na contemporaneidade traz, como efeito colateral, a desinformação. Na imprensa, enunciar clara e honestamente de que perspectiva se fala, sem a falaciosa neutralidade, contribui para o entendimento do interlocutor.

Ao completar 35 anos em defesa da saúde e da democracia, ideal da Reforma Sanitária, o Programa Radis celebra os 15 anos da revista *Radis*, que conta com a leitura crítica de mais de 100 mil pessoas e instituições e uma demanda de mais de mil pedidos de novas assinaturas, a cada mês, referendando a linha editorial voltada para o pleno exercício da cidadania e o fortalecimento do SUS público, de qualidade, gratuito e sob o controle da sociedade. Agora, parte de 60 mil fotografias que resultaram de reportagens do Radis, desde a década de 1980, poderá ser consultada na plataforma flickr e baixada para uso não comercial, em sintonia com as políticas de comunicação e de acesso aberto da Fiocruz.

Rogério Lannes Rocha
Editor-chefe e coordenador do programa Radis

Expressões e Experiências

• *Conversa sobre saúde* 2

Editorial

• *Jornalismo e saúde* 3

Cartum

3

Voz do leitor

4

Súmula

5

Toques da Redação

9

Profissões do SUS

• *Cuidado em domicílio* 10
• *Entre avanços e retrocessos* 14



Capa | Crack

• *Limpeza apaga cuidado* 16

Sanitaristas brasileiros

• *Frederico Simões Barbosa: Ciência e compromisso comunitário* 23

HIV / aids

• *PreP no SUS* 26



Acesso livre

• *Memória digital* 28

Autismo

• *O lado invisível do espectro* 30
• *Um mundo difícil de decifrar* 31

Serviço

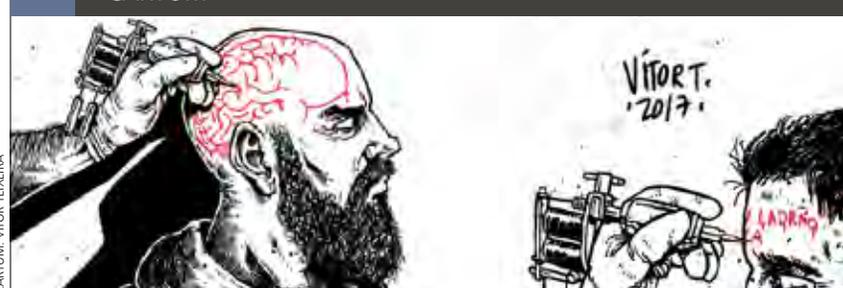
34

Pós-Tudo

• *A potência do cuidado* 35

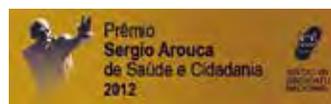
Capa: Foto: Eduardo de Oliveira

CARTUM



CARTUM: VÍTOR TEIXEIRA

RADIS . Jornalismo premiado
pela Opas e pela Asfoc-SN



Radis agradece

A edição 175 está maravilhosa, me ajudou a abrir os olhos sobre os planos populares. Antes de ler, eu pensava que seriam uma grande vantagem, mas na verdade é comprar “gato por lebre”! Isso é uma forma de colocar o povo brasileiro – que já tem uma visão ruim do sistema — contra o SUS!

• Maria Célia Batista Pereira, Teresina, PI

Querida parabenizá-los e agradecer pelo ótimo trabalho de vocês, que me ajuda muito. Continuem assim!

• Nicolcy de Paula Fulgêncio, Juiz de Fora, MG



Dentistas

Sou assinante da revista há apenas três meses e estou apaixonada por ela, talvez por amar a saúde pública, principalmente a atenção primária (promover saúde). Senti falta de olhar para os dentistas, gostaria de receber notícia sobre esses profissionais; sugiro, ainda dicas de sites e congressos. Obrigada a todos que fazem esse trabalho belíssimo, com debates importantíssimos, mostrando o mundo com posicionamentos e ângulos diferentes.

• Thâmara Francisco Medeiros, Josenópolis, MG
R: Thâmara, obrigado pelas sugestões. Estamos sempre atentos a lançamentos de livros, sites e congressos. Confira nossa página de serviço! Já está prevista em nossa pauta uma matéria sobre saúde bucal. Enquanto ela não é finalizada, sugerimos que você veja em nosso arquivo o que já publicamos sobre o assunto. Acesse <https://goo.gl/6SpQkv>

Pensamento africano

As capas da Radis são lindas, as que eu mais gostei, além do conteúdo, foram as das revistas 173 e 175! Gostaria de saber como tenho acesso ao livro “O pensamento africano no século XX”, do professor José Rivair Macedo, que foi divulgado na edição 175.

• Amador Madalena Maia, Contagem, MG
R: Caro Amador, obrigado pelo elogio! Você pode adquirir o livro diretamente com a Editora Outras Expressões pelo site <https://goo.gl/c3x8fG> ou pelos números (11) 3522-7516 / 4063-4189 / 3105 9500

Quilombolas e indígenas

Gostaria que abordassem a saúde das populações quilombola e indígena, desprovidas de políticas públicas. Se existem, eu não conheço.

• Maria Célia Batista Pereira, Teresina, PI
R: Maria Célia, Radis tem acompanhado a luta dos povos indígenas e quilombolas por saúde de qualidade. Radis já publicou matérias específicas sobre os índios nas edições 153, 98 e 84 (veja mais em <https://goo.gl/xMfc34>). Estamos preparando uma matéria sobre a situação dos quilombolas para o segundo semestre. Mas já tratamos do assunto nestas edições: <https://goo.gl/O8nz0u>.

Enfermagem

Parabéns pela revista maravilhosa, estou gostando muito de ler! Sou enfermeira e gostaria muito de ver mais matérias sobre a classe, que é tão desvalorizada e esquecida. Isso me entristece profundamente. Gostaria que a Radis publicasse mais sobre a nossa luta diária, nossas dificuldades e nossa jornada, que não é fácil. Obrigada!

• Haline Lee, Rio de Janeiro, RJ
R: Cara Haline, Radis valoriza muito todos os trabalhadores do SUS, enfermeiros e enfermeiras. Recentemente, publicamos uma matéria sobre a proposta de exame de validação do diploma (Radis 175). Mas a categoria está sempre em destaque nas páginas da revista. Veja aqui o que já saiu sobre o assunto: <https://goo.gl/6kGjMp>.

Chupeta, não!

Na matéria “Febre presente” (Radis 174), mais uma vez, foi utilizada uma chupeta para caracterizar um bebê. Pode parecer irrelevante, entretanto, sou sanitarista por amor, e acredito ser meu papel chamar a atenção para as distorções que consigo ver. O uso de chupetas é um mau hábito, embora nosso olhar já esteja acostumado com elas. Aliás, há nem tanto tempo, um cigarro pendurado na boca não era considerado mau hábito. Grata.

• Celina Valderez Kohler, São Francisco de Paula, RS

R: Celina, obrigado pelo alerta. Estaremos mais atentos, a partir de agora, para o uso inadvertido de ilustrações que possam sugerir hábitos que não sejam saudáveis. Agradecemos sua gentileza em nos orientar! Um abraço.

Obesidade infantil

Sou estudante técnica de nutrição e recebo a revista desde maio de 2016. Estou gostando muito dos temas. Que têm me ajudado muito na minha profissão. Gostei muito da reportagem sobre agrotóxicos (Radis 173). Gostaria de sugerir que falassem mais sobre a obesidade nas crianças. Obrigada!

• Leticia Maria Nunes De Araújo, Juiz de Fora, MG

R: Obesidade infantil foi tema da Radis nas edições 157 e 153, Leticia. Mas o assunto sempre está em pauta. Veja o que já saiu: <https://goo.gl/x6cxbA> Daqui a pouco, voltaremos ao assunto. Obrigada!

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 **Nísia Trindade Lima**
Diretor da Ensp **Hernando Castro**

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

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

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

Administração **Fábio Lucas** e **Natalia Calzavara**
Apoio TI Ensp **Fabio Souto** (mala direta)

Estágio Supervisionado **Ludmila Moura da Silva** (Jornalismo) e **Alexandra Santos Sabino** (Administração)

Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cadastro)
Periodicidade mensal | Tiragem 104.500 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

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



www.ensp.fiocruz.br/radis



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



[flickr/RadisComunicacaoeSaude](https://www.flickr.com/photos/radiscomunicacaoeSaude/)

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



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Emagrecedores: lei desautoriza Vigilância Sanitária

A pressão da comunidade científica não foi suficiente para impedir que o presidente em exercício sancionasse a lei que libera inibidores de apetite, como noticiou *O Estado de S. Paulo* (23/6). Rodrigo Maia (DEM-RJ) aprovou, sem vetos, o texto do Projeto de Lei 2431, encaminhado pela Câmara dos Deputados, que suspende resolução da Anvisa de 2011, proibindo a comercialização dos medicamentos por representarem um risco à saúde da população. Os remédios à base de anfetaminas (femproporex, mazindol e anfepramona) foram retirados do mercado em 2011, sob a argumentação de que não havia estudos que comprovassem a sua eficácia, e que os riscos do uso eram superiores a eventuais benefícios.

“Tomei a decisão após ouvir diversas entidades médicas e receber um parecer favorável do próprio Conselho Federal de Medicina. Entendo o drama de milhares de brasileiros que têm níveis perigosos de obesidade e precisam ser levados a sério, e com responsabilidade, tendo acesso a um tratamento médico controlado”, justificou Maia em sua conta na rede social Facebook (23/6). “Medicamentos liberados por lei trazem risco à saúde”, criticou a Anvisa em nota publicada em sua página na internet (23/6). No texto, os técnicos consideram que a medida é inconstitucional. “Legalmente, cabe à agência a regulação sobre o registro sanitário dessas substâncias, após rigorosa análise técnica sobre sua qualidade, segurança e eficácia. Assim ocorre em países desenvolvidos e significa uma garantia à saúde da população. O Congresso não fez, até porque não é seu papel nem dispõe de capacidade para tal, nenhuma análise técnica sobre esses requisitos que universalmente são requeridos para autorizar a comercialização de um medicamento”, apontam os técnicos, citando parecer contrário da própria Advocacia Geral da União (AGU).

A agência salientou ainda que há outros inibidores de apetite registrados — e cujas análises demonstraram o atendimento às exigências de qualidade, segurança e eficácia — que estão disponíveis para que os médicos os prescrevam àquelas pessoas com obesidade e que deles necessitam. E reforça a necessidade de dados que comprovem a segurança e a eficácia

dos medicamentos. Das três drogas, só a anfepramona é vendida nos Estados Unidos, mas não na Europa; o mazindol foi vetado por americanos e europeus em 1999, e o femproporex nunca foi aprovado pelos EUA e foi proibido na Europa em 1999. Já a sibutramina, também citada no texto, fora mantida na decisão de 2011, com restrições, como necessidade de prescrição médica especial, informou o jornal *Zero Hora* (24/6).

“Ao que parece, essa foi uma decisão de cunho político e financeiro, não técnico e científico, podendo acarretar problemas à população, como por exemplo, os efeitos colaterais desses medicamentos que são usados como estimulantes, principalmente pelos motoristas de caminhões. Existem medicamentos mais seguros para combater a obesidade”, opinou Alexandre Correia, presidente do Conselho Regional de Farmácias de Alagoas, em declaração dada à *Gazeta de Alagoas* (24/6).

O assunto foi tratado como “polêmica” pelo programa *Fantástico* (25/6), da Rede Globo, que mostrou possíveis efeitos colaterais dos medicamentos — arritmia cardíaca, aumento de pressão, insônia e transtornos psiquiátricos. A reportagem escutou o autor da lei, deputado Felipe Bornier (Pros-RJ), que classificou a proibição como “arbitrariedade da Anvisa”, por não ter escutado especialistas e usuários, e também Jarbas Barbosa, diretor da agência, para quem as críticas são infundadas. “Por que até hoje não foram apresentadas evidências científicas de que estes medicamentos são seguros e eficazes? Porque evidentemente eles não são”, declarou.

A reportagem contrapôs ainda nota do Conselho Federal de Medicina, manifestando apoio à sanção por respeitar “a autonomia dos médicos e dos pacientes na escolha dos procedimentos terapêuticos” com a opinião de Drauzio Varella, que considerou “um absurdo” a decisão ter sido tomada por políticos. “Não é a primeira vez”, disse o médico, lembrando que a Câmara também desautorizou a Anvisa ao aprovar a fosfoetanolamina, conhecida como “pílula do câncer”, para depois descobrir que o remédio não funcionava. “Liberar emagrecedores por lei é mais uma afronta à Anvisa”, reforçou Cláudia Collucci, em análise sobre o caso publicada na *Folha de S. Paulo* (21/6).

Ações em dobro contra planos de saúde

Um salto em dobro nas demandas judiciais contra planos de saúde: entre 2014 e 2015, o número de processos na justiça contra essas empresas no país dobraram, subindo de cerca de 209 mil ações judiciais em andamento para aproximadamente 427 mil, segundo dados do relatório Justiça em Números, do Conselho Nacional de Justiça. O aumento correspondeu a uma alta de 104%, como noticiou o *Estado de S. Paulo* (22/6). Entre os principais motivos que levam as pessoas a procurar os tribunais contra planos de saúde, estão negativas de coberturas, reajustes anuais e por faixa etária, além de

pedidos para fornecimento de remédios.

De acordo com Mário Scheffer, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, citado pela matéria, os processos aumentaram mesmo em um momento de retração do mercado de saúde suplementar. Entre os fatores que influenciaram o aumento das demandas judiciais, estão o aumento de práticas abusivas das operadoras e piora dos serviços. A reportagem ainda lembra que o país possui atualmente 47,6 milhões de usuários de planos. Já o blog do jornalista Daniel Brunet, do jornal *O Globo*, publicou que as decisões dos juízes nesses casos

“praticamente ignoram” as resoluções da agência responsável pelos planos, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Uma pesquisa que analisou as ações contra planos que tramitaram no Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), entre 2013 e 2014, revela que apenas 1% das decisões foram embasadas em resoluções da ANS. Em primeiro lugar está o Código de Defesa do Consumidor (56,7%), seguido pela Lei de Planos de Saúde (56,5%), Código Civil (10,5%) e Estatuto do Idoso (9,8%). O estudo foi realizado por Rafael Robba, mestre em gestão e políticas em sistemas de saúde e advogado especialista em direito à saúde.

250

milhões de pessoas usavam drogas no mundo em 2015, revelou o Relatório Mundial sobre Drogas 2017 — lançado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), dia 22 de junho. O documento, que recebeu pouca atenção da mídia, revelou ainda que, desse total, aproximadamente 29,5 milhões — o que corresponde a 0,6% da população adulta global — sofrem de transtornos provocados pelo consumo, incluindo a dependência. O levantamento aponta que os maiores riscos de danos à saúde são causados pelos opioides (ópio, morfina, heroína e derivados sintéticos), mas as alterações ligadas ao consumo de anfetaminas também representam parcela considerável na carga global de doenças. Saiba mais sobre o relatório na página da ONU Brasil (<https://goo.gl/F8atwT>)

Número 1 na AL

Um fator de impacto recorde levou a revista *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* a assumir a liderança como a principal revista científica da América Latina. Segundo informação divulgada pela Agência Focruz de Notícias (AFN), a revista publicada pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) ocupa a 4ª posição com maior pontuação em Medicina Tropical e a 12ª em Parasitologia. O periódico também foi o mais citado entre as publicações de países latino-americanos, em 2016, com mais de seis mil referências publicadas em artigos científicos, informou a agência. De acordo com a AFN, os dados foram levantados pela empresa Thomson Reuters, responsável pelo relatório com indicadores de relevância de publicações científicas em todo o mundo. Criada em 1909 pelo cientista Oswaldo Cruz, *Memórias* está disponível online e seus números podem ser acessados no endereço: <http://memorias.ioc.fiocruz.br>.



FOTO: MARCELO CANARGO / ABR

Senadores da oposição comemoram a primeira derrota do governo na tramitação do projeto de reforma trabalhista: a Comissão de Assuntos Sociais do Senado rejeitou a reforma proposta por Michel Temer (20/6). Ainda assim, o governo conseguiu aprovar o projeto na Comissão de Constituição e Justiça (28/6), previsto para ser votado no plenário da Casa até o dia 17 de julho.

Dados inéditos sobre a maternidade no cárcere

A pesquisa *Nascer na Prisão*, realizada pela Fiocruz, foi divulgada (4/6) com dados inéditos sobre o perfil da população feminina grávida ou com filhos recém-nascidos nas cadeias brasileiras. O levantamento feito entre 2012 e 2014 revela informações alarmantes que dizem respeito à atenção, à gestação e ao parto durante o encarceramento. Como, por exemplo, o fato de mais de um terço das mulheres presas grávidas relatarem o uso de algemas na internação para o parto, 55% terem passado por menos consultas de pré-natal do que o recomendado, 32% não terem sido testadas para sífilis e 4,6% das crianças terem nascido com sífilis congênita, segundo apontou reportagem no portal da Fiocruz (5/6) que repercutiu os resultados.

Ao *O Globo* (4/6), a pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) Maria do Carmo Leal, que coordenou o estudo ao lado da também pesquisadora Alexandra Roma Sánchez, classificou como “perversidade” a prisão dessas mulheres. Ela ressaltou que nada menos de 81% das entrevistadas foram presas quando já estavam grávidas e que a grande maioria não está condenada, mas à espera de julgamento. “A maior parte delas foi presa por tráfico (68%), não raro por tentar levar drogas para o marido preso ou guardar droga do marido em casa. E 31% delas chefiavam a família fora da prisão”, acrescentou Maria do Carmo,

O estudo visitou todas as prisões femininas de todas as capitais e regiões metropolitanas do Brasil que recebem grávidas e mães. Entre as presas, 83% têm pelo menos um filho. Foram ouvidas 241 mães. De acordo com a pesquisa, o acesso à assistência pré-natal foi inadequado para pelo menos 36% das mães, enquanto 15% afirmaram ter sido vítimas de violência. A partir das entrevistas realizadas com mães e profissionais durante a pesquisa, a Fiocruz produziu o documentário *Nascer nas Prisões*, dirigido por Bia Fioretti, cujo trailer pode ser conferido aqui: <https://goo.gl/9fpB3z> O filme sairá pelo selo Fiocruz Vídeo. Em janeiro, *Radis* (nº 172) trouxe reportagem de capa sobre as “Mães do Cárcere” em que noticiou o drama vivido por mulheres nas prisões brasileiras e antecipou parte dos resultados da pesquisa, apontando o quanto a saúde é um direito negligenciado nesses lugares.



FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA

81% das mulheres foram presas quando já estavam grávidas

68% por tráfico de drogas

55% das grávidas passaram por menos consultas de pré-natal do que o recomendado

32% não foram testadas para sífilis

4,6% das crianças nasceram com sífilis congênita

Ofensiva contra o aborto

Projeto que vai a plenário na Câmara Legislativa do Distrito Federal prevê que a vítima de estupro que deseje abortar assista a imagens de fetos antes de passar pela interrupção da gravidez. Proposto pela deputada Celina Leão (PPS), em 2013, o texto foi publicado no Diário Legislativo (2/6), e, de acordo com o G1 DF, já foi aprovado na Comissão de Constituição de Justiça (CCJ) da Casa. Segundo o site, o projeto obriga unidades públicas e privadas de saúde do DF a “esclarecerem as gestantes vítimas de estupro sobre os riscos e as consequências do aborto” sob a justificativa de “orientar” e alertar quem deseja abortar. Vanessa Dios, presidente do Instituto de Bioética Anís, criticou a medida, considerando-a mais uma violência para a mulher. “É quase uma sessão de tortura. Vai mostrar como o feto está no período gestacional dela? Não faz sentido nenhum pra uma mulher que não quer levar adiante a gestação”. Desde 2005, a Norma Técnica do Ministério da Saúde (disponível em: <https://goo.gl/1sDtPE>) pede a atenção humanizada em caso de abortamento e prevê que os profissionais de saúde, entre outros, informem sobre os procedimentos e como serão realizados, sobre as condições clínicas da usuária, os resultados de exames, os cuidados para evitar complicações posteriores e o acompanhamento pós-abortamento.

HPV: meninos mais protegidos

O Ministério da Saúde anunciou (20/6) que a oferta da vacina contra o HPV será ampliada para meninos entre 11 e 15 anos incompletos, além de homens e mulheres transplantados ou em uso de quimioterapia e radioterapia. Também terão direito à vacina crianças e jovens, de 9 a 26 anos, vivendo com HIV/aids. Desde janeiro de 2017 a vacina já estava disponível para meninos de 12 até 13 anos; até 2016, a imunização era feita apenas com as meninas.

A vacinação, aplicada em duas doses — com intervalo de seis meses — visa proteger meninos e meninas antes do início da vida sexual e, portanto, antes do contato com o vírus, de problemas como cânceres, lesões e outras infecções. A meta para 2017 é vacinar 80% dos 7,1 milhões de meninos de 11 a 15 anos, e 4,3 milhões de meninas de 9 a 15 anos. A vacina será oferecida nas escolas e incluída na campanha de multivacinação, prevista para setembro. O *Jornal Nacional* (23/6) noticiou a baixa procura pela vacina, por preconceito dos pais. A matéria apresentou recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Conselho Federal de Medicina assegurando a importância em vacinar: “Alguém de 9 anos produz muito mais anticorpos, se protege muito melhor do que alguém com 23 anos. A vantagem de você vacinar o adolescente, antes de iniciar a vida sexual, é exatamente essa”, explicou a infectologista Rosana Ritchmann.

Ciência com perdas contadas

Quanto perde a ciência brasileira a cada hora? A resposta: quase R\$ 500 mil. O que equivale a dizer que as perdas sofridas são de R\$ 8 mil por minuto e R\$ 11,5 milhões por dia, aproximadamente. O cálculo foi feito por cientistas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com base no que o governo cortou nessa área desde 2015. Com isso, criaram o Tesourômetro — um painel que registra as “tesouradas” —, inaugurado no mesmo dia de lançamento da campanha “Conhecimento

drasticamente o orçamento para a pesquisa científica no Brasil, o que compromete o funcionamento das universidades federais. Como *Radis* mostrou na edição 176, uma das perdas mais significativas foi anunciada pelo presidente Michel Temer, em 30/3, com um corte de 44% no investimento previsto para o Ministério de Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações — o que chamou atenção de uma das mais importantes revistas da área científica do mundo, a *Nature*, que chegou a dizer que os cientistas brasileiros estavam “horrorizados”. Segundo dados da campanha, a receita prevista é a mais baixa dos últimos 12 anos e fica ainda menor quando somados os cortes em outros ministérios que impactam a produção de conhecimento.

O déficit acumulado só neste ano deve chegar a R\$ 4,3 bilhões, como informou o *Estadão* (22/5). Segundo o jornal, o cálculo leva em conta apenas perdas nas verbas de custeio e investimento, não incluindo salários. Já o *Jornal da Ciência* (26/5) trouxe o posicionamento de diferentes lideranças de entidades científicas. Segundo a publicação, o vice-presidente da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SPBC), Ildeu de Castro Moreira, explicou que o lançamento da campanha dá sequência à luta iniciada com a Marcha pela Ciência no Brasil, ocorrida em 22 de abril. Segundo o cientista, que é professor da UFRJ, os cortes ameaçam diversos programas e tiram a expectativa de futuro dos jovens. Para o reitor da UFRJ, Roberto Leher, as perdas têm comprometido o sonho de novas gerações de seguirem uma

carreira universitária, produzindo conhecimento em benefício para a sociedade.

O governo também admitiu que bolsas de pesquisadores brasileiros não devem ter reajuste até 2019, como noticiou a Agência Câmara Notícias (20/6). A informação foi dada pelo presidente substituto da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Geraldo Nunes, em audiência na Comissão de Educação da Câmara. Segundo ele, até o ano que vem não há chance de modi-

11 BILHÕES

foi a “tesourada” nos últimos dois anos

sem Cortes” (22/6), uma mobilização de professores, pesquisadores, estudantes e técnicos ligados a universidades e institutos de pesquisa contra a redução dos investimentos federais nas áreas de ciência, tecnologia e humanidades. Ao inaugurar o painel, no campus da UFRJ da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, a “tesourada” no conhecimento brasileiro passava de R\$ 11 bilhões nos últimos dois anos.

De acordo com os integrantes da campanha, o governo federal reduziu

4,3 BILHÕES

de reais é quanto deve chegar o déficit acumulado só neste ano

ficar os valores atuais — isso “talvez” aconteça em 2019, afirmou. A comissão discutia uma proposta (PL 4559/16) que estabelece um reajuste para bolsas de pesquisa e pós-graduação sempre em janeiro de cada ano, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC). O último aumento foi realizado em 2013: atualmente, as bolsas são de R\$ 400 para alunos de iniciação científica; R\$ 1.500 para mestrado; e R\$ 2.200 para doutorado. 

RADIS ADVERTE

TODXS
por um
ESTADO LAICO

3 milhões de pessoas defendem que “nenhuma religião é lei”, na Parada LGBT em 18 de junho em São Paulo

Cadeia é justiça?

Para divulgar a campanha “Encarceramento em massa não é Justiça”, a Rede de Justiça Criminal — formada por Centro de Estudos em Segurança e Cidadania (CESeC), Conectas Direitos Humanos, Gabinete de Assessoria Jurídica às Organizações Populares (Gajop), Instituto Terra, Trabalho e Cidadania (ITTC), Instituto de Defesa do Direito de Defesa (IDDD), Instituto Sou da Paz, Instituto de Defensores de Direitos Humanos (DDH) e Justiça Global — preparou um vídeo em 360 graus para sensibilizar a sociedade sobre a experiência de estar nas prisões brasileiras. A sensação de claustrofobia causada pelas imagens reforça a mensagem da campanha, que afirma que as mais de 622 mil pessoas presas no país convivem diariamente com superlotação, falta de tratamento digno e negação de direitos. Saiba mais: <http://prisaonaojustica.org>.



Informação potável

“É nas garantias que sobrevivem os preconceitos”, alertou o sociólogo português Boaventura de Sousa Santos, na mais recente passagem pelo Brasil. Palestrante da abertura do 9º seminário internacional “As redes educativas e as tecnologias”, que aconteceu na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), entre 5 e 8 de junho, o teórico português defendeu a “desnaturalização” dos conceitos de conhecimento, democracia e direitos humanos e criticou o excesso de informação dos dias atuais — que traz, como efeito colateral, a desinformação. “Assim como em uma inundação há escassez de água potável, o excesso de informação é responsável pela falta de informação potável”, comparou Boaventura.

Marcas da barbárie

As imagens chocaram o país: acusado de roubar uma bicicleta, adolescente tem sua testa tatuada com a frase “Sou ladrão e vacilão”. O caso aconteceu em São Bernardo do Campo (SP) e revoltou a família do rapaz, que após a repercussão do caso, decidiu interná-lo em uma clínica particular, para tratamento de adicção em álcool e drogas. A prefeitura de SBC e a Faculdade de Medicina do ABC se comprometeram em remover a tatuagem. O tatuador e seu vizinho, que compartilharam imagens da agressão na internet, foram indiciados por tortura. “Eu estou acabada, o ser humano não tem direito de fazer isso. Ele é uma criança, ele é doente, não precisa de críticas, precisa de ajuda, de tratamento”, desabafou a mãe do jovem.

Reação sanitária

Confirmado: a 12ª edição do Congresso da Abrasco acontecerá nos campi da Fiocruz, Uerj, UFRJ e UFF, no Rio de Janeiro, em julho de 2018. Na cerimônia de lançamento do evento, em junho, o presidente da entidade, Gastão Wagner, justificou a escolha. “Existe um efeito simbólico e político concreto muito grande em fazer o congresso em uma instituição que representa a fundação e o desenvolvimento da saúde pública no Brasil, que depois se transformou em saúde coletiva”, disse. Para ele, trazer o Abrasco para o Rio de Janeiro significa consolidar a “democracia construtiva”, não naturalizar a violência e não banalizar a privatização e o desfinanciamento do SUS. “Vamos reagir”, assegurou o sanitário.



Estágio qualificado

A reportagem “A lama que sustenta” (*Radis* 175), em que Ludmila Silva descreve como um projeto de restauração do manguezal promove qualidade de vida para moradores de Magé (RJ), motivou a realização de roda de conversa sobre território e sustentabilidade na Semana do Meio Ambiente da Ensp/Fiocruz, dia 7 de junho, no Rio de Janeiro. No encontro, pesquisadores e ativistas elogiaram a iniciativa de Ludmila (que é estudante de jornalismo na Unicarioca e estagia na Redação da *Radis*) em sugerir a pauta, produzir um texto de qualidade e oferecer ao leitor uma discussão relevante sobre a relação entre meio ambiente e saúde. “Temos que aplaudir a iniciativa dela, que mora na comunidade onde o projeto acontece, e conseguiu nos reunir neste momento”, elogiou Erian Osório, coordenadora do projeto Manguê Vivo, uma das personagens da matéria. 



CUIDADO EM DOMICÍLIO

Agentes comunitários de saúde são legítimos mobilizadores sociais, mas isso ainda não é suficiente para garantir o pleno reconhecimento desses profissionais



Equipes de ACS em atuação em Manguinhos, Rio de Janeiro: atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças

Ana Cláudia Peres

Era uma visita domiciliar de rotina. Mas a agente comunitária de saúde Háila Rangel Pimenta percebeu que o gatinho ao pé da mesa tinha uma grande ferida no olho esquerdo. Durante o café, ela também notou uma lesão no braço da dona da casa, algo como um “pequeno furúnculo” — pelo menos foi assim que a senhora tentou desconversar naquele dia. Háila não se convenceu e marcou uma consulta da moradora com a médica do Posto de Saúde da Família Maria Cristina, em Mesquita, município da Baixada Fluminense, onde atua desde 2010. O atendimento revelou esporotricose — micose que pode afetar homens e animais, especialmente os felinos. “Voltei à comunidade com o enfermeiro, conversei com o restante da equipe, fizemos pesquisas. No dia seguinte, estávamos com uma palestra pronta. Depois, saímos colando cartazes alertando sobre os cuidados e acabamos descobrindo inúmeros outros casos na região”, lembra Háila.

A agilidade da agente comunitária de saúde aliada ao senso coletivo fizeram com que a doença fosse tratada e logo debelada do território. Se quando prestou o concurso Hayla não sabia exatamente o que fazia um ACS (sigla pela qual a categoria é conhecida dentro e fora do Sistema Único de Saúde), hoje ela não tem dúvidas. “Não somos atores coadjuvantes da saúde pública, somos fundamentais. Durante as visitas domiciliares, atuamos para garantir todo o cuidado e a atenção que a nossa comunidade merece. Nosso trabalho preventivo vale muito”, afirma, defendendo que “a melhor coisa da vida” é ser agente comunitária de saúde. “Vivo por minha comunidade e é para ela que eu quero todas as melhorias”.

Oficialmente implantado em 1991 e inicialmente conhecido como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o trabalho do ACS funciona hoje como uma espécie de espinha dorsal da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a despeito dos constrangimentos e ameaças que a categoria sofre repetidamente (*ver matéria na página 14*). No documento que apresenta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicado pelo Ministério da Saúde em 2012, está escrito com todas as letras: as atribuições do ACS vão desde trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados, até orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, além de desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, com ações educativas individuais. Ao lado do médico, do enfermeiro e do técnico de enfermagem, o ACS integra a equipe mínima da Saúde da Família.

Na prática, como descreveu a pernambucana Tereza Ramos, líder comunitária e uma referência histórica entre os ACS, o agente comunitário de saúde é, antes de tudo, alguém que se identifica em todos os sentidos com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, na linguagem e nos costumes. “Precisa gostar do trabalho. Gostar principalmente de aprender e repassar as informações, entender que ninguém nasce com o destino de morrer ainda criança”, disse em uma entrevista que se tornou célebre ao *Jornal dos Agentes de Saúde do Brasil*, ainda em 2013. Tereza, que morreu em 2016, foi presidente da Confederação dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs) por três mandatos e é um

dos principais nomes na luta dos ACS pela regulamentação dos direitos da profissão.

PARTE DA FAMÍLIA

De Nova Iguaçu, Ailana Scandian gosta de pensar que já era agente de saúde antes mesmo de prestar concurso para o município, em 2008. Quando o cólera ameaçou voltar ao Rio de Janeiro no início dos anos 2000, ela, de bom grado, foi de porta em porta conversar sobre higiene e distribuir orientações. Formada em Ciências Contábeis, decidiu trocar os números pelas histórias de vida das pessoas com quem convive desde criança no bairro de Cerâmica. “Isso era algo que já gostava de fazer. Agora, durmo e acordo pensando na comunidade. Nós somos ACS 24 horas por dia;

"Nós somos ACS 24 horas por dia; '366' dias ao ano. Não temos folga"

'366' dias ao ano. Não temos folga”, conta, exagerando de propósito na matemática, a fim de demonstrar que, para fazer a ponte entre a comunidade e a equipe de saúde, a dedicação extrapola as 40 horas semanais de trabalho.

De acordo com a normatização da profissão, o ACS deve residir na área da comunidade em que atua. “Estou cuidando de pessoas que me viram criança. As casas que hoje visito são casas que eu costumava frequentar na infância onde brincava com os filhos dessas pessoas. Também tô perdendo gente de quem gosto muito, infelizmente”, comenta Ailana que hoje integra a Associação de Agentes Comunitários de Saúde da Baixada Fluminense (AACSBaixa). “Quando um ACS é recebido por uma família, é como se passasse a fazer parte dela. Tudo o que acontece ali nos afeta profundamente”, diz. A agente comunitária acredita que o grande diferencial do seu trabalho é a visita domiciliar e critica uma certa burocratização que, segundo ela, vem ocorrendo na profissão. “A gente tem visto muito ACS dentro da unidade, fazendo trabalho administrativo, digitando coisas, atrás de um balcão, agendando consulta, agora até com blusinhas de ‘Posso Ajudar’”, diz. “Quando isso acontece, cuidar das famílias fica em segundo plano”.

É por isso que, quando fala sobre os agentes comunitários de saúde, a pesquisadora e professora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Márcia Valéria Morosini, não consegue apenas tirar uma fotografia do momento atual. Ela faz questão de se referir a uma categoria profissional e a um trabalhador egresso dos movimentos populares que tem uma história anterior às discussões sobre saúde da família e que precede até mesmo a criação do SUS. “A gente está falando de uma história de trabalho que vem dos movimentos populares de saúde, da luta pela democratização, pela Reforma Sanitária”, recorda a pesquisadora. “Os sujeitos que se tornaram agentes comunitários de saúde são homens e mulheres que trouxeram para dentro do SUS essa história que começa na sociedade civil organizada”.

Ao mesmo tempo, lembra Márcia, ele se torna um trabalhador, e não um voluntário, a partir do SUS e de sua inclusão na ESF. “Esses trabalhadores são chamados a ser mediadores do território para os serviços de saúde, a ser intérpretes para as equipes que não compreendem aquele território”, diz. Para ela, a profissão se institucionaliza a partir de uma política pública que avança nos direitos da classe trabalhadora e de uma estratégia que amplia o acesso e o direito à saúde, mas o faz dentro dos limites do contexto neoliberal



Háila, Ana Cristina e Ailana no intervalo do curso técnico de agente comunitário de saúde da EPSJV/Fiocruz: formação como um direito

dos anos 1990. Nesse percurso, o agente comunitário de saúde vai se profissionalizando. “Ele quer uma lei que diga que ele é ACS; que fale sobre os seus vínculos”, acrescenta a pesquisadora, remetendo à origem da Lei 10.507, de julho de 2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde.

Ana Cristina Freitas trabalha como ACS há mais tempo do que a promulgação da Lei: 16 anos. Fez o concurso para o município de São Gonçalo (RJ) e, aprovada, aprendeu na prática como fortalecer a integração entre os serviços e a comunidade; descobriu tudo sobre prevenção de doenças e promoção de saúde; e, durante as visitas domiciliares e nas ações individuais e coletivas, percebeu que saúde diz respeito à moradia, educação, condições de trabalho, alimentação ou mesmo ao modo como cada pessoa se diverte. “Só é possível conhecer a realidade de uma família quando entramos na casa dela. E é isso que o ACS faz. Entramos na casa das pessoas”, resume Tininha, como é conhecida. “Isso não é tão simples. Mas aos poucos as pessoas vão abrindo as portas e a gente vai percebendo suas necessidades. Não é só o fato de a pessoa estar com uma doença em si. Saúde é muito maior do que isso”.

A ACS acha gratificante o carinho que recebe dos moradores e ainda se emociona ao falar do trabalho no território. Como no dia em que, durante uma “VD” — como a visita domiciliar é conhecida entre os agentes — conseguiu convencer um morador a cuidar de um problema na perna que por pouco não se transformou em um dano irreversível.



FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA

de cerceamento ao trabalho do ACS só tem uma explicação. “Nós somos as famílias, somos o ouvido do povo e a voz do povo. E nós somos o olho do SUS dentro do município. Isso talvez incomode muita gente”. Mas as três ACS ouvidas nesta reportagem consideram a formação profissional de extrema importância. Este ano, Háila, Tininha e Ailana são alunas do curso técnico de agente comunitário de saúde oferecido pela EPSJV/Fiocruz, com aulas duas vezes por semana em tempo integral, totalizando no final mais de 1.300 horas em sala de aula.

A formação ainda é o calcanhar de Aquiles da categoria. Desde 2004, está publicado o referencial curricular para o curso técnico de ACS, mas até agora não foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite o financiamento do Ministério da Saúde e a oferta universal dessa formação. Para a pesquisadora Márcia Valéria, esse é um direito que não deveria ser negligenciado. “Existia um mito de que, para poder ser bom mediador e representar bem a comunidade, o ACS tinha que viver vida igual aqueles que ele atende”, explica. “Era como se, ao se formar em técnico, ele perdesse a capacidade de ouvir, de escutar e de se identificar com aquele território. Mas esse argumento é no mínimo curioso. Ora, em toda profissão, quanto mais qualificado, melhor é o profissional”.

“Quem exerce de fato a educação popular em saúde é o agente comunitário de saúde”

MOBILIZADOR SOCIAL

Márcia acrescenta que o instrumental teórico e grande eixo articulador da formação curricular do ACS é a educação popular em saúde. Na opinião da pesquisadora, enfermeiros, médicos e outros profissionais podem e devem fazer educação em saúde. “Mas quem exerce de fato a educação popular em saúde com tudo o que isso significa em termos de intervenção cultural e trabalho político é o ACS”. A pesquisadora chama atenção ainda para o fato de que, nos primeiros documentos, textos legislativos, portarias e normatizações da categoria, era possível ler referências ao papel do ACS como mobilizador social visando a garantia das políticas públicas no território e a conquista de direitos. “Isso foi se perdendo. Desapareceu inclusive dos textos de revisão das PNABs de 2006 e 2012”, lamenta. “Isso não é à toa. Trata-se de uma perspectiva de saúde que ganhou, em detrimento de outra que estava ali mais no início”.

Vinte e cinco anos depois do surgimento oficial dos ACS, há 240 mil agentes distribuídos em todo o território nacional. Mudaram as comunidades e transformou-se também o perfil dos profissionais. Se no início ele é voltado para as zonas rurais e redutos de difícil acesso, agora os agentes estão no meio urbano, nas grandes metrópoles, atuando principalmente nas favelas. “Ele vai encontrar realidades distintas e deve enfrentá-las. Vai se reinventar enquanto profissão mas continua exercendo um papel fortíssimo nos territórios”, atesta Márcia, para quem o trabalho do ACS passa por mudanças assim como o do médico ou do enfermeiro, a depender do local onde esteja atuando, se no asfalto ou no morro, numa comunidade quilombola ou numa comunidade indígena. “Em uma sociedade dinâmica como a nossa, qualquer trabalho precisa se modificar”, diz. “Agora, nenhum de nós se modifica completamente. Há sempre uma base que permanece. Essa base é dada pela formação técnica”.

“Ele tinha uma ferida enorme em uma das varizes e dizia que não cuidaria mais porque já tinha perdido a esperança de ficar bom”, conta. “Tive dificuldades em convencê-lo mas acabamos a enfermeira e, a partir dali, eu fiquei monitorando. Em seis meses a gente conseguiu fechar aquela ferida. E ele nos agradeceu para sempre”.

“BALDE DE GELO”

Nem sempre é assim. Ano passado, Háila leu algo que a incomodou. Foi mesmo uma das piores coisas que podia ter visto sobre a profissão que abraça com afinco desde que começou a atuar na Estratégia de Saúde da Família. No Facebook, viu o comentário de uma médica: “Por que defender uma categoria que não tem nem formação?” “Aquilo foi como se jogassem um balde de gelo, que é pior que o de água fria”, diz à Radis. “Podemos não ter uma formação clássica mas temos formação de vida e experiência. Quando entramos na casa de alguém, a gente observa, conversa, dialoga. Estamos atentos ao colesterol do hipertenso; à glicose do diabético. A gente olha se o esgoto tá correndo, se a caixa d’água tá tampada”.

Tininha concorda: “A gente sabe se eles bebem água filtrada ou não, porque a gente bebe água na casa deles. A gente sabe o que eles comem no dia a dia porque a gente almoça com eles, toma café com eles”. Para Ailana, esse tipo

ENTRE AVANÇOS

Os Agentes Comunitários de Saúde estão no meio de uma disputa. No final de maio, eles foram a Brasília acompanhar a votação do texto final do projeto de lei 6.437/16, que regulamentava a atividade dos ACS e dos Agentes de Combate a Endemias (ACE). O projeto — que modifica a lei 11.350/2006 e dispõe sobre atribuições, formação, jornada e condições de trabalho dessas categorias — foi aprovado por unanimidade na Comissão Especial da Câmara dos Deputados. Mas nas galerias não havia consenso. De um lado, muitos ACS comemoravam o que consideram ser a garantia jurídica de sua permanência nas Equipes de Saúde da Família. De outro, os mais críticos faziam ressalvas às alterações que o relator fez no texto original gerando lacunas que, de acordo com esse grupo, não favorecem a profissão.

O PL — que vem sendo chamado de Lei Ruth Brillhante, em homenagem à ex-presidente da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs) e referência entre os ACS — também já passou pela Comissão de Constituição e Justiça da Câmara, em junho, e agora aguarda a votação nas comissões do Senado. A ideia ganhou corpo entre os ACS depois que, em maio de 2016, o Ministério da Saúde baixou duas portarias no mínimo controversas. A portaria 958/2016 modificava a equipe mínima de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) determinando a substituição dos ACS por auxiliares ou técnicos de enfermagem. Na mesma data, a portaria 959 fazia os ajustes financeiros necessários a essa proposta. A repercussão negativa e a intensa mobilização dos agentes levaram à revogação das portarias menos de 30 dias depois da publicação.

Mas os rumores sobre os retrocessos continuaram. A gota d'água aconteceu em outubro, quando o documento síntese do 7º Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica propunha flexibilizar a composição das equipes nos territórios e defendia a fusão entre os ACS e os ACE como parte da nova revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). De acordo com a presidente da Conacs, Ilda Angélica, o principal objetivo do PL é justamente proteger a categoria contra esse tipo de ameaça. “Nossa intenção é assegurar nossa sobrevivência enquanto profissional de saúde”, disse à *Radis*, por telefone. “Quando for aprovada, a lei vai oferecer segurança jurídica às duas categorias e garantir que não existirá Estratégia de Saúde da Família ou Atenção Básica sem a presença do profissional ACS”.

Apesar de existir uma legislação anterior que trata dessas profissões, Ilda considera que as atividades das categorias não ficavam explícitas, o que sempre gerou instabilidade. Por isso agora, segundo ela, fizeram questão de garantir as atribuições na letra da lei. Em relação aos ACS, ficou detalhado como atividade “privativa” a realização de visitas domiciliares rotineiras, casa a casa, para a busca ativa de pessoas com sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas de agravos ou de eventos importantes para saúde pública com consequente encaminhamento pra unidade de saúde de referência.

Entre os pontos positivos do PL, os agentes comunitários de saúde destacam ainda a indenização de custos com transporte durante a realização de suas atividades e a garantia dos equipamentos de proteção individual nos serviços de saúde, além da possibilidade de inclusão do adicional de insalubridade no salário. O projeto reafirma também a contratação por vínculo direto com os órgãos ou entidades de administração direta, autárquica ou fundacional — hoje, em muitos municípios, essa relação é precária. De acordo com o texto, caberá à defensoria pública e ao Ministério Público fiscalizar esses contratos. Outra conquista assegurada pelo PL é

que, na hipótese de casa própria adquirida fora da comunidade, os agentes possam permanecer vinculados à mesma equipe de saúde da família onde atuam e já construíram vínculos.

GANHOS E PERDAS

Mesmo reconhecendo os muitos destaques do PL, a pesquisadora e professora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Márcia Valéria Morosini, faz uma série de críticas às limitações do texto final. Para ela, a definição das atribuições dos ACS por si só não garante sua presença na Estratégia de Saúde da Família. Ela considera que não existe uma atividade que seja “privativa” do ACS. “Nem mesmo a visita domiciliar rotineira pode ser considerada privativa”, explica. “Por mais que a frequência seja maior entre os ACS, também deve haver uma rotina de visitas domiciliares para o enfermeiro, o médico e o técnico de enfermagem, ainda que a rotina desses profissionais esteja relacionada a outras prioridades”.

Segundo Márcia, ao definir o que é privativo do ACS, o texto do PL acaba reduzindo a atividade ao monitoramento de sinais e sintomas de doenças. “Mas o que caracteriza e diferencia essa profissão é que ela tem por princípio e centralidade a educação em saúde visando a prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida”. Da forma como foi aprovado na Câmara, ela concorda que o PL pode até oferecer uma garantia jurídica. Mas pondera que, em um contexto como o que o Brasil está vivendo — de restrição



E RETROCESSOS

da concepção de saúde ampliada, de segmentação do direito à saúde e de transformação da saúde em mercadoria —, definir o trabalho do ACS nesses termos pode ser limitador. “Entendo esse trabalhador como integrante de uma categoria que está ameaçada no seu coletivo, nos seus direitos de uma maneira geral”, diz. “É preciso fortalecer as políticas públicas. E no caso específico dos agentes, é a formação técnica que vai garantir isso”.

O “X” DA FORMAÇÃO

Segundo a pesquisadora da Fiocruz, o projeto não avança naquele que seria o “x” da questão para os ACS: a qualificação profissional. “Esse trabalhador existe no SUS desde 1991 e até hoje não é profissionalizado”, diz Márcia, acrescentando que o que profissionaliza um trabalhador é uma formação que lhe garanta habilitação profissional e que isso seria fundamental para transformar os agentes comunitários de saúde em uma categoria “mais forte e menos vulnerável às dinâmicas e conflitos de interesse”. Mas, para ela, “o PL dá um passo à frente e um passo atrás ao mesmo tempo, então, quase não sai do lugar”. Ao avaliar o texto final do projeto, Márcia comenta que o PL se refere à formação técnica mas não diz quando vai ser feita, quem deve oferecê-la e qual o prazo para ser implementada. “Ou seja, não amarra os três pilares essenciais quando se faz uma determinação no sentido de habilitar uma profissão”.

Em defesa do projeto, a presidente do Conacs diz que assegurar a realização dos cursos técnicos na letra da lei é um ganho para os ACS e, principalmente para os ACE, uma vez que os primeiros já têm um curso com grade curricular aprovada pelo Ministério da Educação — apesar de apenas uma pequena parte dos agentes em território nacional ter concluído a primeira parte do curso. Ela acredita que, com a lei, isso será resolvido. A presidente do Conacs acrescenta ainda que a elevação do nível de escolaridade desses profissionais abre a possibilidade para a correção de “uma injustiça histórica”: o reajuste do piso salarial da categoria.

Mas para Márcia há um entrave. O PL diz que os ACS e os ACE deverão frequentar cursos bienais de educação continuada e aperfeiçoamento com, no mínimo, 200 horas de duração nas modalidades presencial ou semipresencial. “Isto não profissionaliza ninguém, é apenas um curso de atualização ou aperfeiçoamento”, diz, considerando esta a maior perda do PL. “A gente dispõe de uma rede de escolas técnicas do SUS, de uma rede federal de educação profissional científica e tecnológica e de redes estaduais técnicas públicas que poderiam oferecer uma formação adequada e gratuita a esses trabalhadores. Mas essa oportunidade infelizmente foi perdida”, lamenta.

SUTILEZAS

Há ainda outras sutilezas apontadas por Márcia Valéria. O texto original previa a presença do ACS nas equipes de saúde da família — mas no texto final a redação garante “a presença do ACS na estrutura de Atenção Básica”. Segundo a pesquisadora, essa pequena diferença dá margem para muitas interpretações. “É como se você admitisse que pode ter equipe sem ACS. Se ele estiver na estrutura da unidade básica, ele pode estar em outra equipe, mas não necessariamente em todas as equipes”.

Para Márcia, o ideal seria garantir a presença de um ACS por equipe observando o número necessário de ACS para cobertura de 100% da população cadastrada com o máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 por Equipes de Saúde da Família. “Essa é uma relação que remete à cobertura universal da AB e a documentos anteriores que regulavam o trabalho do ACS”, justifica. Já o argumento da Conacs é que essa questão não está comprometida. “A gente não especificou ‘equipe de saúde da família’ porque, em muitos municípios, os ACS continuam integrando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e não constam como parte da equipe de saúde da família. “O texto deveria contemplar todos”, diz Ilda.

Apesar do projeto de lei ter nascido na categoria e como resultado de uma série de oficinas e audiências públicas, Márcia lamenta que muito do que foi discutido nesses espaços tenha sido excluído da redação final do projeto — inclusive os pareceres técnicos produzidos pela Fiocruz a pedido da Comissão Especial da Câmara e do próprio Ministério da Saúde. Ilda reconhece as restrições mas considera que, ainda que não seja o melhor resultado, os avanços compensam as lacunas. Para Márcia, não dá para dizer que o PL não tem pontos positivos. Mas, segundo ela, há aspectos ainda muito limitados. Ela critica o fato de a discussão do PL não ter se vinculado de forma mais orgânica ao que vem sendo proposto na revisão da PNAB em andamento. “Se a PNAB vier em um sentido mais conservador que fortaleça a perspectiva da saúde como mercadoria e não como direito, muita coisa que está no PL pode não ser efetivada”, alerta. (A.C.P.)

ACS e ACE reunidos em junho, em Brasília, durante manifestação em defesa do piso salarial das categorias

FOTO: MARCELO CAMARGO / ABR





LIMPEZA APAGA CUIDADO

Violência na remoção de usuários de crack do centro de São Paulo e ameaça de internação compulsória afrontam direitos humanos e saúde de população vulnerável

texto/BRUNO DOMINGUEZ
fotos/EDUARDO DE OLIVEIRA
arte/FELIPE PLAUSKA

Com jatos d'água de alta pressão, uma equipe de funcionários da prefeitura de São Paulo se esforça para limpar as calçadas da praça Julio Prestes, diante da estação de trem de mesmo nome.

Assim como as paredes cinza que, lavadas pela chuva, revelam frustrada a tentativa de apagamento de grafites e pichações, o entorno ainda permite notar que por mais de 20 anos a região abrigou a maior cena de uso de crack do Brasil, a chamada cracolândia.

Os tijolos de concreto que lacram as portas de bares e pensões da alameda Dino Bueno, entre a rua Helvétia e a alameda Gleite, justificam a falta de movimento nesse trecho, que ficou conhecido pelo vaivém de até 1.500 usuários da droga por dia.

Na tarde de 1º de junho, pouca gente arrisca atravessar esses metros sitiados, sob os olhares repressores de dezenas de policiais militares, civis e guardas metropolitanos, ali instalados desde o domingo 21 de maio.



Passava das 6h30 da manhã quando 978 agentes das polícias civil e militar chegaram à região para cumprir a ordem do prefeito João Doria (PSDB) e do governador Geraldo Alckmin (PSDB) de “acabar com a cracolândia”. Uma cortina de fumaça branca provocada por bombas de gás, somada às balas de borracha, dispersou os usuários pela cidade sem que pudessem sequer carregar seus pertences. “Foi desastroso”, relata um guarda metropolitano que assistiu à intervenção. “As pessoas saíram só com a roupa do corpo, deixando tudo para trás”. Ficaram lonas, papelão, cobertores, documentos.

O plano era demolir os prédios de um quarteirão inteiro, entre o Largo Coração de Jesus e a alameda Dino Bueno, sob a alegação de evitar reocupação pelo tráfico — em 19 de maio, o prefeito já havia declarado a área “de utilidade pública”. Na terça-feira 23, operários em retroescavadeira chegaram incumbidos de levar ao chão três imóveis. Mas já no primeiro deles o trabalho precisou ser interrompido: um muro caiu sobre pessoas que estavam dormindo em uma pensão. Três ficaram feridos. Nas ruínas desse muro, hoje se leem as inscrições: “Doria”, “higienização social” e “seja humano”.

Uma decisão judicial paralisou temporariamente as remoções de moradores, interdições e demolições de prédios sem que houvesse cadastro para atendimento posterior. “Retirar as pessoas às pressas, sem ritos, sem cadastro, sem equipes de saúde e assistência caracteriza a existência de uma política pública de extermínio dessa população”, avaliou a juíza Laura Rodrigues Benda, presidenta do conselho executivo da Associação Juízes para a Democracia (AJD), em ato público na noite de 1º de junho, no Largo General Osório.

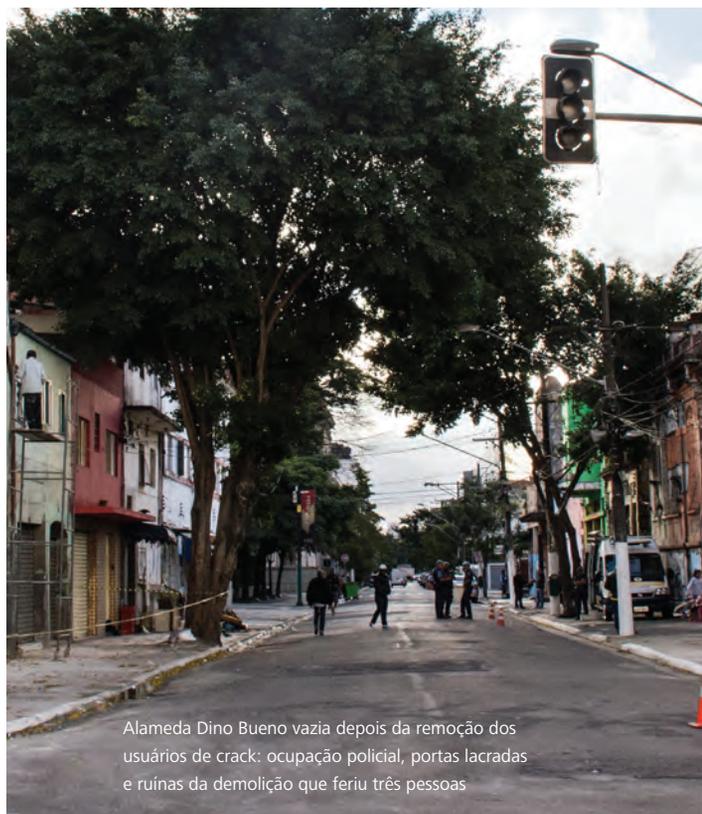
ESPAÇO OU PESSOAS

A entidade aponta que há interesse financeiro por trás da “criminalização da pobreza, invisibilização de oprimidos e descarte de indesejáveis”. “É inconcebível que interesses econômicos de construtoras e seguradoras, as quais vêm adquirindo terrenos e imóveis na região a preços baixos para, mais tarde, lucrarem com a ‘limpeza’ do local, se sobreponham à dignidade das pessoas que ali habitam”.

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e o Escritório Regional para América do Sul do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) expressaram, em nota, “profunda preocupação pelo uso excessivo da força por parte do Estado brasileiro em operações no contexto da remoção urbana de dependentes químicos usuários de drogas ilícitas”. No Rio, participantes do seminário “Cenários da Redução de Danos na América Latina” lançaram a Carta de Manguinhos, na qual lamentaram que “a política pública de cuidado, promoção da saúde e de direitos tenha sido substituída pela repressão e violação de direitos” (leia na página 35).

A Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (Abramd) também criticou a força-tarefa na região, avaliando que essa busca esconder a pobreza resultante da miséria política brasileira, que emprega “o mínimo do mínimo” para cuidar dos problemas e fenômenos sociais. “Cuidar e acolher exigem um processo com a ação da ciência e da diversidade, de local para morar, recurso para se alimentar e se vestir, respeitando a intimidade como direito humano, seja de pobres, médios ou ricos”. Para a organização, essa política, chamada de higienista, “quer varrer os corpos indesejáveis e fazê-los desaparecer da visibilidade urbana”.

O antropólogo Maurício Fiore, coordenador científico da Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD) e pesquisador do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), tem visão semelhante: “A ideia por trás dessa ação não é acabar com o uso e o tráfico de crack; é tirar de vista, varrer usuários de drogas e promover uma ‘limpeza’ urbana a partir da estética que o Doria imagina para a região. Trata-se de um contraponto entre visões de política pública: o espaço ou as pessoas?”



Alameda Dino Bueno vazia depois da remoção dos usuários de crack: ocupação policial, portas lacradas e ruínas da demolição que feriu três pessoas

Essa estratégia encontra ressonância na sociedade. Levantamento do instituto de pesquisa Datafolha indicou que 59% dos paulistanos entrevistados apoiam a operação que visa “acabar com a cracolândia” (34% se opõem), apesar de 53% avaliarem que houve violência contra os usuários de crack (37% acreditam que não houve violência). São favoráveis à demolição de imóveis utilizados como pensões e hotéis 55% dos ouvidos (41% são contra). “O que as pessoas querem de fato é parar de ver a cena de uso”, corrobora Fiore.

“TUDO QUE TENTAMOS EVITAR”

Principal responsável pelas ações de cuidado aos usuários na região da cracolândia, a secretaria de Direitos Humanos e Cidadania não participou da operação, o que levou a pedidos de demissão em série. A secretária, a vereadora Patrícia Bezerra (PSBD), entregou o cargo dias depois, classificando a remoção como “desastrosa” e “injusta”. Foi seguida pelo secretário-adjunto, Thiago Amparo, e pela coordenadora de Política de Drogas, Maria Angélica de Castro Comis.

“Fomos comunicados extraoficialmente de que haveria essa força-tarefa dois dias antes. No sábado, já não consegui dormir. No domingo, às 7 horas já tinha funcionário da secretaria me ligando chorando. Foi uma angústia tamanha, uma sensação de impotência e de frustração. Tudo que tentamos evitar esses anos todos estava acontecendo”, relata Angélica, que começou a trabalhar na secretaria em junho de 2014, seis meses depois da implantação do programa De Braços Abertos (*Radis* 158).

Nem ela nem Fiore negam que havia a necessidade de ser realizada uma ação de inteligência da polícia na região. “Desde 2015 o governo vinha discutindo como isso se daria, porque o tráfico estava crescendo. As lideranças do território mudaram, e se viam mais armas, mais organização e mais varejistas”, informa Angélica. “Sempre existiu a necessidade de uma ação ali, de assistência social, de saúde e também policial, por mais que sejamos críticos à guerra



às drogas". Fato é que, segundo eles, a força-tarefa de Doria e Alckmin não atingiu sequer o suposto objetivo de combater o tráfico. "Aprender 12 quilos de crack e dois revólveres não é nada. É óbvio que o crime organizado saiu antes da intervenção", sugere Angélica.

A CRACO RESISTE

"A cracolândia aqui acabou, não vai voltar mais. Nem a prefeitura permitirá, nem o governo do estado. Essa área será liberada de qualquer circunstância como essa. A partir de hoje, isso é passado", afirmou Doria para as câmeras na tarde do domingo 21 de maio. Dias depois, os usuários já estavam concentrados no que foi chamado de "nova cracolândia", na praça Princesa Isabel, a menos de 400 metros da área desocupada.

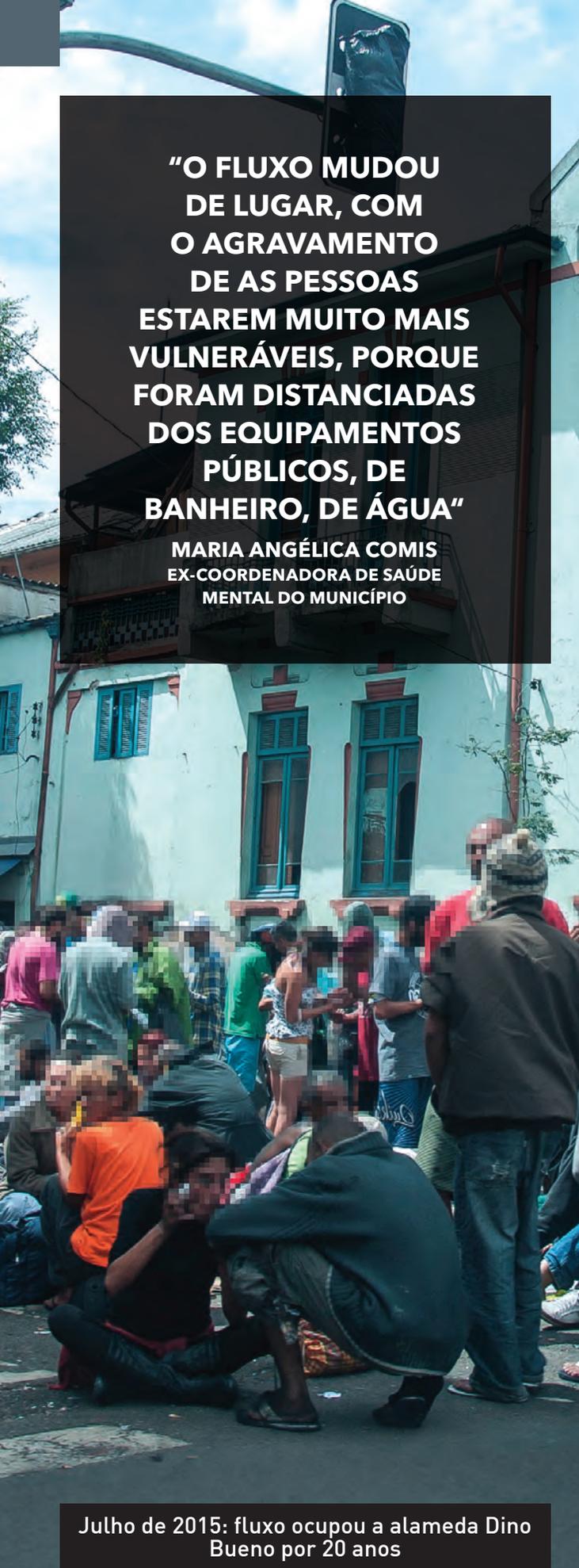
Em 1º de junho, a vida segue normal em torno da praça. Lojas vendem automóveis, hotéis recebem hóspedes, o camelô anuncia a fatia de abacaxi por R\$ 2. Mas no centro há pelo menos 600 usuários de crack vagando entre barracas de lona, em fluxo semelhante ao observado por 20 anos na região. "A prefeitura apostou na fragmentação da cena, que as pessoas se dispersariam pela cidade em pequenos grupos, mas há um vínculo forte entre elas", comenta Fiore.

"Somos uma família", afirmou o beneficiário do programa De Braços Abertos Cleiton Ferreira, conhecido como Dentinho, em ato público no mesmo dia. "É muito difícil para a gente ver o que está acontecendo. Também a gente está passando dias duros, são enquadros toda hora, o descaso da população, o medo das crianças. O preconceito, a opressão é demais".

A Guarda Civil Metropolitana e a Polícia Militar tentaram repetidas vezes dispersar a cena — por exemplo proibindo tendas e barracas na praça — mas os usuários mostraram a força de quem precisa resistir para sobreviver. Ficou claro, então, que a cracolândia não é um lugar, mas uma rede.

"O fluxo simplesmente mudou de lugar, com o agravamento





**“O FLUXO MUDOU
DE LUGAR, COM
O AGRAVAMENTO
DE AS PESSOAS
ESTAREM MUITO MAIS
VULNERÁVEIS, PORQUE
FORAM DISTANCIADAS
DOS EQUIPAMENTOS
PÚBLICOS, DE
BANHEIRO, DE ÁGUA”**

**MARIA ANGÉLICA COMIS
EX-COORDENADORA DE SAÚDE
MENTAL DO MUNICÍPIO**

**Julho de 2015: fluxo ocupou a alameda Dino
Bueno por 20 anos**

de as pessoas estarem muito mais vulneráveis, porque foram distanciadas dos equipamentos públicos, de banheiro, de água”, observa Maria Angélica. Segundo contam múltiplas fontes, houve ainda a recomendação para que organizações não governamentais parassem de levar comida e água para os que vivem na rua.

CANSAR E SUFOCAR

De acordo com Angélica, a estratégia da prefeitura era “cansar” e “sufocar” os usuários até que concordassem com a internação. “O secretário de saúde ordenou ‘a saturação no território’, com equipes de até oito agentes para convencer uma pessoa a se internar”. Balanço das secretarias estadual da Saúde e municipal de Assistência Social um mês após a força-tarefa, em 26 de junho, informou que de um total de 7.243 atendimentos, 619 pessoas (ou 8,5%) foram encaminhadas para internação e tratamento pelo programa Recomeço, do governo do estado. Pelo Redenção, da prefeitura, houve 7.500 atendimentos, com 616 internações voluntárias.

Sobre a permanência do fluxo no centro de São Paulo, João Doria afirmou na mesma ocasião que “o que você tem ali é uma concentração de usuários e a tentativa frustrada do PCC [Primeiro Comando da Capital, a facção criminosa que domina a área] de replantar a cracolândia. Não vai conseguir”. Em 21 de junho, porém, o grupo se deslocou para a alameda Cleveland, ocupando a praça em frente à estação Júlio Prestes — aquela mesma que estava sendo lavada em 1º de junho —, a uma quadra da antiga cracolândia.

Logo na esquina com a rua Helvétia está desgastada a tenda que funcionava como estrutura de apoio do De Braços Abertos (DBA), anunciado em janeiro de 2014 pelo então prefeito Fernando Haddad (PT) para “resgatar socialmente” usuários de crack por meio de trabalho remunerado, alimentação e moradia. A placa com o nome do programa foi retirada no domingo da expulsão da população que ali vivia, apesar de o decreto de criação do DBA não ter sido revogado até então. O novo prefeito confirmou na mesma data o fim do programa de Haddad e sua substituição por outro, batizado de Redenção.

PRECARIZAÇÃO DO CUIDADO

“Haverá a interdição imediata de todas as pensões e hotéis. Serão bloqueados hoje. Na sequência, derrubados. Serão demolidos. O mais rápido possível. Serão demolidos, essa área será reestruturada urbanisticamente”, informou Doria, que se referiu ao pagamento de bolsa aos beneficiários que trabalhavam em frentes de varrição como “mesada” que piorou a situação do tráfico no local.

Segundo conta Maria Angélica, o DBA vinha sendo esvaziado desde a mudança de gestão. A coordenação do programa foi dissolvida, depois reconstituída, a fim de preparar a transição para o Redenção. “Eram 398 beneficiários, que continuavam indo para as frentes de trabalho, recebendo a bolsa e morando em hotéis populares; as equipes de saúde e assistência social seguiam atuando no território; a tenda distribuía sopa e achocolatado, mas tudo de forma cada vez mais precária e desorganizada”, relata ela.

Apenas uma semana após pedir demissão da secretaria de Direitos Humanos, Angélica ainda lamenta em conversa com a *Radis* ver a demolição do programa que ajudou a manter de pé: “O De Braços Abertos foi uma das

melhores experiências em políticas de drogas que já conheci. Respeitava a autonomia e a escolha dos indivíduos". O programa oferecia habitação, alimentação e renda a usuários de crack sem atrelar a participação a nenhum condicionante. Ninguém era obrigado a passar por tratamento ou buscar a abstinência. O objetivo principal não era reduzir danos, mas melhorar as condições de vida.

Entre os beneficiários, a maioria era de homens (58%), de pele parda, mestiça ou negra (68%), com mais de 30 anos de idade (77%) nascidos no estado de São Paulo (66%), de acordo com pesquisa da Plataforma Brasileira de Políticas sobre Drogas coordenada pela antropóloga Taniele Rui, em parceria com o antropólogo Maurício Fiore e o psiquiatra Luís Fernando Tófoli. Já haviam passado pela prisão pelo menos uma vez 66%.

CONTAR COM QUEM?

Mais da metade dos entrevistados consideraram sua saúde como regular, ruim ou péssima (51%). Levando em conta diagnósticos autorreferidos, 19% declararam ter tuberculose, 18% hepatites, 14% hipertensão sistêmica, 12% HIV/aids, 7% diabetes. Quase um em cada cinco usuários (17,2%) informou que pensou, no mês anterior, em terminar com sua vida. Perguntados sobre o número de parentes e amigos íntimos com os quais eles achavam que podiam contar em caso de alguma dificuldade, 36% disseram não poder contar com nenhum parente e 47% com nenhum amigo.

"Chamou atenção o fato de 47% afirmarem nunca ter realizado tratamento para uso problemático de drogas", revela a pesquisa, ressaltando que não foi possível aferir se a definição que eles tinham de tratamento corresponde aos conceitos tradicionais. Ficou claro, diante das observações feitas durante a coleta de dados, que os beneficiários têm dificuldade em diferenciar instituições de tratamento, de saúde e instituições de assistência social.

Dentre os 51% que já realizaram tratamento, 32% foram internados em clínica para atenção em álcool e drogas, 29% realizaram tratamento ambulatorial em CAPSad (centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas), 26% frequentaram grupos anônimos (como os Alcolólicos e os Narcóticos Anônimos), 21% realizaram tratamento espiritual e religioso.

Na pergunta genérica sobre o impacto do DBA em suas vidas, 95% indicaram impacto positivo ou muito positivo. Ao longo da pesquisa, mais de 65% afirmaram ter reduzido o consumo de crack depois de ingressar no programa e mais de 50% disseram ter reduzido o consumo de tabaco e cocaína aspirada.

Como pontos mais positivos do DBA, foram citadas as equipes e as possibilidades de ter trabalho, renda e moradia. Entre os aspectos mais negativos, estavam os problemas de controle e regras nos hotéis (que ficavam a critério dos proprietários), sua qualidade e localização. "Várias críticas podem ser feitas ao De Braços Abertos, não fico idolatrando o programa, mas é lamentável que tenha acabado. De fato, as pessoas estavam vivendo melhor", comenta Fiore.

Na tarde em que a *Radis* esteve na região, a tenda que serviu de base de apoio do DBA tinha cerca de 80 pessoas. Do outro lado da rua, as estruturas do programa Recomeço, do governo do estado, e de um CAPS da prefeitura não tinham mais do que cinco e 10 pessoas, respectivamente. "O usuário é o mais perdido e prejudicado com toda essa mudança. Os vínculos, tão difíceis de serem estabelecidos com essa população, foram quebrados", observa Angélica.

"TAMBÉM A GENTE ESTÁ PASSANDO DIAS DUROS, SÃO ENQUADROS TODA HORA, O DESCASO DA POPULAÇÃO, O MEDO DAS CRIANÇAS. O PRECONCEITO, A OPRESSÃO É DEMAIS"

CLEITON FERREIRA
BENEFICIÁRIO DO DE BRAÇOS ABERTOS



Junho de 2017: a cracolândia resiste na alameda Cleveland

Para o professor de Psiquiatria da Universidade de Campinas (Unicamp) e coordenador do Laboratório de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (Leipsi), Luís Fernando Tófoli, o De Braços Abertos não deveria ter sido extinto e sim aperfeiçoado. “São Paulo nunca teve ações de redução de danos suficientemente firmes para lidar com o tema. O DBA foi uma tentativa promissora, mas tímida. Ainda assim, teve resultados interessantes”, avalia. Ele e outros especialistas no tema sugerem que haja espaços controlados pelo Estado, com higiene e cuidados, para o uso do crack.

EXCLUSÃO COMPULSÓRIA

A proposta que vem sendo apresentada como solução por Doria e Alckmin é diametralmente oposta: a internação compulsória. Três dias após a operação policial na cracolândia, a Procuradoria-Geral do Município entrou com pedido de liminar na Justiça de São Paulo pedindo autorização para retirar à força “dependentes químicos que vaguem pelas ruas da cidade”. O juiz Emílio Neto atendeu o pedido, que liberaria agentes públicos a apreender usuários e encaminhá-los para uma equipe multidisciplinar a qual caberia avaliar a necessidade de internação, mesmo contra a vontade. Logo em seguida, porém, a liminar foi barrada pelo desembargador Reinaldo Miluzzi, por solicitação do Ministério Público e da Defensoria Pública.

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) manifestaram, em nota conjunta, preocupação com a possibilidade de se internar compulsoriamente e em massa usuários de drogas em São Paulo. O texto destacou que resolução de 2016 aprovada por consenso pelos países-membros da ONU recomenda que a abordagem do tema deve ser multilateral, com enfoque integrado, equilibrado, amplo e baseado em evidências, por meio da atenção adequada às pessoas e comunidades, para proteção da saúde. E que, nesse campo, é determinante que qualquer ação seja feita de forma voluntária e consentida por parte das pessoas que dela necessitam, de forma a prevenir a estigmatização e a exclusão social.

Documento discutido na 70ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio, na Suíça, orientou a implementação de ações que abordem integralmente o conjunto de elementos da saúde pública, de maneira intersetorial e coordenada, apoiadas nos princípios de equidade, justiça social e direitos humanos. Da atenção primária aos serviços de base comunitária, das abordagens feitas na rua até as estratégias de redução de danos, o cuidado deve priorizar as populações mais vulneráveis e ser orientado pelos determinantes sociais e sanitários, pelas intervenções baseadas em evidências e pelas abordagens centradas nas pessoas.

"VASSOURA DA INTERNAÇÃO"

“Dentre uma série de opções de cuidado, o Estado opta pela força violenta e canalha com a desculpa de cuidar das pessoas”, criticou o presidente do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, Aristeu Bertelli da Silva, no ato público de 1º de junho. Aristeu comparou a possibilidade de internação compulsória de usuários de drogas com outras violações históricas aos direitos humanos justificadas pela saúde, como os manicômios e sanatórios para pessoas com hanseníase.

Para além da questão legal e de direitos humanos, o tratamento involuntário de uso de drogas é reconhecidamente pouco efetivo. Revisão sistemática apresentada pela UNODC concluiu que não há evidências de melhoras em tratamentos compulsórios. Pelo contrário: estudos sugerem o risco de ampliação dos danos.

“O medo impede o julgamento e o debate e permite que as pessoas tomem decisões erradas, como tentar fazer os usuários de crack serem varridos da cena pública com a vassoura da internação, à força. Isso não resolve o problema, tanto porque os usuários voltarão cedo ou tarde para a rua quanto pelo fato de que a miséria humana não se resolve com medidas de cunho supostamente sanitário”, argumenta Tófoli.

Levantamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), ligada ao Ministério da Justiça, identificou que 41% das pessoas que buscam internação deixam o tratamento depois de 60 dias. Em torno de 75% não conseguem completar os seis meses recomendados. A Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, coordenada pelo pesquisador da Fiocruz Francisco Inácio Bastos, indicou que 78% dos entrevistados manifestaram

genericamente o desejo de se tratar. Indagados, contudo, sobre qual o tratamento desejariam, apontaram, na realidade, serviços de cuidados básicos de saúde e outros de caráter social, como oferta de hospedagem, alimentação, higiene pessoal, programas de requalificação profissional etc.

“Diante desse cenário, há de fato necessidade de políticas sociais integradas, para além do enfoque específico do tratamento da dependência química. Ou seja, no manejo integral do abuso de crack, a oferta de serviços de saúde não é suficiente, sendo a oferta de ações sociais absolutamente estratégica, desde o serviço mais simples de acolhimento e oferta de alimentação e higiene pessoal, até os programas que buscam efetivamente emancipar e oferecer condições para uma vida digna numa dimensão mais ampla”, concluiu a pesquisa.

“A saúde, por si só, não dá conta de oferecer soluções para questão tão complexa. Focar no problema médico — a dependência química — é a receita para não dar certo, é um sinal muito ruim das intenções do prefeito. É uma violação e não vai produzir nada de positivo”, prevê Fiore. 



"O MEDO PERMITE QUE SE TOMEM DECISÕES ERRADAS, COMO TENTAR VARRER OS USUÁRIOS DE CRACK DA CENA PÚBLICA COM A VASSOURA DA INTERNAÇÃO"

**LUÍS TÓFOLI
PROFESSOR DA UNICAMP**

SANITARISTAS BRASILEIROS
FREDERICO SIMÕES BARBOSA



INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E CULTURA
CIDADE DO RECIFE

SMITHSONIAN INSTITUTION
UNITED STATES NATIONAL MUSEUM
WASHINGTON, D.C.

Em de

es Barbosa, para fazer na Faculdade de
de aperfeiçoamento de Parasitologia, na
de Lucena que já o concluiu em 1938. A sua
om as bases instituídas pela Bolsa, de que
isto. Esta Diretoria, espera que V. Excia.
indicado e que constituirá garantia para
receber. Saudações cordiais. (a) Dr. Usuar

*ergstoria da Faculdade
do Recife, em 8 de outubro de
do Recife*

8 10 8 10 8 10

Carria,

9/40

Dr. Frederico Barbosa,
Fernambuco, Brazil

My dear Dr. Barbosa:

On behalf of the U. S. Nat
in acknowledging the receipt of 71 s
representing five species in the per
which you have recently turned over

The specimens have been u
name as a gift and I would assu
interest and co-operation.

Very

CIÊNCIA E COMPROMISSO
COMUNITÁRIO

Pesquisador marcou trajetória aliando rigor científico
à formação profissional e ação social

ELISA BATALHA

Um filho e neto de médicos que, no Recife da década de 1930, sonhava em ser biólogo. O interesse, pouco usual na época, já mostrava que a carreira de Frederico Simões Barbosa não seguiria um roteiro dos mais clássicos. O curso de História Natural — equivalente ao de ciências biológicas nos dias atuais — no entanto, não era ofertado naqueles dias na capital pernambucana, ainda movida pelos bondes. Assim, a figura que se tornaria um dos principais personagens da história da saúde pública e da epidemiologia no Brasil começaria sua formação seguindo os passos da família, na Faculdade de Medicina do Recife, onde se formou médico, em 1938.

Entre os tantos feitos profissionais de sua longa trajetória, o sanitarista, que faleceu em 2004, aos 88 anos, conduziu, de forma pioneira, estudos epidemiológicos de longa duração no país, com ênfase no trabalho em comunidade. A sua biografia está ligada de forma indissociável à história da Fiocruz. Além de diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), ele ajudou a fundar o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, em 1950 — e torná-lo referência no estudo das endemias regionais, como a esquistossomose —, que mais tarde seria incorporado à Fiocruz.

“Um pesquisador que dedicou sua vida para contribuir com o melhor conhecimento das doenças endêmicas, utilizando aspectos inovadores na interação da pesquisa com a saúde pública, que possibilitaram a criação de alguns programas pioneiros em medicina comunitária, atenção primária à saúde e na integração docente-assistencial, que são hoje marcos referenciais de atuação do campo da saúde coletiva”, declarou Sinval Pinto Brandão Filho, diretor do Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz), durante as comemorações pelo centenário do nascimento do sanitarista, em 2016. Frederico participou intensamente do projeto institucional e foi diretor do “Aggeu” por dois períodos (entre 1950 e 1961, e entre 1964 e 1969).

DOCUMENTÁRIO

Este ano, o sanitarista recebe mais uma homenagem, com o lançamento do documentário “Frederico Simões Barbosa: Ciência e Compromisso Social”, produzido em DVD pela VideoSaúde Distribuidora, da Fiocruz. Com imagens da paisagem e do cotidiano das três cidades onde o cientista teve maior atuação no Brasil — Recife, Rio de Janeiro e Brasília —, além de fotos históricas de diferentes acervos que mostram, por exemplo, sua atuação internacional junto à Organização Mundial da Saúde, a cinebiografia é dirigida pela jornalista Sílvia Santos, que se baseou em depoimentos de discípulos, colegas e de uma das filhas do homenageado. “Ele infundiu em nós sólidos princípios éticos, mas queria acima de tudo formar filhos felizes”, declarou Constança Simões Barbosa, primogênita de Frederico, que hoje também é pesquisadora no Aggeu Magalhães.

O documentário apresenta, por meio de relatos de colegas como Carlos Coimbra, José Rodrigues Coura, Paulo Sabroza e Eridan Coutinho, o perfil pioneiro do trabalho de Frederico e os ideais que norteavam a sua atuação. A preocupação com a formação médica, o rigor científico e a conexão destes com a realidade social e suas inclinações políticas são temas que, atestam seus seguidores, eram marca da personalidade de Simões Barbosa. “Eu me considero um socialista utópico”, revela o próprio pesquisador, em um trecho de entrevista reproduzido no documentário.

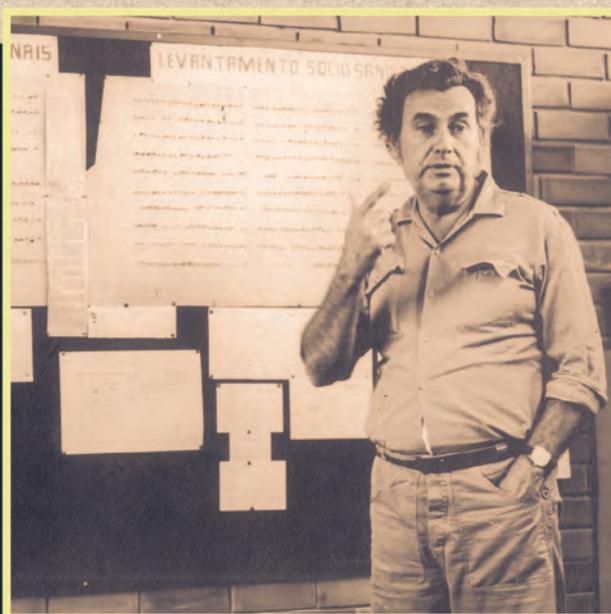
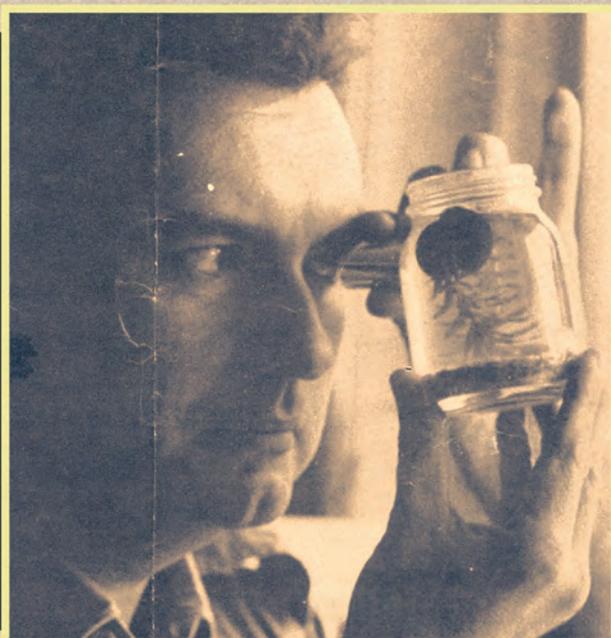
Ainda durante a graduação, sua carreira foi influenciada decisivamente pelo contato com Samuel Pessoa, professor da Universidade de São Paulo já renomado na época, quando ministrou um curso de parasitologia médica no Recife. O curso foi decisivo para que o jovem Frederico decidisse, logo após a formatura, passar dois anos na capital paulista especializando-se em parasitologia e micologia. “Sua trajetória é complexa e é difícil resumi-la por ele ter um enorme conhecimento sobre praticamente tudo”, comentou Carlos Coimbra, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), em depoimento registrado no documentário. Por “praticamente tudo”, entende-se micologia médica, entomologia, malacologia, botânica e epidemiologia da esquistossomose — “onde ele centrou fogo”, como contou Coimbra, esclarecendo que também há extenso material publicado pelo epidemiologista tratando da Reforma Sanitária e de políticas e sistemas de saúde.

Na década de 1940, Simões Barbosa já tinha excelência reconhecida na sua área de pesquisa, e foi um dos pioneiros no país a concluir mestrado em Saúde Pública na Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos, em 1946, onde se dedicou à parasitologia. “Frederico não ‘se americanizou’, ou seja, voltou com as mesmas

preocupações sociais, políticas ideológicas que já tinha”, descreveu no filme Paulo Buss, diretor do Centro de Relações Internacionais da Fiocruz (Cris/Fiocruz). Mais tarde, em 1952, realizou o desejo da sua juventude, e graduou-se novamente, dessa vez em História Natural, na Faculdade Católica de Pernambuco.

DETERMINANTES SOCIAIS

Um dos seus estudos de grande repercussão para a saúde pública mundial, que se tornou clássico por contrariar o interesse da grande indústria farmacêutica, foi realizado no período em que atuou junto à Organização Mundial da Saúde, na década de 1950. Frederico fez parte de um grupo de pesquisadores que conseguiu provar a incoerência de trabalhos que defendiam o uso de um agente químico — um moluscicida [pesticida usado no controle de moluscos, como as lesmas e caracóis] — no combate ao caramujo vetor da esquistossomose. “A OMS é um órgão extremamente político. Havia



muita pressão por parte de certas empresas... Opus-me a colaborar com esse esquema e cheguei a ser muito pressionado para dar pareceres etc. Acontece que eu já havia trabalhado com moluscidas no Brasil, em um estudo de 10 anos de duração, realizado em São Lourenço da Mata (PE), e duvidava de sua factibilidade. Além disso, as dificuldades de aplicação, o custo elevado e o impacto ambiental me fizeram ver que as tantas dificuldades inerentes ao controle químico eram de difícil resolução”, declarou Frederico em entrevista publicada no Cadernos de Saúde Pública, em 1997 (ver Saiba Mais). “A vida dele é pontilhada por uma militância em defesa do compromisso da pesquisa com a transparência, a democracia e a ética”, reforçou o historiador Antônio Montenegro, professor da Universidade Federal de Pernambuco, no filme recém-lançado.

Outro trabalho do pesquisador que obteve grande repercussão social foi o estudo que avaliou a esquistossomose entre os trabalhadores do corte de cana do município de Catende, Zona da Mata de Pernambuco, na década de 1970. Nele, Frederico demonstrou não somente o ciclo biológico, mas também o que hoje se chamam os

“Eu estava chegando de uma viagem ao exterior quando encontrei o projeto destruído. O próprio reitor escreveu às agências de financiamento comunicando o seu cancelamento unilateralmente, sob a desculpa de que estavam fazendo uma reforma do ensino médico na faculdade”, contou ele, anos depois.

Foram tantos os papéis e suas atribuições ao longo de seis décadas de carreira que é difícil destacar quais os de maior importância. Frederico atuou em praticamente todas as organizações internacionais ligadas à saúde, além da OMS, como a Organização Panamericana da Saúde (Opas) e a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO). Na OMS, influenciou a criação de um dos mais importantes programas já desenvolvidos sobre doenças negligenciadas e existente até hoje, o Tropical Diseases Research Programme (TDR). “Não há doenças tropicais”, defendia ele, reforçando o caráter dos determinantes sociais e da negligência em relação às populações acometidas por essas doenças. Simões Barbosa foi também coordenador do programa internacional Brasil, Egito e Hungria sobre recursos



SAIBA MAIS

Entrevista “Uma conversa com Frederico Simões Barbosa”
<https://goo.gl/ZnIUJ>

Documentário “Frederico Simões Barbosa - ciência e compromisso social”
<https://goo.gl/ivJXs>
<https://goo.gl/m3PvGW>

Artigo “Frederico Simões Barbosa: uma trajetória de contribuições à ciência e à saúde pública”
<https://goo.gl/qXGvLD>

determinantes sociais da doença, além do impacto na vida dos trabalhadores rurais e na economia da região. “Ele era um homem que tinha uma visão para o futuro. Seus trabalhos tinham uma dimensão de Medicina Social muito forte”, disse o pesquisador José Rodrigues Coura, do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz).

PESQUISA E POLÍTICA

Assim como o documentário, artigos, entrevistas e outros registros sobre Simões Barbosa apontam para dois eixos muito marcantes na sua trajetória: um, científico; outro, político. Entre 1972 e 1981, quando passou a lecionar medicina comunitária na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), essas duas vertentes se aproximaram ainda mais com o desenvolvimento de um programa de integração docente-assistencial junto a comunidades carentes de Sobradinho e Planaltina, na periferia da capital. “O trabalho pioneiro contribuiu para a área de formação de recursos humanos em saúde, combinando conceitos das ciências sociais e das ciências médicas”, escreveram os autores do artigo “Frederico Simões Barbosa: uma trajetória de contribuições à ciência e à saúde pública”. O projeto, no entanto, foi descontinuado abruptamente pela reitoria da universidade. Eram os anos de chumbo da ditadura.

humanos e atenção primária em saúde, entre 1972 e 1975.

O pesquisador ainda ajudou a fundar a Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Associação Brasileira de Ensino Médico (Abem) e teve passagens pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e pela Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura (1980-1984), onde deu continuidade aos estudos de medicina comunitária realizados na UnB. Em 1983, ingressou na Ensp/Fiocruz, como professor de epidemiologia, participando ativamente das transformações conduzidas na instituição a partir de 1985, sob a presidência do sanitarista Sérgio Arouca. Foi diretor da escola entre 1985 e 1989, e desempenhou papel central na criação da publicação dos Cadernos de Saúde Pública.

Após sua aposentadoria, em 1991, retornou ao Recife. “Tenho dois filhos morando lá e uma ligação afetiva com a cidade”, revelou ele, em entrevista. Como que fechando um ciclo, voltou ao Aggeu, instituição que ajudara a fundar e consolidar, quando se dedicou aquilo que nunca havia abandonado: os estudos sobre epidemiologia e as estratégias de controle da esquistossomose. Quem o conheceu, não poupa elogios. “Considero que foi um dos melhores cientistas que o Brasil conseguiu produzir no século 20”, afirmou a pesquisadora Eridan Coutinho, pesquisadora emérita da Fiocruz, uma das entrevistadas da cinebiografia. 

O SUS está diante de um novo desafio na prevenção ao HIV/aids: incorporar o medicamento utilizado na pré-exposição ao vírus, que começa a ser oferecido na rede pública para populações consideradas sob maior risco de contrair o HIV. O método conhecido como Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) consiste no uso diário de um medicamento antirretroviral — o Truvada — para prevenir a infecção pelo vírus. Para entender o impacto que esta nova estratégia terá na política de prevenção à aids no Brasil, *Radis* conversou com alguns especialistas e ativistas dedicados ao tema, que apontam que a adoção da PrEP no SUS é um passo importante, mas que ainda precisa ser expandido para toda a população.

A utilização da PrEP já vinha sendo estudada e recomendada por especialistas como um método complementar de prevenção ao HIV (*Radis* 171). O primeiro estudo demonstrativo no país, coordenado pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), da Fiocruz, avalia a aceitação, a viabilidade e a melhor forma de oferta desta estratégia. Porém, a decisão de oferecer o medicamento no SUS — ainda que inicialmente a populações consideradas “sob risco” — foi adiada pelo Ministério da Saúde no fim de 2016. A PrEP se soma agora ao uso da camisinha — que continua sendo o principal método de prevenção da aids — e à PEP (Profilaxia pós-exposição) para evitar a infecção pelo vírus.

O prazo para que o novo método de resposta ao HIV seja incorporado ao SUS é de 180 dias após a publicação da portaria do Ministério da Saúde (31/05), que definiu o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da PrEP e alterou o registro do Truvada, para que ele possa ser usado também de forma preventiva. A estratégia será oferecer o medicamento para uso preventivo a populações consideradas mais vulneráveis ao HIV, como profissionais de saúde, homossexuais, homens que fazem sexo com homens, pessoas trans e casais sorodiscordantes (um dos parceiros é soropositivo e o outro, não). Para aderir à prevenção, será preciso passar por uma avaliação feita por profissionais de saúde sobre a vulnerabilidade do paciente, que vai considerar comportamento sexual e outros contextos de vida. Para que tenha efeito, a PrEP precisa ser de uso contínuo, ou seja, o medicamento deve ser tomado todos os dias.

De acordo com o Ministério da Saúde, a PrEP será implantada inicialmente em 12 cidades — Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Fortaleza, Recife, Manaus, Brasília, Florianópolis, Salvador e Ribeirão Preto — e expandida, gradativamente, para o restante do país. Segundo os estudos, a eficácia na prevenção com o uso do Truvada é de mais de 90%, desde que o medicamento seja tomado corretamente. Mas a PrEP não substitui a camisinha, que continua sendo a forma mais efetiva de proteção contra as outras IST (infecções sexualmente transmissíveis), como sífilis, gonorreia, hepatites B e C.

Para as pessoas escutadas pela *Radis*, o uso do medicamento na pré-exposição será mais um método para evitar a infecção pelo vírus, mas vai exigir treinamento dos profissionais de saúde e disposição para expandir o uso para toda a população. Inicialmente restrito a grupos considerados mais vulneráveis ao vírus, o novo passo também reacende o debate sobre a necessidade de superar a ideia de “grupos ou populações de risco” e vencer os estigmas em torno do HIV.

PREP NO SUS

O QUE ESPERAR DO
NOVO MÉTODO DE
PREVENÇÃO AO HIV
QUE COMEÇA A SER
OFERECIDO NA
REDE PÚBLICA DE
SAÚDE?

VULNERABILIDADES E INIQUIDADES

“**A**credito que um dos principais impactos será a possibilidade de contarmos com mais uma tecnologia para o enfrentamento da epidemia. Contudo, o sucesso vai depender da forma como for gerenciado, principalmente nesse início, no qual o público alvo será definido e restrito. Desta forma, a equipe que ficar à frente desse atendimento terá que ser bem treinada para que haja especial atenção com relação ao respeito aos princípios de cidadania do público definido. O impacto será mais abrangente quando não houver mais restrição e todas as pessoas puderem ter acesso a esse método de prevenção.

Entendo que essa discussão a respeito de 'grupo de risco' ou 'população de risco' está superada. O processo de uso do Truvada na PrEP deverá ser estendido a toda a população paulatinamente, pois todos têm o direito de ter acesso aos insumos disponibilizados pelo SUS. O que estamos assistindo é um processo de disponibilização gradual, que se iniciará com as populações mais vulneráveis, tendo em vista os aspectos relacionados às iniquidades sociais e ao sofrimento provocado pelo estigma e pelo preconceito que alcançam aquelas populações.”

GEORGE GOUVEA,
psicanalista, coordenador de ações de acolhimento,
aconselhamento e apoio psicológico a pessoas vivendo
com HIV/Aids do Grupo Pela Vidda-RJ

RISCOS E ESTIGMAS

“**A** PrEP é uma opção para pessoas com vulnerabilidade aumentada, que estão sob maior risco de adquirirem a infecção pelo HIV. Nossa expectativa é que a disponibilização da PrEP atue de forma sinérgica com as outras formas de prevenção já disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, especialmente o tratamento antirretroviral. O tratamento antirretroviral reduz a quantidade de vírus no sangue da pessoa que vive com HIV, diminuindo a chance de transmitir a infecção.

Algumas pessoas, por razões variadas, estão sob maior risco de adquirir a infecção pelo HIV. Para essas pessoas, a PrEP significa a chance de evitar a aquisição do vírus, com uma ação que depende apenas delas próprias. É preciso amadurecer a discussão sobre 'estar sob risco', pois sem ela não se caminha para que as pessoas tenham consciência de sua própria vulnerabilidade e possam se proteger. 'Pessoas sob risco' não caracterizam 'grupos de risco', mas sim pessoas que em determinado momento têm um comportamento que leva a uma maior exposição ao HIV. Uma discussão franca sobre risco não promove estigma. Ao contrário, a proposta é proteger pensando no princípio da equidade no SUS, dando mais atenção a quem está mais vulnerável. Queremos que as pessoas nessa situação possam ter mecanismos autônomos que permitam que estejam mais protegidas para viver a sua sexualidade livremente.”

BEATRIZ GRINSTEJN,
médica, chefe do Laboratório de Pesquisa Clínica em DST/
Aids do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
(LaPclin-Aids/INI/Fiocruz)

AVANÇO E ALTO CUSTO

“**A**provação e implementação dessa decisão como uma política de saúde é um passo importante para o avanço da resposta brasileira ao HIV, especialmente no campo de prevenção. Coloca o Brasil ao lado dos países que têm adotado ações de prevenção mais atualizadas, e de acordo com as evidências científicas produzidas pelos últimos estudos sobre o uso de antirretrovirais na prevenção. O Brasil inclusive é um dos países que tem realizado estas pesquisas. Além disso, para as pessoas, pode significar mais uma possibilidade de ampliar suas escolhas relacionadas à prevenção ao HIV e também às ISTs [*Infecções Sexualmente Transmissíveis*].

Certamente a implementação da PrEP será um desafio para o SUS, pois profissionais de saúde precisarão ser treinados sobre como recomendar e acompanhar as pessoas sobre o uso da profilaxia. O tema do estigma também precisará ser enfrentado, pois a PrEP tem sido erroneamente confundida como um desestímulo ao uso do preservativo e um incentivo à uma vida sexual irresponsável. Ao contrário, a profilaxia pode nos levar a falar mais sobre sexualidade, sobre prevenção e ser uma oportunidade para prevenir outras infecções sexualmente transmissíveis.

No entanto, um fator preocupante tem sido o preço do medicamento usado para a PrEP, o Truvada. Apesar de ser um medicamento já disponível em versão genérica em outros países, no Brasil — devido a uma série de empecilhos comerciais, alguns relacionados à patente deste medicamento — foi comprada a versão de 'marca' da empresa que detém a patente e que é a versão mais cara. Precisamos pressionar o governo e empresas para conseguir o medicamento nas versões genéricas e pré-qualificadas pela OMS e desta forma, num breve futuro, universalizar o uso da PrEP para todos e todas que dela necessitem.

Já as classificações de 'grupos de risco' e 'população de risco' podem ser um retrocesso quando só permitem ver nas pessoas o seu potencial de risco para o HIV, sem considerar outras dimensões da vida, como a situação social e cultural da pessoa, suas condições de vulnerabilidade, que podem ser econômicas, políticas e sociais. São um retrocesso quando não permitem ver o cidadão em sua completude, mas apenas o risco para o HIV, e deixam de lado os diferentes aspectos individuais e coletivos que conformam uma pessoa.”

VERIANO TERTO JR.,
psicólogo, vice-presidente da Associação
Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia)





Radis Comunicação e Saúde

✓ Seguindo



Radis Comunicação e Saúde

3 seguidores • 10 seguindo



FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA

MEMÓRIA DIGITAL

Acervo de fotografias do Radis agora também disponíveis para consulta e download na plataforma flickr

No ano em que completa 35 anos de existência, o Programa Radis se aproxima ainda mais dos seus leitores ao ampliar a disponibilidade de seu acervo iconográfico na internet, com a criação de um perfil na plataforma flickr. Desde junho no ar, a página já oferece 4 mil das quase 60 mil imagens do acervo do programa, o que inclui registros históricos de eventos e personagens da Reforma Sanitária, do SUS e da Saúde Pública brasileira, bem como da Revista *Radis* — reunindo fotografias produzidas em reportagens, entrevistas e coberturas feitas ao longo dos seus 15 anos de existência — todas mantendo seu crédito de autoria.

A ideia é dar maior visibilidade ao acervo do Radis, e também permitir consultas online, o download gratuito e uso não comercial das imagens, atendendo ao que prevê a Política de Comunicação da Fiocruz, que em seus princípios recomenda a qualificação da interação e da comunicação direta com a população, ampliando canais de acesso e diálogo, e contribuindo para a produção de conteúdos focada no cidadão. A iniciativa também se alia à política de acesso aberto da instituição, que orienta dispor para toda a sociedade o acesso público e gratuito do conhecimento produzido, ampliar sua visibilidade e preservar sua memória.





Na página do Programa Radis no flickr, parte do acervo de 60 mil fotos já está disponível e inclui álbuns com personagens de matérias e entrevistas — como seu Lídio Pedroza, um dos retratados na matéria de capa da edição 177 (foto maior) — além de registros feitos durante reportagens e eventos, e momentos e figuras históricas da Reforma Sanitária



O LADO INVISÍVEL DO ESPECTRO

Os reflexos na vida e na saúde de pais e cuidadores de crianças que vivem com autismo

Ludmila Silva*

Olhares discriminatórios. Incertezas. Medo. Essas são três situações que afetam diariamente quem cuida de uma criança diagnosticada com o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Caracterizado pela dificuldade na comunicação e na realização de comportamentos repetitivos, a síndrome se apresenta de formas variadas de pessoa para pessoa, o que pode exigir tratamentos individualizados. Fundamentais no processo de convivência com o autismo, os cuidadores muitas vezes não contam com apoio, seja para aprender novas abordagens e técnicas para ajudar seus filhos, seja para cuidar de sua própria saúde. “A criança precisa de acompanhamento e tratamento, mas não podemos esquecer que os pais também são sujeitos nesse sofrimento”, disse à *Radis* Marcos Jordão, psicólogo e coordenador técnico do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (Capsi) Heitor Villa Lobos, localizado no bairro de Madureira, no Rio de Janeiro.

Descrito no Manual de Transtornos Mentais (DSM) desde 1980, o autismo é considerado um distúrbio de desenvolvimento. É falado espectro autista, pelo fato de englobar muitas situações diferentes umas das outras podendo ir de graus mais leves a mais graves. Contudo, todos os casos apresentam dificuldade de comunicação e relacionamento

social, independente do grau que o paciente se encontra.

Podendo ser classificado como Autismo Clássico, Autismo de Alto Desempenho (Síndrome de Asperger) e Distúrbio Global do Desenvolvimento sem outra Especificação (DGD-SOE), o diagnóstico do TEA é essencialmente clínico. Baseado em sinais e sintomas do paciente, leva em conta também os critérios estabelecidos pelo DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística da Sociedade Norte-Americana de Psiquiatria) e pela CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da OMS), além do histórico do paciente. Ainda não se tem ciência sobre a causa principal do autismo, mas foi admitida a existência de múltiplas causas, como fatores genéticos, biológicos e ambientais. Sem cura definitiva, a criança autista será um adulto autista.

O termo “autismo” foi cunhado em 1906 pelo psiquiatra Plouller, quando estudava o processo de pensamento de pacientes com diagnóstico de demência, mas só se disseminou por volta de 1911, quando o psiquiatra suíço Eugen Bleuler apontou o comportamento como um dos sintomas fundamentais da esquizofrenia, conta a psicóloga Sandra Dias, em artigo publicado na Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Segundo o texto, somente anos mais tarde o pediatra Hans Asperger e o psiquiatra Leo Kanner, ambos austríacos começaram a estudar a síndrome, retratada em

“Distúrbios autísticos do contato afetivo”, publicado por Kanner, em 1943.

Na história recente, pesquisa divulgada pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças [em inglês, *Center for Disease Control and Prevention (CDC)*] em 2014, nos Estados Unidos, informa que uma em cada 68 crianças tem autismo nos Estados Unidos — tendência crescente no país. No Brasil, a estimativa é que haja mais de 2 milhões de crianças com a síndrome, calcula Marcos, alertando que existem muitas variáveis na construção desses números, o que exige cautela na contagem de casos. “Muitos transtornos vão se agrupando ou reagrupando. Muita coisa que não era considerada autismo agora é nomeada como autismo. As classificações vão se modificando e isso acaba refletindo nos números”, comentou.

FAMÍLIAS INCLUÍDAS

Regulamentado pela portaria 366 do Ministério da Saúde, o Capsi é um serviço público que atende crianças e adolescentes (com até 18 anos) que vivam situações de extrema vulnerabilidade social ou apresentem transtornos mentais severos, como o autismo. “O Capsi existe para tratar as dificuldades nos aspectos sociais e de inclusão e ainda ajudar nas relações com a escola, família e com o ambiente ao redor”, afirma Marcos. Neste contexto, incluir a família da criança é, para o psicólogo, essencial para o sucesso do tratamento. Ele explica que a participação familiar é estimulada desde o primeiro acolhimento, e lembra que a frequência dos atendimentos no serviço é determinada não somente pelos problemas enfrentados pela criança, mas também pelo sofrimento causado aos pais. “Quando a gente percebe que algum dos pais tem algum tipo de sofrimento mental, nós o encaminhamos para onde ele possa ser tratado, mas continuamos orientando sobre como eles podem aproveitar melhor o dia a dia com os filhos”, explicou.

Segundo Marcos, quando os pais chegam ao Capsi, muitas vezes já pesquisaram na internet sobre o autismo, o que não significa que não tenham dúvidas. “É um mundo de informações, e eles ficam perdidos”, comentou. A culpa e a tristeza são as duas questões que Marcos mais encontra nos

pais que cuidam dessas crianças. Ele afirma que ainda não atendeu pais que tenham tido problemas sérios de saúde ao lidar com a situação, mas que é importante se preocupar e oferecer ajuda. “Eles ficam tentando achar saídas para explicar o porquê daquilo estar acontecendo; se culpando por achar que é algo genético”, relatou.

Com uma equipe multidisciplinar, em sua maioria psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e psicoterapeutas, a abordagem de cada paciente, no Capsi, é singular, já que cada família tem a sua subjetividade. Marcos ressalta que entender isso é primordial para que o tratamento seja efetivo, destacando a importância do primeiro contato entre o profissional da saúde e o grupo. O que se espera do profissional, segundo ele, é que haja com cuidado, respeitando a individualidade do usuário e reconhecendo o sofrimento psíquico — que também é dos pais.

“O primeiro momento é de acolhimento. Os pais podem vir de maneira espontânea ou até encaminhados pela Justiça”, explica o psicólogo. Ele relata que é a partir deste contato que se monta um “projeto” para cada criança, levando-se em conta o seu contexto social e as dificuldades dos pais. Apesar do tratamento ser individual, também inclui momentos coletivos, diz ele. “Às vezes o tratamento um a um pode ser angustiante para o autista, então a convivência com outras crianças pode ser uma solução”. Marcos faz questão de deixar claro que todas as ações têm que acontecer respeitando o momento e os limites da criança — para que os estímulos aumentem seu interesse pelas atividades coletivas.

Ele também lembra que o Capsi não trabalha isolado dos outros serviços de saúde, e está sempre em contato com profissionais da atenção básica e centros de referência de pessoas com deficiência — seja para pedir ou oferecer ajuda, incluindo capacitação para a identificação do TEA. “O Capsi é um lugar de tratamento, mas também articulador”, define Marcos.

A fim de conhecer o lado dos cuidadores de uma criança autista, a equipe da *Radis* foi até a casa de duas mães que possuem filhos que apresentam o Transtorno do Espectro Autista. Elas explicaram como foi o processo de adaptação ao pegar o laudo final, além de falarem sobre seus medos, angústias e preocupações.

UM MUNDO DIFÍCIL DE DECIFRAR

“**E**u sinto como se houvesse uma linha divisória entre Sam e o mundo. É como se todos falássemos com sotaques impossíveis de entender... Não sei o quanto ele consegue absorver. Mas então, às vezes, ele me surpreende, diz algo engraçado ou demonstra um tiquinho de afeto. E isso me deixa sem ar”. O trecho do livro “O menino feito de blocos”, de Keith Stuart, retrata o que ele passou com seu filho autista, mas também pode resumir o que tantos outros pais e mães pensam sobre o modo particular como seus filhos enxergam o mundo.

Para Karina, mãe de Rafael, de 4 anos, no mundo de seu filho o bonito não difere do feio, a sensibilidade está sempre presente em suas ações e as pessoas em volta são “enormes corações prontos para socorrê-lo”. “É como se visse o amor em tudo!”, disse à *Radis*. Pedagoga, Karina diz que a dedicação com o filho é integral e afirma que a maior dificuldade dele é a hipersensibilidade no paladar. “Sempre são os mesmos alimentos, não aceita que inclua algo diferente”, completa.

A hipersensibilidade também é algo que afeta a visão de mundo de Bruna, de 7 anos. De acordo com sua mãe Agnes, o mundo para sua filha ainda é muito desafiador, já que é sensorial. “O barulho a afeta muito, na rua ela usa fones de ouvidos”, disse à *Radis*. Sem saber o que se passa na cabeça da filha, ela diz que todo dia é um desafio, diante do qual Bruna demonstra certa independência, seja ao querer algo, seja para se comunicar gestualmente, já que ainda não fala.

Tanto para Karina quanto para Agnes o apoio da família é essencial para fazer com que eles ultrapassem as barreiras. A ajuda para seus filhos, segundo elas, pode vir de vários lados, seja estudando o transtorno, fazendo atividades para estimular o que mais está afetado, em um bichinho de estimação ou até mesmo um desenho. “O Rafael assiste a um desenho que se chama ‘Super wings’, onde ouviu uma frase que sempre repete quando vai enfrentar algo novo: “Eu consigo!”.



Márcia e Davi

“Goooool...”, ecoa o grito vindo de um quartinho na casa de Márcia. “É Davi”, diz ela à reportagem da *Radis*. “Vem filho, temos visita!”. Márcia Teixeira, 41 anos, é professora de uma escola pública no município de Magé, no Rio de Janeiro, onde mora com o marido Levi, a mãe Nancy e os filhos Davi e Deivid. Davi, 9 anos, é seu filho mais velho, e foi diagnosticado com a Síndrome de Asperger, que está incluída no espectro autista. Sua condição afeta o modo como ele se relaciona e se comunica com as pessoas — e pode desencadear comportamentos repetitivos, interpretação literal da linguagem, hipersensibilidade aos estímulos sensoriais, dificuldade na empatia, rigidez de pensamento e dificuldade de autorregulação emocional, entre outros, como explica o site *Autismo & realidade*, mantido desde 2010 por pais e profissionais que lidam com o autismo.

Márcia conta que, antes de descobrir a situação do filho, era horrível dormir, já que ele chorava muito. À medida que Davi crescia, ela percebeu que seu processo de fala estava atrasado. “Ele tinha entre 4 e 5 anos, e ainda não falava. Resolvi levá-lo a um fonoaudiólogo, que me recomendou ir a outro médico, pois havia algo além do problema da fala”, relembra. Após a recomendação, Márcia ainda consultou mais duas médicas, até receber de uma delas o laudo que informava que Davi era autista. “Quando ela falou, meu mundo caiu. Eu sabia que havia algo diferente com ele, mas não imaginava que seria isso”, disse, lembrando que ainda procurou confirmação do diagnóstico no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Ipub/UFRJ).

“Sorria, mamãe”, interrompe Davi, com a câmera pronta para fazer uma foto de Márcia. Ao ouvi-lo, ela sorri. No início não era assim. Todo dia era uma luta à procura de médicos especializados; todo dia havia olhares de reprovação para aguentar; todo dia era de choro. “Os dias foram passando e eu percebi que de nada adiantava chorar; eu precisava ser forte, meu filho precisava de mim, então, o choro parou”, contou. Ela decidiu que precisava reunir forças. Começou a pesquisar, ler livros, ver vídeos, procurar formas de ajudar o filho. Sua maior preocupação era que ele não conseguia se expressar por meio da fala e acabava ficando muito nervoso: “O estresse era muito forte naquela época”.

Professora, começou a trabalhar com o filho em casa, antes mesmo de conseguir vaga nos locais de tratamento e na escola. Montou uma salinha de recursos, com materiais que o ajudam a se localizar no ambiente, a reconhecer o nome dos objetos pela casa e das pessoas a sua volta, trabalham sua coordenação motora por meio da escrita e da socialização. “Não é um trabalho fácil, precisa ter muita paciência; mas se não for isso, ele não progride”, ensina.

Com toda essa dedicação, ela admite que acaba esquecendo de

sua própria saúde. No começo, sempre ficava pensando no que poderia ter feito de errado, durante a gravidez, para que isso acontecesse; além disso, o desespero de enfrentar algo até então desconhecido fez com que Márcia se frustrasse nos muitos momentos em que não encontrava ajuda. “O banheiro era meu refúgio para chorar, quando fracassava na procura; parecia que eu ia ficar doida”, confidenciau.

“Só queria que meu filho fosse igual às outras crianças da idade dele”, desabafa, dizendo que se sente angustiada cada vez que começa a pensar na situação do filho. Ela explica que compreende que já houve uma melhora, mas em contrapartida se preocupa com seu futuro: “Eu me desespero quando penso que um dia ele ficará sem mim para ajudá-lo”. A ansiedade e o nervosismo são constantes em seu cotidiano, o que já a levou a pensar em procurar neurologista. “Minha vida é uma luta constante; eu me pergunto porque sofro tanto, já achei que não aguentaria”, relata.

Além de Davi, Márcia também cuida da mãe, que após ter sofrido um Acidente Vascular Cerebral (AVC) ficou acamada. Felizmente, ela conta com o apoio do marido, dos vizinhos e de alguns amigos. “Eu fico imaginando o sufoco que as mães que não têm ajuda devem passar; muitas têm que sair do emprego porque o filho precisa de cuidado e atenção integral”, descreveu. Para ela, uma das coisas que mais lhe deixam triste é quando alguém não se dispõe a tentar entender o modo de sociabilidade diferente do filho e o julgam por isso — muitas vezes se afastando dele ou agindo com intolerância. “Uma vez vi um pai de um aluno que estudava na mesma escola que Davi chamando meu filho de cachorro e perguntando se ele era pitbull”, comentou. Depois do ocorrido, ela mudou o filho de escola.

“As pessoas cobram com olhares, querem uma criança perfeita e que haja de acordo com o que acham certo”. Márcia também observa que a cobrança e a discriminação não partem somente dos adultos, mas também de crianças que não foram educadas para conviver com as diferenças. “Em um passeio da escola, no qual eu estava, percebi que Davi queria jogar vôlei, mas foi impedido. As crianças fizeram com que ele fosse de um lado para o outro, até que saísse do limite da quadra. Fizeram meu filho de bobó”, relembrou, incomodada.

Hoje, Davi não se joga mais no chão, não derruba mais os produtos nas prateleiras do supermercado, não se esconde na hora de cantar “Parabéns pra você” e já consegue se apresentar nas festas da escola sem cara emburrada. “Hoje ele participa normalmente, e quando termina fala ‘eu consegui, mamãe’”, conta, orgulhosa, explicando que Davi tem ciência de suas limitações e comemora quando as enfrenta. Ela encerra a conversa avaliando que não vê mais tanta dificuldade na relação de seu filho com as pessoas — “onde ele estiver, vai chegando do jeito dele” — e mostra, orgulhosa, o boletim de Davi com todas as notas acima de 8. “Aos poucos, com muito trabalho, ele vai conquistar seu espaço”, acredita.



34 anos, grávida do terceiro filho, Carla Oscar também é mãe de um menino autista. Ray tem 10 anos e sofre da Síndrome de West — um caso raro de epilepsia — associado a um grau do autismo. “O neurologista fala que a cabeça do meu filho é uma confusão sem fim”, descreveu Carla à reportagem, que a encontrou em sua casa no bairro do Cosme Velho, no Rio de Janeiro.

O diagnóstico foi feito quando Ray tinha apenas 1 ano e 8 meses, e enfrentava muitas crises convulsivas. Carla conta que foi à pediatra para saber o que estava acontecendo, mas a médica afirmou que Ray não tinha nada. Não satisfeita com a resposta, a mãe foi em busca de um neurologista, que descobriu qual era o problema. “Ele tinha que usar um capacete para não bater com a cabeça no chão; isso se estendeu até os três anos, que foi quando parou de ter convulsões”, relatou.

Carla descreve o dia a dia do filho como “de muita briga”, situação que a deixa bastante preocupada. Segundo ela, Ray não briga somente com os outros, mas também com ele mesmo. “Acho que o fato de ele ainda não conseguir se expressar por meio da fala o deixa muito estressado, então ele acaba batendo”, disse. No dia em que *Radis* foi conversar com Carla, Ray estava na escola, um dos poucos momentos em que ela recebe ajuda. O trajeto, para ir e voltar da escola, é o que mais a preocupa. Ela conta que o barulho, a multidão e os ônibus o incomodam, mas para o acalmar ela emprega uma tática: “biscoito, ele tem que ter um biscoito na mão, aí vai tranquilo”, revelou, sem conter a risada.

Além da escola, Ray tem apoio de um neurologista, que o acompanha desde os dois anos. Antes, ele se consultava em um lugar especializado que, segundo Carla, não ofereceu as respostas que eles buscavam. “Ele só ia pra fazer o lanche, e isso ele pode fazer em casa”, avaliou. No momento da entrevista, Carla estava em busca de outros lugares onde pudessem acompanhá-lo.

Mesmo desanimada, tentava manter as esperanças. “Enquanto eu tiver forças, vou lutar”, afirmou.

Carla revelou que o estresse, o nervosismo e o sofrimento por antecipação fizeram com que ela começasse a fumar, atitude que descreve como “uma fuga” para toda a carga que recebe. Em sua avaliação, nenhum lugar que o filho se tratou demonstrou interesse real em ajudar os pais. “Pra mim não vinha nada, uma conversa, uma orientação de como trabalhar isso em casa, nenhuma ajuda”, declarou.

Grávida, ela confessa temer o que irá acontecer quando o bebê nascer. “Eu nem quero pensar muito, ele tem muito ciúme de mim; e tem medo de choro de neném, sai correndo”, justifica, dizendo-se preocupada sobre o tempo em que ficará na maternidade, longe de Ray. Aos sete meses de gestação, ela conta, por outro lado, que o filho demonstra curiosidade, encostando o ouvido a sua barriga, e correndo quando o bebê se mexe muito. Mas a agressividade de Ray a faz ter receio de como ele lidará com o novo. “O pai diz que o bebê vai ajudá-lo; eu quero ser otimista, mas a aflição é mais forte”, confessou.

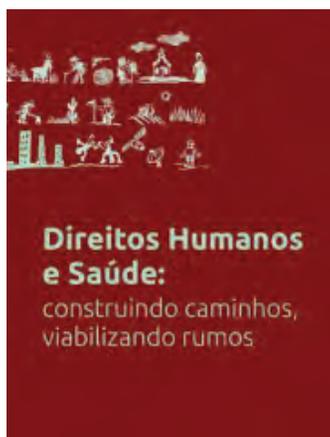
Carla também se preocupa com a atenção dada a sua filha mais velha, Rayssa, de 13 anos, que, segundo ela, já declarou várias vezes ser “carente de mãe”, pelo fato de as atenções serem todas voltadas para Ray. “É uma situação séria. Eu tenho que fazer as coisas com ela também; antes do Ray nascer, a gente saía muito, agora não saímos mais porque são lugares que o Ray não gosta, com muita gente e tumulto”, explicou.

Carla ainda não se adaptou à situação do filho, alegando que, na maioria das vezes, ninguém compreende o lado dos pais. Ela diz, também, que seu maior desejo é prepará-lo para o mundo, quando não estiver mais aqui. “Já passei por situações que eu vi a maldade das palavras de um adulto sendo faladas por uma criança; não consigo me adaptar a isso”, declarou, triste, à *Radis*. 

*Estágio Supervisionado

PUBLICAÇÕES

Direitos Humanos



Lançado em maio pelo Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural da Ensp/Fiocruz, o livro ***Direitos Humanos e Saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos*** (Cebes) é resultado do mestrado profissional em Direito e Saúde ministrado em Vitória da Conquista (BA). A obra aborda temas variados como judicialização da saúde e dos medicamentos, benefícios previdenciários, movimentos

sociais e conselhos de saúde, atenção primária, segurança alimentar e saúde do trabalhador, entre outros. Desigualdades sociais, práticas culturais e preceitos coletivos são aspectos fundamentais que permeiam o livro, demonstrando como esses fatores afetam as escolhas de vida, o direito à saúde e o bem-estar.

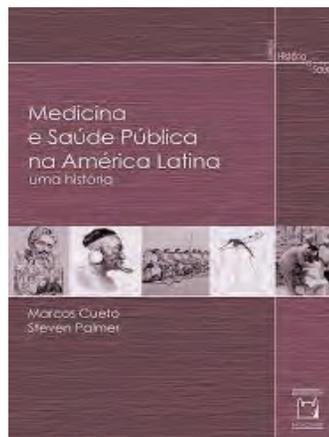
Consumo responsável



Organizado por Juliana Rodrigues Gonçalves e Thais Silva Mascarenhas, o livro ***Consumo responsável em ação*** (Instituto Kairós) questiona o atual padrão de produção, distribuição, comercialização e consumo, especialmente no campo da alimentação, propondo o consumo responsável. A obra trata do acesso ao alimento de qualidade e dos limites do modelo convencional de abastecimento, apresentando práticas alternativas

que aproximam consumidores e produtores (como os grupos de consumo responsável), os diálogos do tema com as políticas públicas e possíveis atuações de mobilização social nas redes, ruas e campos. Disponível em <https://goo.gl/cWYsbT>.

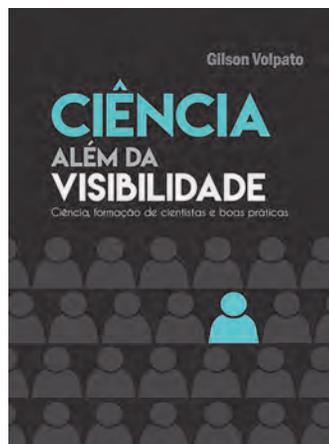
História premiada



Escrito pelos historiadores Marcos Cueto (COC/Fiocruz), e Steven Palmer (University of Windsor, no Canadá), o livro ***Medicina e Saúde na América Latina: Uma história*** (Editora Fiocruz) é uma versão em português da obra laureada com o prêmio George Rosen 2017, da Associação Americana para a História da Medicina (AAHM). O livro aborda desde o contato entre a medicina indígena, a afroamericana e a europeia

no período colonial, do início do século 16 ao começo do século 19, “à agenda neoliberal que ditou as regras na década de 1980, com uma ideia altamente restritiva da saúde em termos de custo-eficácia”, definiu Marcos Cueto.

Formação de cientista



Professor aposentado do Instituto de Biociências da Unesp, Gilson Volpato (Unesp) orienta, em ***Ciência além da visibilidade*** (Best Writing), graduandos e pós-graduandos quem desejam se aventurar pelos caminhos da ciência, defendendo que há diferenças entre a atuação de um pesquisador e de um cientista. Para isso, fornece explicações sobre o método científico, aprofunda-se na formação do cientista e aborda “boas práticas”, alertando

contra desdobramentos equivocados da pesquisa, como erros na escolha de orientador, na coleta e na análise de dados, até desvios da corrupção — apontando para suas consequências e sugerindo correções.

EVENTOS

14º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade

Organizada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), a 14ª edição do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (CBMFC) terá como tema “Atenção Primária, acesso e cuidado centrado na pessoa”. O objetivo é destacar a responsabilidade dos médicos de família na construção de sistemas de saúde que ofereçam um melhor cuidado para as pessoas e que sejam mais sustentáveis. O evento recebe trabalhos científicos até 14 de agosto.

Data 1º a 5 de novembro

Local Curitiba, Paraná

Info www.cbmf2017.com.br

22º Encontro Nacional de Gestação e Parto Natural Conscientes

A programação inclui apresentação de pesquisas e palestras temáticas, a partir do tema “Simplicidade, segurança e direito de escolha”. Dentro do evento também acontecerá a 21ª Plenária da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna) e o 10º Encontro Nacional de Doulas, que este ano discute “Diferentes olhares sobre o papel das doulas. A ideia é promover amplo debate como atuação das mídias, parteria urbana, violência obstétrica e novas evidências científicas.

Data 15 e 16 de novembro

Onde UFRJ, Rio de Janeiro, RJ

Info www.partonatural.com.br



A POTÊNCIA DO CUIDADO

Carta produzida em seminário de redução de danos crítica política de guerra às drogas

Nós, participantes do *Seminário Internacional: Cenários da Redução de Danos na América Latina*, reunidos no Rio de Janeiro nos dias 29 e 30 de maio de 2017, afirmamos que em tempos de radicalização da violação de direitos e ameaça à democracia, é preciso defender a radicalidade da potência do cuidado. Para tanto apresentamos esta Carta de Manguinhos, região constantemente atingida pela nefasta e violenta política de guerra às drogas que criminaliza e autoriza ações bélicas, neste como em tantos outros territórios periféricos de toda a América Latina.

O mundo vive um momento de avanço das forças conservadoras, que na América Latina se expressa através da fragilização dos processos democráticos; no aprofundamento das iniquidades socioeconômicas; no aumento da fragmentação e segregação social. Tais dinâmicas, em seu conjunto, põem em risco direitos fundamentais. Exemplo emblemático foi a recente intervenção no bairro da Luz, na cidade de São Paulo. Durante quatro anos, sustentou-se um projeto intersetorial inspirado nos princípios da Redução de Danos, que visava articular ações de garantia de direitos à moradia, trabalho/renda e cuidado na região conhecida como “cracolândia”. Em maio de 2017, foi realizada uma operação policial com a intenção de uma “limpeza social”, com utilização do pânico moral para atender a interesses da especulação imobiliária. A violência e as arbitrariedades contra pessoas em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade social, rotuladas como “viciados em crack”, seguiram-se por dias. Assim, uma política pública de cuidado, promoção da saúde e de direitos foi substituída pela repressão e violação de direitos.

Arbitrariedades como estas não são exclusivas do Brasil, e casos similares são encontrados em muitos lugares da América Latina, onde a droga funciona como pretexto para intervenção territorial. Por outro lado, há outras situações de violência estrutural, como dificuldade de acesso a políticas públicas, assassinatos, prisões, exposição a doenças infectocontagiosas, falta de acesso a medicações e a políticas que garantam a cidadania.

A Redução de Danos, em seus esforços pela promoção da saúde, cidadania, direito à cidade, justiça social e direitos humanos das pessoas que usam drogas, não está isenta dos efeitos da conjuntura conservadora. O atual modelo de política de drogas opera seletivamente, criminalizando, encarcerando e estigmatizando sobretudo as populações mais pobres, moradoras de regiões

periféricas, e de modo diferenciado as pessoas em situação de rua, negras, indígenas, mulheres e jovens.

As experiências bem sucedidas de cuidado são opostas à violência intervencionista defendida pelas políticas conservadoras. As evidências e o acúmulo político da Redução de Danos rejeitam propostas que não reconhecem a diversidade da experiência humana, e que se utilizem apenas da racionalidade biomédica e da criminalização de condutas consideradas desviantes. A Redução de Danos que realizamos no cotidiano de nossas práticas, em todo o continente, se apresenta como alternativa concreta ao fracasso de concepções e intervenções dicotômicas e simplistas. Não obstante, é preciso avançar ainda mais na direção de uma Redução de Danos interseccional, capaz de articular a defesa da reforma das políticas de drogas às lutas das mulheres, da população negra, dos povos indígenas, LGBTIs e das múltiplas juventudes.

Diante disso, propomos a formulação de uma Redução de Danos inserida num projeto despenalizador e emancipatório, em que experiências subjetivas e corporais não sejam objeto de ações repressivas e disciplinadoras. A Redução de Danos, no atual contexto, é ferramenta potente de questionamento dos modelos de controle, implicando a afirmação e respeito à liberdade e autonomia das pessoas que usam drogas.

Consideramos urgente compartilhar nossas experiências e resistências, promovendo intercâmbios que consolidem nossa articulação Latino Americana em defesa de políticas públicas de Redução de Danos conectadas a reforma da política de drogas. 

Assinam esta carta Programa Institucional Álcool, Crack e Outras Drogas da Fiocruz; Asociación Intercambios (Argentina e Paraguai); Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención em Drogas (ACEID); Acción Técnica Social (ATS); Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (Aborda); Iniciativa Negra por uma Nova Política de Drogas (INNPD); Coletivo Intercambiantes; Enfoque Territorial; Programa Andrés Rosario; Associação Redes de Desenvolvimento da Maré; Coletivo É De Lei; Plataforma Brasileira de Políticas sobre Drogas (PBPDP); Grupo de Trabalho em Saúde Mental da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz); Central de Cooperativas e Empreendimentos Solidários (Unisol) e Associação Inclui Mais.

COMUNICAÇÃO
EM DEFESA DA
SAÚDE
E DA
DEMOCRACIA
DESDE 1982

RADIS35

NOSSO LADO É O SUS

www.ensp.fiocruz.br/radis

facebook.com/RadisComunicacaoeSaude

flickr.com/RadisComunicacaoeSaude