



PRECISO
ENCARAR
SUICÍDIO
DE PERIGO
ASSUNTO

NOVIDADE

Redação da *Radis* discute mudanças do projeto gráfico que estreia nesta edição



EDUARDO DE OLIVEIRA

RADIS edição 193 ■ outubro 2018

capa arte de Felipe Plauska

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 3 | EDITORIAL
Escutar, acolher e agir | 27 | MEDICALIZAÇÃO
Para além do diagnóstico |
| 4 | VOZ DO LEITOR | 30 | MEMÓRIA
A ciência a caminho da roça |
| 5 | SÚMULA | 34 | SERVIÇO |
| 10 | ENTREVISTA
João Arriscado Nunes Saúde global: do direito à obrigação | 35 | PÓS-TUDO
O Museu mais amado morreu. Foi assassinado |
| 13 | DEMOCRATIZAÇÃO DA MÍDIA
Quem tem medo da comunicação pública? | | |
| 16 | CAPA SOBREVIVER
Precisamos falar sobre suicídio | | |
| 23 | Sobre perdas e memórias | | |
| 24 | Entrevista Carlos Felipe D'Oliveira: "Para problemas complexos, não existem soluções simples" | | |

ESCUTAR, ACOLHER E AGIR

Já tratamos de suicídio como uma questão de saúde pública e como um tema de reflexão para a prática jornalística em outros momentos. Mas é a primeira vez que o assunto ocupa a nossa matéria de capa. Luiz Felipe Stevanim ouviu psicólogos, psicoterapeutas, psiquiatras, pesquisadores e também familiares diretamente envolvidos com tentativas e concretizações de suicídio, numa tocante e esclarecedora reportagem.

Neste “setembro amarelo”, a campanha de alerta e prevenção estimulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) teve uma acolhida grande por parte da sociedade brasileira e das instituições de saúde. A própria imprensa, que sempre se pautou pela cautela, vem abordando o tema com mais frequência, vocalizando orientações de especialistas sobre a atenção aos sinais e às possibilidades de prevenção.

Nas escolas e nas unidades de saúde, a ideia de que é preciso falar sobre suicídio está tomando força, rompendo um tabu presente também nas famílias que já viveram dolorosos casos de perda. Aqueles que experimentaram a perda de um familiar, amigo ou colega de escola ou trabalho, motivada pelo suicídio, são considerados “sobreviventes” por quem estuda ou trabalha com a questão. Eles explicam que há uma tendência de as pessoas próximas serem tomadas por sentimentos contraditórios como vergonha, culpa e raiva. Muitas vezes, mesmo quando não suportam a dor, os familiares se calam por não encontrarem um interlocutor ou um espaço acolhedor para expressar e trabalhar os sentimentos, o que dificulta e prolonga o luto e a assimilação do acontecimento, processos que ocorrem de forma singular para cada pessoa.

“Tem horas que não tem o que fazer a não ser botar um pouco pra fora. E se você não está num ambiente acolhedor, você não consegue fazer isso”, explica ao repórter uma mãe que perdeu a sua filha de 27 anos, em fevereiro deste ano. “Você teria gostado de conhecê-la, ela era uma pessoa incrível; o suicídio não resume a pessoa que ela foi”, diz emocionada.

“Pósvenção” é o nome das ações de saúde e cuidados para apoiar pessoas que experimentam essa perda. São milhares de pessoas que passam por esta mesma situação no Brasil, que registrou mais de 100 mil mortes por suicídio entre 2007 e 2016 e apresenta taxas crescentes a cada ano, especialmente entre adolescentes e idosos. Quem pesquisa este fenômeno afirma que ele é determinado por múltiplas causas e fatores, que podem ter

como gatilhos acontecimentos o término de uma relação, uma crise financeira, desemprego, a morte de um parente próximo. Mas, embora complexo e motivado por particularidades em cada caso, o processo de dor ou sofrimento mental que envolve a maioria dos casos costuma ser acompanhado de sinais que podem ser percebidos quando familiares, amigos e profissionais de saúde estão atentos à escuta e ao acolhimento.

A prevenção do suicídio é baseada na atenção ao outro,

A prevenção do suicídio é baseada na atenção ao outro, aos seus silêncios, seu recolhimento social, aos eventuais e sutis pedidos de ajuda.

aos seus silêncios, seu recolhimento social, aos eventuais e sutis pedidos de ajuda, aos comentários que possam indicar a predisposição à desistência da vida, a discursos de autodesvalorização. A OMS associa o suicídio também a casos de saúde mental, como depressão, transtorno bipolar, uso abusivo de álcool e drogas. Mas esta visão pode reduzir a compreensão do problema, declara uma porta-voz do Centro de Valorização da Vida, contribuindo para a ideia simplista de que toda a pessoa que tenta tirar a própria vida sofre de depressão, ou que toda pessoa com depressão tem o risco de se matar. No sistema de saúde, profissionais da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família, assim como os que atuam nas unidades de emergência, são tão estratégicos quanto psicólogos, psicoterapeutas e psiquiatras numa abordagem sistêmica de prevenção e na intervenção rápida, para ajudar quem está sofrendo.

O profissionais e familiares entrevistados são unânimes em dizer que quem tenta suicídio não quer de fato acabar com a vida, quer é parar de sofrer, porque o sofrimento dói. O acolhimento da família e dos profissionais de saúde após uma tentativa de suicídio ajudou em sua superação um sobrevivente, que conversou com nosso repórter. Hoje ele atua no projeto “Uerj pela Vida”, que oferece acolhimento a pessoas que vivenciam ideias suicidas. 

■ **ROGÉRIO LANNES ROCHA** EDITOR-CHEFE E COORDENADOR DO PROGRAMA RADIS

SUA OPINIÃO

Para assinar, sugerir pautas e enviar a sua opinião, acesse um dos canais abaixo.

Tel. (21) 3882-9118 E-mail radis@ensp.fiocruz.br End. Av. Brasil, 4036, Sala 510 Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP 21040-361



www.ensp.fiocruz.br/radis



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



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



DOAÇÕES DE SANGUE

Olá. Estou cursando Direito e recebo a revista *Radis*. Adoro as revistas, pois são muito enriquecedoras. Gostaria que me ajudassem com meu TCC, que é sobre o princípio da isonomia na doação de sangue, já que hemocentros não recebem doação de sangue de transsexuais, travestis e bissexuais.

Adriana Yzuno, Porto Alegre, RS

Adriana, nós abordamos as restrições à doação de sangue por homossexuais na edição de julho (*Radis* 189), que você pode acessar na íntegra em <https://goo.gl/2Hgv89>.

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.

FIOCRUZ

Nísia Trindade
Presidente

ENSP

Hermano Castro
Diretor

PROGRAMA RADIS

Rogério Lannes Rocha
Coordenador e editor-chefe
Justa Helena Franco
Subcoordenadora

REDAÇÃO

Adriano De Lavor Editor
Bruno Dominguez Subeditor

Reportagem

Ana Cláudia Peres, Elisa Batalha, Liseane Morosini, Luiz Felipe Stevanim, Tassiana Chagas (estágio supervisionado)

Arte

Carolina Niemeyer,
Felipe Plauska

DOCUMENTAÇÃO

Jorge Ricardo Pereira
Eduardo de Oliveira (fotografia)

ADMINISTRAÇÃO

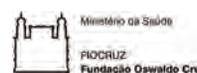
Fábio Lucas, Natalia Calzavara, Ana Luiza Santos da Silva (estágio supervisionado)

ASSINATURAS

Assinatura grátis (sujeita a ampliação) Periodicidade mensal Impressão Rotaplan Tiragem 115.600 exemplares

USO DA INFORMAÇÃO

Todos os textos podem ser reproduzidos, citada a fonte original.



CONTRIBUIÇÕES DO LEITOR

Entro em contato para parabenizá-los pela excelente linha editorial, na abordagem de temas tão caros à saúde (em seu conceito mais amplo, como anunciado pela Declaração de Alma-Ata) e, em última instância, na reflexão acerca dos caminhos para a melhoria das tão sofríveis condições do povo brasileiro. O segundo fator é que, por algum tempo, tenho prestado consultoria na implementação do atendimento humanizado em Unidades Básicas de Saúde pelo Estado de São Paulo, o que me levou a diversas reflexões que me transformaram num grande defensor do SUS enquanto agente promotor do bem-estar e — por que não? — um caminho necessário para a construção de um mundo melhor. Dada minha experiência na área e minha plena e imediata simpatia pela linha editorial adotada pela revista, gostaria de saber se os senhores aceitam contribuições para publicação.

Bruno Santos, São Paulo, SP

Bruno, muito obrigado por suas considerações. O conteúdo noticioso da *Radis* é produzido por uma equipe de jornalistas, mas aceitamos sugestões de pauta e contribuições de opinião para a seção Pós-tudo. Caso haja interesse, envie sua sugestão para radis@ensp.fiocruz.br. Um abraço!

RADIS AGRADECE

Feliz e agradecida pela matéria “Autonomia para a vida” (*Radis* 186). Em tempos de luta por (e/ou) manutenção de direitos é muito importante mostrar o trabalho que faz a Terapia Ocupacional. Parabéns!

Maria Pinheiro, São Carlos, SP

Radis 186 está excelente, com as matérias sobre a fome e sobre a regulação sobre alimentos não saudáveis. Como técnica de nutrição, vejo que precisamos estar atentos à boa alimentação.

Leticia Maria Nunes de Araújo, Juiz de Fora, MG

LEISHMANIOSE

Trabalho no SUS como médico veterinário e sou assinante desta excelente revista há mais de três anos. Gostaria de sugerir uma reportagem sobre a Leishmaniose Visceral Humana (LVH), tendo em vista as problemáticas envolvendo o principal reservatório doméstico da doença (cão), como recolhimento e eutanásia de animais e ONGs que defendem seu bem-estar. É uma doença negligenciada, que vem aumentando em nosso Estado.

José Alexandre Araújo, Fortaleza, CE

José, as leishmanioses sempre estão na pauta da *Radis*. Veja as edições 181 e 143. Voltaremos ao assunto em breve!

CÂNCER ANAL

Parabéns pela excelência da *Radis*. Gostaria de sugerir uma pauta sobre a falta de programas direcionados à prevenção do câncer de reto no Brasil. Apesar de pouco frequente, a incidência deste câncer vem crescendo no mundo. São pacientes mais jovens, soropositivos, principalmente homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres com histórico de lesões em colo de útero, vaginal e vulva. Causado pelo Papilomavirus (HPV), é possível o diagnóstico de lesões em fase inicial pelo exame citológico e colposcopia anal, semelhante a prevenção do câncer de colo uterino. No Brasil, a situação é preocupante. É conhecido o aumento da aids em homens jovens HSH, porém desconhecemos a real incidência do câncer anal entre nós, pois com frequência é incluído erroneamente como sendo de cólon e reto na RCBP. Temos que falar sobre a doença!

Lêda Pereira de Barcellos, Rio de Janeiro, RJ

Olá, Lêda, obrigado pelo alerta. Em breve investigaremos o assunto. Agradecemos os elogios e sugestões!



Ativistas protestam diante do INPI, no Rio de Janeiro, por quebra de patente

Disputa sobre a patente da hepatite C

A mobilização de instituições, especialistas e ativistas barrou a decisão do Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) em conceder a patente do sofosbuvir, medicamento eficaz para a cura da hepatite C, à indústria farmacêutica americana Gilead. A concessão, que havia sido feita ao laboratório no dia 18 de setembro, mobilizou usuários do tratamento, já que a decisão daria exclusividade à empresa para a produção e comercialização do medicamento no país, impedindo que o genérico, já autorizado pela Anvisa desde 2017, fosse produzido por um consórcio integrado pelo laboratório público Farmanguinhos/Fiocruz e as farmacêuticas Blanver, Microbiológica Química e KB Consultoria.

O deferimento do pedido pegou a Fiocruz de surpresa. Em nota, o Conselho Deliberativo da Fundação ressaltou que a produção nacional em saúde deve ser parte de uma ação dos três poderes “para a defesa dos interesses da população, da soberania nacional em saúde e dos princípios constitucionais, que consideram o mercado interno como patrimônio nacional e a saúde como direito, evitando movimentos especulativos de mercado que ora manipulam os preços para a obtenção de lucros abusivos, ora para inviabilizar a produção nacional”. A fundação esclareceu ainda que todas as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) que mantêm visam

garantir segurança sanitária com preços estáveis de médio e longo prazos.

O Instituto de Tecnologia em Fármacos da Fundação Oswaldo Cruz (Farmanguinhos/Fiocruz), por sua, criticou a medida por meio de um comunicado (18/9), ressaltando que o tratamento básico com o sofosbuvir dura 12 semanas e custa em média R\$ 16 mil por pessoa aos cofres públicos e que, com o genérico, o valor cairia para R\$ 2,7 mil. “A decisão do INPI impede essa mudança, que geraria uma economia de cerca de R\$ 1 bilhão para o Ministério da Saúde, além de ampliar o acesso ao tratamento. O sofosbuvir também é eficaz no combate à zika, conforme apontam estudos”, informou Farmanguinhos, ressaltando que a patente foi concedida apesar de não ser uma “efetiva inovação”.

Frente à argumentação do INPI de que o preço de mercado não poderia ser critério para concessão ou não da patente, e que não caberia ao instituto verificar casos de abuso de monopólio por meio de preços exorbitantes e práticas anticompetitivas, Reinaldo Guimarães, vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), também se posicionou contra a decisão, salientando (19/9) que “há insensibilidade política, e provavelmente ineficiência técnica nesta concessão, que abrem espaço para sua contestação”. Para ele, o monopólio de produção vai “permitir à

Gilead colocar o preço do remédio onde quiser e dificultar o acesso”.

As críticas à decisão surtiram efeito. Como o INPI é subordinado ao Ministério da Indústria, o ministro Marcos Jorge foi chamado à comissão de assuntos econômicos do Senado para dar explicações sobre a patente (20/9). Três dias depois, a Justiça Federal do Distrito Federal quebrou a patente do medicamento, por considerar que o caso é de interesse social, tecnológico e econômico do povo brasileiro e vai colocar em risco a vida de aproximadamente 700 mil pessoas, como noticiou o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Naquele momento, a empresa informou à *Folha de S.Paulo* (23/9) que vai recorrer da decisão liminar (veja em <https://goo.gl/bTWvKc>). A Justiça ainda não tinha se pronunciado até o fechamento desta edição.

O tratamento da hepatite C é oferecido gratuitamente pelo SUS desde 2015. Caso se mantenha a concessão da patente, o número de pessoas tratadas vai diminuir, como destacou a *Folha de S.Paulo* (18/9). A Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) considerou (18/9) a decisão “desastrosa, principalmente, por significar que o Brasil não conseguirá expandir o tratamento da hepatite C para todas as pessoas que precisam e não conseguirá cumprir com compromissos internacionais assumidos, tais como a erradicação da doença até 2030”.



Um país em chamas

O incêndio (2/9) no Museu Nacional transformou em cinzas um acervo composto por cerca de 20 milhões de itens, uma das maiores bibliotecas da América Latina, múmias egípcias, o crânio de Luzia — o fóssil de uma brasileira de 11 mil anos —, os ossos do dinossauro *Maxakalisaurus topai*, coleções de borboletas, insetos, milhares de espécimes raras, o mais importante acervo indígena e de povos originários do continente, objetos de pesquisas de estudantes de mestrado e doutorado, toda uma memória cultural e afetiva. O dano é incalculável. Localizado na Quinta da Boa Vista, no Rio de Janeiro, o museu era destino certo de um público, muitas vezes de baixa renda, que mantinha com o local uma relação de intimidade. O edifício de 200 anos equilibrava-se entre a escassez de verba e o esforço de funcionários que se desdobravam para preservar esse patrimônio coletivo. Até uma “vaquinha” online foi improvisada, em 2017, para conter uma infestação de cupins. Diante do incêndio, muitos consideraram que o museu em chamas era uma metáfora da falência cultural e ética por que passa o Brasil. “Está na hora de repensarmos o que queremos para nosso país, ou não haverá futuro a ser contado. Nem mesmo em museus”, escreveu Adriana Facina, historiadora e antropóloga que vive o cotidiano do museu há mais de 20 anos, em texto publicado no jornal *O Dia* (4/9) (leia no Pós-tudo desta edição).

1. “Não foi acidente”

O Museu Nacional sempre sofreu com o descaso e o repasse de verbas insuficientes para uma instituição daquele porte. Em 2004, reportagem da BBC Brasil denunciou os riscos de o prédio pegar fogo. Mas o fato foi agravado nos últimos dois anos. Segundo a *Folha de S.Paulo* (3/9), de janeiro a agosto deste ano, o governo federal transferiu R\$ 98 mil para o Museu Nacional. No mesmo período, em 2013, esse valor foi de R\$ 666 mil, o que equivale a uma redução de 85%. “Não houve acidente, e sim crime. A arma pode ter sido curto-circuito, queda de balão ou outra; a munição teve o calibre da negligência”, afirmou o jornalista Mário Magalhães em sua coluna no site *The Intercept Brasil* (5/9).

2. Queda de braço

Em sua grande maioria, a cobertura jornalística mais desinformou do que aprofundou a discussão sobre a agonia do Museu Nacional. O Governo Federal reuniu a imprensa (4/9) para dizer que aumentou o dinheiro repassado à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), responsável pelo Museu. Por meio de nota, a UFRJ respondeu: “É falaciosa e extremamente absurda qualquer versão que insinue aumento de recursos, quando são visíveis os cortes na ciência e na educação, denunciados pela comunidade científica”. O jornal *O Globo* (5/9) foi mais longe ao veicular em sua capa notícia inverídica de que o Banco Mundial (Bird) teria oferecido R\$ 80 milhões para custear a reforma do Museu na década de 1990. A informação foi desmentida pela UFRJ e pelo próprio Bird. Com exceção de poucos artigos

e colunistas, os jornais que sempre celebraram a política de austeridade do Governo federal sequer relacionaram o incêndio do Museu a medidas como a Emenda Constitucional 95 que congelou investimentos na saúde, educação, ciência e cultura por 20 anos.

3. Compromisso

Diante das inverdades e especulações, o Conselho Universitário da UFRJ fez uma declaração pública em que manifesta profunda tristeza e indignação com o incêndio e explicitou todas as tentativas de reverter o quadro de abandono em que a instituição se encontrava, mas também reafirmou que a universidade não se sentirá intimidada a mercantilizar a ciência e a cultura. “A UFRJ declara que utilizará o melhor de sua inteligência coletiva em prol da reconstrução do Museu Nacional”, finalizava o texto assinado pelo reitor Roberto Lehrer.

4. Questão de prioridade

Em desacordo com o jornal *O Globo* e a imprensa em geral, que insistiram em uma cobertura meramente declaratória, três dias depois do incêndio, a capa no jornal *Extra* (5/9) trouxe outro olhar para o episódio. Sobre uma fotografia em que se observam o Museu e o Maracanã, os valores gastos com investimento e reforma em um e outro caso evidenciam pesos e medidas da questão. Enquanto a arena olímpica recebeu R\$ 1,2 bilhão para que fosse reconstruída para os jogos da Copa de 2014, o Museu teve zero investimento em seu sistema anti-incêndio, por exemplo.

REPRODUÇÃO



5. Solidariedade

Muitas instituições manifestaram-se em solidariedade ao Museu Nacional, como Sociedade Brasileira de Arqueologia (SAB), a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) e o Instituto Brasileiro de Museus (Ibram). O tradicional Museu do Louvre, em Paris, e o Museu de História Natural britânico, também lamentaram a perda inestimável. A Fiocruz soltou nota afirmando que, entre os responsáveis pelo abandono da instituição, estão justamente as políticas de austeridade fiscal, que atingem

“Uma perversa cortina de fumaça oculta o desmonte da ciência e do patrimônio cultural”
Reitor da UFRJ,
Roberto Lehrer,
em sua página nas
redes sociais

diretamente instituições públicas como as universidades. Digase de passagem, nos últimos anos, pelo menos oito incêndios atingiram prédios que guardavam importantes acervos históricos, artísticos ou científicos no Brasil, como foi o caso do Instituto Butantã (2010), do Memorial da América Latina (2013) e do Museu da Língua Portuguesa (2015). “Devemos denunciar com mais vigor as precariedades motivadas pelas restrições de recursos e as dificuldades de gestão, que geram obstáculos à administração de áreas de tamanha complexidade como é a área de patrimônio científico”, ressaltou a Fiocruz.

6. O lamento de Viveiros de Castro

“Acho que não vai haver reflexão nenhuma, até porque o país está mergulhado numa crise política, moral, cultural e econômica gigantesca. Vai haver gritaria durante algum tempo, choro, ranger de dentes, e em seguida vai-se voltar ao que sempre foi, planos para o futuro que não se concretizam, verbas que se prometem e não se entregam. Tenho muito medo que se tente vender o canto de sereia da privatização dos museus, retirá-lo da universidade, transformá-lo numa fundação privada”. A declaração é de Eduardo Viveiros de Castro, um dos mais ilustres antropólogos brasileiros e professor do Museu Nacional, em entrevista ao jornal português *Público* (4/9).

7. Público X privado

O temor de Viveiros de Castro se justifica: uma semana depois do incêndio, o governo Temer anunciou, por meio de Medida Provisória, a criação da Agência Brasileira de Museus (Abram), que passará a administrar os 27 museus até agora sob responsabilidade do Instituto Brasileiro de Museus (Ibram). Uma outra MP permite criar fundos patrimoniais com o objetivo de arrecadar e destinar doações de pessoas físicas e instituições privadas para projetos de interesse público. As duas medidas terão de ser aprovadas no Congresso, mas já provocam polêmica. Para José Nascimento, ex-presidente do Ibram, as MPs são desastrosas e “desmontam toda a política dos museus”, como afirmou em entrevista à Agência Pública (14/9). A Rede Brasileira de Coleções e Museus Universitários considera que as medidas representam um “atentado à democracia brasileira e às instituições públicas” e que agridem “frontalmente a continuidade das políticas públicas voltadas ao setor dos museus”.



Contra o racismo

“O Estado é racista. Mas se eu falo isso é mimimi, é vitimismo”. A frase é da advogada Valéria Lúcia dos Santos que, durante uma audiência (10/9), foi algemada por policiais, em Duque de Caxias (RJ). Em pleno exercício da profissão, ela solicitava ter acesso à peça de defesa do caso, mas teve o pedido negado pela juíza, que, em vez disso, chamou a força policial. O episódio ganhou repercussão em setembro, quando vídeos que registraram o desrespeito circularam pelas redes sociais. As imagens causaram indignação. Ao narrar o episódio na *Folha de S.Paulo* (12/9), Valéria contou que recebeu uma rasteira dos policiais,

depois de ser levada para fora da sala. A agressão só cessou quando um delegado da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) interveio. “Os policiais obedeceram na hora. Já eram quatro a essa altura. Como é a formação da nossa sociedade? Vamos dar os nomes: tem o senhor de engenho, a senhorinha, o capitão do matto. E quem estava no chão algemado? Eu”. A OAB-RJ repudiou o caso e pediu imediato afastamento da juíza leiga e punição para os policiais. A audiência em que ocorreu o episódio foi anulada. Mas, contrariando a OAB, no final do mês (25/9), a juíza foi inocentada da prática de abuso por uma comissão judiciária.

Criança sem esperança

Deu na *Folha de S.Paulo* (14/9): “Globo se negou a mostrar campanha da vacinação com Xuxa e Galinha Pintadinha”. Segundo o jornal paulista apurou, por meio da Lei de Acesso à Informação, a recusa da emissora — que é uma concessão pública e detém a maior audiência em TV aberta — foi motivada pela presença de profissionais e personagens de concorrentes nos anúncios da campanha. Nos anúncios produzidos pelo Ministério da Saúde figuram, além de imagens da apresentadora, hoje à frente de um programa na TV Record, a Galinha Pintadinha, desenho animado exibido na rede de compartilhamentos YouTube e na plataforma Netflix, e uma personagem do jogo “Just Dance”. Apesar da relevância da mensagem, o interesse comercial falou mais alto do que o interesse público: no momento em que os índices de imunização atingem a sua pior marca em 16 anos, e que a campanha atual (focada em pólio e sarampo) não chega à meta de vacinar 95% do público-alvo, é no mínimo contrassenso que a emissora de televisão criadora da campanha “Criança Esperança” se recuse a veicular importante conteúdo de saúde para o público infantil.

É crime!

Assédio sexual agora é crime. Após inúmeras denúncias de homens que se masturbaram e até ejacularam em mulheres dentro de transporte público, foi sancionada (24/9) lei que pune o contraventor com pena de até 5 anos de prisão. O texto prevê punição para casos de assédio em qualquer espaço público e aumenta a pena para estupro coletivo. Para que fique claro: a assédio sexual foi definida como a prática de um ato libidinoso na presença de alguém, sem que essa pessoa tenha dado consentimento. A nova lei, que altera o código Penal, torna crime ainda a chamada vingança pornográfica, quando são divulgados vídeos ou fotos de cena de sexo ou nudez ou pornografia sem a autorização da vítima.

Contra a violência

Homens que foram enquadrados pela Lei Maria da Penha — criada para proteger mulheres da violência doméstica e familiar — estão tendo uma espécie de segunda chance, no estado de São Paulo. O projeto atende agressores que, enquanto aguardam julgamento, são acolhidos por um psicólogo e uma assistente social em encontros semanais que devem ajudá-los a resolver os conflitos. Segundo reportagem do site *Universa* (6/9), que acompanhou um desses encontros em Jundiaí, o projeto tem reduzido a reincidência dos casos. Dos 190 homens atendidos e que agora estão em liberdade, nenhum retornou. Antes do projeto, metade deles voltava ao cárcere em até 30 dias e o restante, em até 90.

Intersexualidade

Campanha da ONU Livres & Iguais aproveitou a realização da 4ª Conferência Internacional [SSEX BBOX] — que reúne anualmente pesquisadores, acadêmicos, artistas, trabalhadores sexuais e pessoas que vivenciam questões relativas ao gênero e à sexualidade “fora da caixa” — para entrevistar (20/9) participantes que explicam o que é intersexualidade. No vídeo disponibilizado na internet, ativistas dizem por que o direito de definir o próprio gênero é fundamental para uma vida plena. Indivíduos intersexo nascem com características que não correspondem ao que a sociedade caracteriza como masculino ou feminino. Seu corpo e sua experiência de vida desafiam a rigidez das classificações culturais e o preconceito.

Azul contra arboviroses

O Castelo da Fiocruz, no Rio de Janeiro, foi iluminado de azul nas noites de 18 e 19 de setembro para marcar a nova fase do projeto Wolbachia. Uma das ações do World Mosquito Program (WMP), iniciativa internacional de proteção contra as doenças transmitidas por mosquitos, o projeto liberou a circulação em mais oito bairros de *Aedes aegypti* com wolbachia, microorganismo que reduz a capacidade do mosquito em transmitir doenças como dengue, zika e chikungunya. Já são 25 bairros cariocas atendidos pelo WMP. Saiba mais em www.eliminatedengue.com/brasil.



FLAVIO CARVALHO

Menos saneamento, mais doenças

A falta de saneamento básico e acesso à água potável afeta diretamente a saúde dos brasileiros, como comprovaram os resultados do levantamento Perfil dos Municípios Brasileiros (Munic), divulgado (19/9) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Segundo o instituto, 1.935 municípios — ou 34,7% dos 5.570 existentes no país — registraram doenças relacionadas a deficiências no saneamento básico entre 2016 e 2017. Diarreia, leptospirose, verminoses, cólera, difteria, zika, chikungunya, tifo, malária, hepatite, febre amarela e dermatite são algumas das doenças apontadas e associadas à ausência dos serviços de saneamento. A dengue foi a doença mais citada no documento, tendo atingido 1.501 cidades (26,9%), destacou o Uol (19/9). Segundo o site, em 1.288 municípios (23,1%) a diarreia é epidêmica ou endêmica.

De acordo com a Agência IBGE Notícias (19/9), municípios das regiões Nordeste e Norte foram os mais afetados pela dengue, zika e chikungunya. Já a febre amarela foi mais mencionada pelos municípios do Sudeste (5,1%) e do Norte (4,7%). As verminoses ocorrem de maneira alastrada em 960 cidades do país (17,2%). Em outra matéria, a Agência Brasil salientou (20/9) que as internações hospitalares de pacientes no SUS, em todo o país, por doenças causadas pela falta de saneamento básico e acesso à água de qualidade, geraram um custo de R\$ 100 milhões para o sistema, em 2017. Segundo dados do Ministério da Saúde, ao todo, foram 263,4 mil internações, um número ainda elevado, mesmo que menor ao total de casos registrados em 2016 (350,9 mil internações, que geraram custo de R\$ 129 milhões).

Desigualdade aumenta

O Brasil permanece na 79ª posição entre 189 países no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), divulgou em setembro o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud). O IDH leva em conta renda, educação e saúde. Mas a desigualdade aumentou.

Em termos de desigualdade de gênero, o Brasil está na **94ª colocação**

O país caiu **17 posições** quando se avalia exclusivamente a desigualdade social

Em defesa das boas práticas

“Estarão jogando pelo ralo recursos financeiros que precisam ser monitorados pelo nosso controle social e, mais grave do que isso, estarão sujeitando nossa população ao consumo de produtos de qualidade duvidosa e apenas sujeitos às forças de mercado”. Foi assim que Jorge

Bermudez, pesquisador da Ensp/Fiocruz e consultor da ONU em acesso a medicamentos, avaliou a atitude do Ministério da Saúde de revogar a obrigatoriedade de que as compras e licitações públicas de medicamentos para o SUS sejam feitas de empresas que tenham atualizado o Certificado

de Boas Práticas de Fabricação (CBPF). A medida modifica prática estabelecida há 20 anos. “Requisitos de comprovação da qualidade dos produtos trazem segurança para a população e deveriam acarretar confiança para os gestores”, reiterou o pesquisador, em nota publicada na página do CEE/Fiocruz.

JOÃO ARRISCADO NUNES

SAÚDE GLOBAL: DO DIREITO À OBRIGAÇÃO

ADRIANO DE LAVOR

A expansão do que se designa Saúde Global, na sua versão hegemônica, privilegia a legitimação de uma concepção única de cuidado, baseada na monocultura da biomedicina, avalia João Arriscado Nunes. Professor Catedrático da Universidade de Coimbra, onde é um dos coordenadores do programa de doutoramento “Governança, Conhecimento e Inovação” e integra a equipe do Centro de Estudos Sociais (CES), o pesquisador tem uma visão crítica sobre o fenômeno que, entre outras consequências, interfere no direito à saúde e na definição de políticas relativas à saúde global. Nesta entrevista, em que analisa a repercussão deste fenômeno a partir do que propõem as epistemologias do Sul — proposta que questiona a produção de conhecimento dominante e inclui saberes silenciados pelo capitalismo e pelo colonialismo —, ele explica como o controle de ameaças e as condições de financiamento definem hoje as estratégias e prioridades em saúde, acentuando a “linha abissal” que separa o conhecimento hegemônico de outras práticas e saberes, e traz consequências para a vida dos indivíduos. “A saúde deixou de ser uma aspiração para ser uma obrigação”.

Como podemos definir Saúde global?

A expressão saúde global é usada para designar um fenômeno bastante multifacetado, complexo e contraditório, mas está associada, geralmente, ao processo de progressiva expansão da concepção ocidental e eurocêntrica de Saúde — e que designamos de saúde biomedicalizada. Essa concepção é subordinada a uma monocultura de saber, a monocultura da biomedicina. Esta admite algum pluralismo interno, que pode ser a base de versões críticas que têm surgido nos últimos anos, especialmente a partir do trabalho de pesquisadores em antropologia médica, de profissionais e pesquisadores de saúde comprometidos com os direitos humanos e de formas de ativismo na saúde. A biomedicalização da saúde ocorre por via de formas de organização, de financiamento, de formação, de titulação e de validação dos saberes e das práticas que a constituem, mas também por um processo através do qual qualquer problema ou processo

pode ser biomedicalizado, convertido em problema sob a jurisdição da biomedicina.

O que isso significa?

Hoje, tudo pode, num momento ou em outro, ser patologizado, transformado numa anomalia, num objeto de tratamento, e legitimar as práticas e saberes da biomedicina. Falar em saúde hoje já não significa apenas falar na capacidade de enfrentar a doença ou o que nós costumávamos associar à doença; significa também a identificação de situações que podem configurar um risco futuro e doença ou distúrbio, ou qualquer situação de perturbação, de transtorno ou mal-estar, seja qual for a sua origem, suscetível de ser transformada numa anomalia, que certamente poderá caber numa especialidade da medicina — ou então numa das diferentes formas de terapia legitimadas pela medicina.

Como isso se reflete na promoção à saúde?

A própria designação “positiva” da saúde, a ideia de que a saúde é a promoção de um bem-estar geral, físico, mental e social, parece ter-se transformado em uma espécie de obrigação. Nós hoje temos o dever de cuidar da nossa própria saúde, de ter um estilo de vida saudável, de comer o que se deve comer e evitar o que não se deve, de fazer exercícios, de não fumar e não ter pequenos vícios. Tudo isso é prescrito por este tipo de concepção de saúde. A saúde não se tornou uma aspiração ao bem-estar geral, mas sim uma obrigação.

Qual a repercussão dessa mudança de visão?

As pessoas serão consideradas irresponsáveis se não tomarem conta da sua saúde e não se submeterem a uma vigilância permanente, que só pode ser exercida pela biomedicina: check-ups, exames, além de todas as tentativas não só de prevenir, mas também de verificar se somos suscetíveis a algum tipo de doença. De tal forma que muita gente a quem não foi diagnosticada uma doença, mas que tem uma probabilidade, por reduzida que seja, de ter um problema, passa à condição de doente saudável, “healthy ill”, como lhe chamou a bióloga Ruth Hubbard. São pessoas com saúde, mas que poderão vir a ficar doentes em alguma fase da sua vida.

Arriscado Nunes: “A saúde não se tornou uma aspiração ao bem-estar geral, mas sim uma obrigação”



Qual a origem desta concepção?

Em 1948, quando foi elaborada a Declaração Universal dos Direitos Humanos e se constituiu a OMS, a saúde era definida como um direito. O direito de desfrutar um melhor estado de saúde possível, saúde física, mental e social, independentemente da raça, do sexo, da nacionalidade, da região, classe etc. Havia uma chamada para que medidas fossem tomadas para que as pessoas pudessem de fato viver nesse estado de saúde. Nas décadas seguintes, no entanto, se expande o modelo da saúde biomedicalizada — que, se parte da ideia da cobertura universal, não significa necessariamente direito à saúde. Significa que em alguns casos ela pode resultar em políticas que são impostas por aqueles que financiam as iniciativas de saúde.

Pode dar um exemplo?

O enfrentamento à aids, a partir da década de 1980, ilustra isso. No início, o problema afetou algumas categorias de pessoas, como homossexuais, usuários de drogas, hemofílicos e muitos haitianos, que fugiam da violência e instabilidade política do seu país para os Estados Unidos. Houve um período em que, à chegada, eles eram detidos pela guarda costeira e levados para a base da Guantánamo, onde ficavam de quarentena, para verificar se estavam infectados. A esta altura já se sabia que era o vírus HIV, mas ainda não havia terapia. A ideia não era tratá-los, mas conter a entrada de pessoas com a doença no país. Naquele momento, toda a população haitiana era considerada população de risco para a aids. Depois, nos anos 2000, começaram a aparecer, na África, variantes do vírus, e percebeu-se que as possibilidades de encontrar uma cura, uma vacina ou um tratamento eficaz dependiam do conhecimento disso. Houve, então, uma corrida para se realizar acordos de cooperação, no momento em que já se começa a ter tratamento eficaz com os antirretrovirais. Em uma reunião do programa Fundo Global, financiado por estados, fundações privadas e organizações multilaterais,

os especialistas debateram se seria mais eficaz adotar uma estratégia baseada na prevenção ou uma baseada no tratamento. Não havia qualquer dúvida de que a aids deveria ser tratada nos países do Norte. Mas a ideia de tratá-la no resto do mundo era um problema.

Por quê?

Havia a preocupação de que isso poderia ser perigoso para o resto do mundo. A primeira objeção apontada era que as populações dessa África que era imaginada não teriam a disciplina temporal necessária para tomar regularmente os medicamentos, nem para comparecer regularmente aos exames e à verificação do vírus, ou que a ausência de infraestruturas adequadas, e não só na saúde, não permitiriam uma intervenção adequada. Imagine se essas pessoas comessem a tomar mal os antirretrovirais e contribuíssem para aumentar a resistência do vírus, ou para o surgimento de variantes resistentes. A intervenção no continente poderia significar uma ameaça. O episódio revela uma das linhas de orientação da saúde global: uma constante tensão entre a orientação humanitária e orientação securitária. A razão para que se tratem as doenças no Sul pode não ser haver pessoas a sofrer, mas sim porque estas podem ser um risco, uma ameaça ao resto do mundo.

Qual o impacto nas intervenções?

O que é importante, nesta concepção, é garantir que as doenças não se alastrem. O controle de tudo que assuma a face de epidemia, de pandemia ou de qualquer tipo de surto transformou-se em condição que determina as políticas relativas à saúde global. O Sul, entendido aqui como Sul geográfico, mas também como o Sul localizado do outro lado da linha abissal, aparece como uma grande ameaça, e as questões de saúde global passam a ser questões de segurança. No caso da aids, a face humanitária acabou por prevalecer e venceu a posição de que se deveria, de fato, avançar para uma estratégia de

tratamento com antirretrovirais. Havia o argumento de que, havendo a possibilidade de combater eficazmente uma doença, era um dever de quem tinha esses meios permitir o acesso àqueles que não os tinham. Mas as instituições responsáveis por essa intervenção seriam dos países do Norte. O domínio dos meios para intervir na saúde e combater doenças tratáveis é hoje uma poderosíssima arma dos países centrais. O fato de grande parte destas intervenções serem financiadas por estados, como os Estados Unidos, que contribuem com grande parte do financiamento da OMS, ou por doadores privados (fundações, organizações multilaterais, Banco Mundial etc.), claramente tem uma influência decisiva no modo como os recursos serão utilizados. Em episódio recente, a Palestina requereu a admissão na Organização Mundial da Saúde. Isso significaria que teria autonomia na utilização dos fundos disponibilizados pela organização. O pedido foi contestado por Israel e Estados Unidos — que ameaçou retirar o financiamento do país para a saúde nos territórios palestinos ocupados —, um mecanismo de dominação colonial. Em outro caso, uma pequena organização que trabalhava com mortalidade materna nas comunidades do Nepal e do Tibete teve seu apoio condicionado ao monitoramento dos resultados por uma organização privada. As intervenções deveriam ser registradas e inseridas em uma base de dados. Os avaliadores alegavam ainda que não era possível determinar se o projeto funcionava, já que a base de população era restrita; exigiam a realização do projeto num âmbito maior. Mas o projeto só funcionava graças à forte articulação com os saberes e práticas locais. Por essa lógica, a produção de conhecimento era muito mais importante do que a própria intervenção.

Como relacionar esta discussão com as epistemologias do Sul?

Este caso mostra como funciona, no plano local, a biomedicalização da saúde global: práticas que não podem ser integradas e validadas na linguagem biomedicalizada simplesmente não são reconhecidas ou validadas, independentemente dos resultados efetivos da sua intervenção. Um exemplo claro de uma monocultura de saber, que suprime outros saberes ou valida somente os que podem ser expressos nos termos da biomedicina. A saúde global não reconhece a linha abissal, que separa de um lado um tipo de medicina associado a um determinado tipo de sociabilidade e, do outro, intervenções que podem ser violentas ou se apropriar de saberes e de práticas — e que são integradas desde que validadas pela saúde global. O não reconhecimento desta linha também significa perceber os problemas de saúde apenas como problemas de acesso e de extensão dos recursos e práticas da saúde biomedicalizada. E não reconhecer os que estão do outro lado da linha como cidadãos.

Que temáticas de comunicação você considera importantes, neste momento?

O Rio de Janeiro, por conta da ocupação e também pela forma como se normalizou, de certa forma, a violência sobre as populações pobres, enfrenta uma questão importante: por que a

morte de pessoas que são integradas, de cima, constitui notícia, mas as mortes de dezenas de pessoas que são mortas “embaixo”, associadas a incursões da polícia, já não têm a mesma visibilidade? O que é que faz com que haja certos tipos de problema, que põem em risco a vida, ganhem visibilidade e outros não? Outro aspecto que também faz parte dessa discussão é que antes havia uma espécie de acordo, geralmente observado, de proteção para agentes de saúde que estivessem numa situação de conflito, tentando prestar auxílio aqueles que eram feridos. Isso deixou de

acontecer quando os bombardeios que se faziam no Afeganistão, no Iraque, na Síria, no Iêmen, começaram a atingir instalações clínicas, hospitais, ambulâncias. Essas situações passaram a ser classificadas e justificadas como danos colaterais. Recentemente uma paramédica voluntária foi alvejada, de frente, em Gaza. Ela não foi a única. Houve a tentativa de mostrar que a presença dos paramédicos naquela situação era uma forma de proteger e encobrir atividades terroristas. Então há

toda uma desqualificação que permite matar. Isto é novo: a ideia de que o cuidado passa a ser visto como uma proteção daqueles que são matáveis. Essas situações são normalizadas pelas próprias notícias. Sempre houve situações em que as pessoas morriam e podiam morrer nessas circunstâncias, mas a ideia de que hoje se pode legitimar esse tipo de prática em nome da luta contra o terrorismo, por exemplo, é uma coisa nova.

É uma desqualificação do cuidado.

Exatamente. Outra coisa também que é muito novo são os ataques aos chamados sistemas vitais, que asseguram a sobrevivência da população. Eles atingem a infraestrutura, os depósitos de lixo, as fontes de água. Os resultados são desastrosos. Nós que olhamos para a saúde a partir das epistemologias do Sul e da linha abissal, começamos a perceber que havia situações em que a saúde legitimava a passagem ao outro lado da linha, suspendia, provisoriamente, algumas condições de abissalidade. Nunca as eliminava, mas pelo menos durante um tempo suspendia algum dos seus efeitos, como as crises humanitárias ou situações de emergência. Porém, neste momento, essas situações se tornam, elas próprias, alvo de violência.

Ainda é comum, na saúde, o investimento no aspecto instrumental da comunicação. Qual a sua opinião sobre isso?

Eu tenho refletido, com colegas, bastante sobre isso, a partir do trabalho de Charles Briggs, um antropólogo especialista em linguagem que criou o conceito de “biocomunicabilidade”, a capacidade de se transformar os fenômenos da saúde em fenômenos de comunicação. Ele alerta que a comunicação não é um instrumento, mas parte do próprio processo. Não se pode dizer que existe o fenômeno e que depois se produz comunicação sobre ele. Não, o fenômeno também é produzido na comunicação. O ato de comunicação é simultâneo ao ato de se fazer existir. Muitas vezes os problemas de saúde, aqueles mais graves, dependem muito da forma como são constituídos através da comunicação.





QUEM TEM MEDO DA COMUNICAÇÃO PÚBLICA?

Debate aponta para necessidade de meios
de comunicação democráticos no país

ANA CLÁUDIA PERES

Consta nos dogmas, documentos, tratados, dados oficiais, na Constituição Federal de 1988 e no relatório da Unesco sobre ambiente regulatório da comunicação no Brasil, com data de 2011: “A comunicação é um bem público”. Significa dizer que todo cidadão tem o direito à liberdade de buscar, difundir e receber informações e isso só é possível com uma mídia livre, independente, plural e diversificada. Com base nesse princípio, o Fórum Nacional pela Democratização da Comunicação (FNDC), associação que reúne mais de 500 entidades, redigiu uma carta-compromisso para apresentar aos candidatos e candidatas que disputam as eleições deste ano no Brasil. O documento avalia a situação atual das mídias, critica o oligopólio dos meios de comunicação

e apresenta uma plataforma programática para garantir políticas públicas para o setor.

“O Brasil carece de uma mídia minimamente plural e diversa, que consiga disputar ideias e valores em nossa sociedade”, disse a ex-secretária geral do FNDC, Bia Barbosa, durante palestra que marcou os 64 anos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), na Fiocruz, em setembro. A jornalista é ainda coordenadora da comissão executiva do coletivo Intervezes, uma das 25 entidades que subscrevem a carta-compromisso. Para ela, há uma multiplicidade de vozes silenciadas no território nacional e isso se deve essencialmente ao fato de a comunicação no país ter estado concentrada historicamente na iniciativa privada, apesar

de a Constituição prever a complementariedade entre os sistemas público, privado e estatal. Bia lamentou que, do conjunto das 13 candidaturas à presidência da República, a grande maioria não apresente sequer uma linha em seus programas de governo com propostas para uma comunicação democrática. “Ou seja, a comunicação é um não-assunto, um não-tema”, criticou.

No documento apresentado pelo FNDC, estão pontuados compromissos como a necessidade de um amplo debate sobre uma nova lei geral de comunicações, a realização da 2ª Conferência Nacional de Comunicação — a primeira aconteceu ainda em 2009 (*Radis* 91) — e a recriação do Ministério das Comunicações, que em 2016 foi fundido ao Ministério de Ciência e Tecnologia. Além disso, a plataforma aponta 20 diretrizes fundamentais para uma comunicação democrática. “Quando só enxergamos a comunicação como acesso à informação, não vemos os meios de comunicação como atores políticos e não entendemos o papel estratégico que qualquer sistema midiático tem na construção dos rumos de um país e de toda sociedade moderna”, analisou Bia. “Esse é um assunto essencial para a democracia”.



VIRGINIA DAMAS/CCI-ENSP

O DESMONTE DA EBC

O tema da palestra — “Avanços e retrocessos nas políticas de comunicação: o que fazer?” — instigou a plateia no auditório da Ensp. As poucas conquistas, como a criação da Empresa Brasileira de Comunicação (EBC), em 2007, e a regulamentação do Marco Civil da Internet mais recentemente, em 2016, foram pontuadas pela jornalista. Mas nos últimos dois anos, apontou Bia, o cenário foi de perdas constantes. Ela não tem nenhuma dúvida de que o “desmonte” da EBC, apenas uma década depois de concebida, pode ser considerado o maior recuo no caminho da construção de uma comunicação pública no país. Demanda histórica, a EBC foi criada em 25 de outubro de 2007, quando o governo Lula decidiu fazer valer o artigo 223 da Constituição Federal que determina que o sistema de radiodifusão no Brasil precisa ser distribuído entre as emissoras de caráter privado, público e estatal, que cumprem objetivos diferentes e oferecem serviços de natureza diversa para a sociedade.

A existência de cada um desses sistemas é, portanto, legítimo e constitucional, explicou Bia. Para que fique claro e como bem

define o FNDC: os veículos privados ou comerciais ancoram sua programação na venda de produtos e têm objetivo de lucro. Já os veículos estatais têm o dever de prestar contas das ações do poder público para a sociedade — como fazem, por exemplo, TV Justiça e NBR (canal de divulgação das ações do governo federal). Quanto aos veículos públicos, esses não têm fins lucrativos e cumprem a missão de oferecer uma programação complementar, abordando temas que não possuam interesse econômico e veiculando programas para faixas específicas da população ou de caráter cultural e educativo sem apelo comercial — esse é o caso da EBC, que engloba a TV Brasil e oito emissoras de rádio, além da Agência Brasil.

No entanto, a comunicação pública sofreu um duro golpe, na opinião de Bia, com a Medida Provisória 744, publicada já no governo de Michel Temer, em setembro de 2016. A MP extinguiu o Conselho Curador da EBC — que contava com a participação da sociedade para controlar a instituição e evitar abusos por parte do governo — e mudou a estrutura da empresa, colocando-a submetida à Casa Civil e acabando com o mandato de quatro anos do presidente (ver *Radis* 170). Além disso, em novembro de 2017, segundo o FNDC, foi aprovada uma mudança que retirava o conceito de “comunicação pública” de todo o plano estratégico da empresa. Outra alteração foi a integração da TV Brasil e da NBR e a determinação de que a Agência Brasil passaria a publicar somente conteúdo estatal.

Segundo Bia Barbosa, essa série de medidas não isoladas contribuiu para descaracterizar o projeto da EBC e confundir ainda mais os limites entre comunicação pública e estatal. “A ponto de hoje os trabalhadores afirmarem que o que estão fazendo na EBC é propaganda governamental”, enfatizou a jornalista. “Antes,

“O Brasil carece de uma mídia plural e diversa que consiga disputar valores na sociedade”

Bia Barbosa

havia o conselho curador, a gente tinha diretores resistindo e era possível contar com relatórios da ouvidoria. Isso tudo desapareceu e esse é o verdadeiro mico da EBC”, disse, numa referência clara à manchete da revista *Época*, publicação das edições Globo. Sob o título de “O mico da EBC”, a reportagem de capa da edição de 17 de agosto desferiu uma série de ataques contra a mais importante iniciativa de comunicação pública que existiu no país. Para Bia, é necessário discutir a reconstrução do caráter público da EBC com participação social e autonomia já no primeiro dia de trabalho do próximo governo. “No campo das comunicações, a medida número um que temos que levar adiante no próximo governo é a tentativa de revogar as mudanças que aconteceram na Lei da EBC pra voltar a reconstruir esse projeto”.

DONOS DA MÍDIA

Uma característica da mídia brasileira que interfere nos processos de democratização da comunicação no país, de acordo com Bia Barbosa, diz respeito ao monopólio econômico e discursivo do setor privado comercial. A pesquisa “Monitoramento da Propriedade da Mídia no Brasil”, publicada pelo Intervezes em parceria com a

“Saúde Coletiva ainda tem dificuldade de enxergar o exercício do direito à comunicação como essencial à garantia do direito à saúde.”

Rogério Lannes Rocha



organização Repórteres sem Fronteiras no início de 2018, mapeou os 50 veículos ou redes de comunicação de maior audiência no país e constatou que os 50 maiores meios de comunicação pertencem a 26 grupos — sendo que 26 desses veículos são de propriedade de apenas cinco grandes grupos: Globo, Bandeirantes, Record, Folha e o grupo regional RBS (ver *Radis* 188).

“No Brasil, acontece o que a gente chama de propriedade cruzada, quando empresas que controlam emissoras de rádio e televisão também controlam jornais, revistas e portais de notícia”, seguiu explicando Bia. A prática é proibida em diversos países, inclusive nos Estados Unidos. Outro resultado importante apontado pela pesquisa e até então pouco mapeado foi o crescimento dos canais religiosos e das redes de TV ligadas a igrejas. Além disso, o levantamento revelou interesses dos donos dos meios de comunicação brasileiros em atividades de outros setores econômicos, como saúde, educação, agropecuária, infraestrutura, transportes e mercados financeiro e imobiliário. “Há empresas de comunicação que têm negócios no setor de ensino privado ou que são investidores na área do agronegócio ou que mantêm transações com grupos que controlam planos de saúde”, disse Bia. “É importante olhar para esses dados a fim de perceber como isso influencia na cobertura jornalística”. Segundo ela, em um ambiente historicamente monopolizado pelo setor privado comercial, esses resultados apontam um alto risco à pluralidade de narrativas e à democracia.

A palestra de Bia Barbosa na Fiocruz aconteceu no dia seguinte ao incêndio do Museu Nacional no Rio de Janeiro, quando uma imensa parte da história e da ciência brasileiras foi consumida por chamas em 2 de setembro (ver página 7). A cobertura da imprensa hegemônica marcada por descuido e desinformação levou a jornalista a evocar a responsabilidade da mídia na discussão. “Quando será que os meios de comunicação, que tanto defenderam essa política de austeridade e o corte de gastos, que fizeram tanta propaganda em torno dessa agenda econômica, terão a coerência de relacionar esse debate com o que está acontecendo hoje?”, indagou. “Carecemos de uma comunicação pública ou uma comunicação conduzida com base no interesse público”.

Antes, o jornalista Rogério Lannes, coordenador do programa *Radis* e mediador do debate, já havia provocado. “Se ainda estamos aquém de uma realidade democrática, o que pensar no momento em que, além da supressão de direitos por políticas de austeridade e conservadoras, ocorre o retrocesso nas políticas públicas e na regulamentação da comunicação e o desmonte das poucas experiências em direção à comunicação pública no país?”. Mais do que uma resposta concreta, a intenção era convidar a uma reflexão.

Bia Barbosa assegura que, se os avanços foram poucos e os retrocessos imensos nos últimos anos, os desafios são ainda maiores. Mas a jornalista tem, pelo menos, uma boa pauta a sugerir para um projeto de comunicação que, segundo ela, passa necessariamente por uma mudança no marco regulatório das comunicações, por regras de desconcentração da propriedade

dos meios, por investimento forte em políticas públicas de fomento à diversidade e à pluralidade, por investimento pesado para se consolidar um sistema público de comunicação, pelo fim das concessões para políticos, pelo fim do arrendamento da grade de programação para religiões e pela universalização da Internet. “Esse é um programa republicano. É o que qualquer democracia minimamente estruturada faria e faz há décadas”, afirmou.

COMUNICAÇÃO & SAÚDE

Na ocasião, Rogério fez questão de lembrar da relação intrínseca que existe entre comunicação e saúde. Ele enfatizou que o movimento da Reforma Sanitária e a 8ª Conferência Nacional de Saúde fizeram mais do que inspirar e idealizar o SUS. “Ao voltar os olhos para a determinação social do processo de saúde e doença, ao reconhecer que a saúde e a qualidade de vida dependem de ações intersetoriais e ao defender a democracia e a participação popular como indispensáveis à conquista do direito à saúde e à construção plena do SUS, elas enunciaram de forma implícita a primazia da comunicação para que haja saúde”.

No entanto, o jornalista lamentou que, 30 anos depois, “a Saúde Coletiva ainda tenha dificuldade de enxergar o exercício do direito à comunicação como essencial à garantia do direito à saúde”. Segundo Rogério, isso se deve também, e em parte, a uma postura dos próprios comunicadores que ainda entendem comunicação como instrumento de mera difusão ou divulgação. “A maioria dos profissionais ainda tem dificuldade de abandonar a visão da comunicação como simples acesso ou transmissão de informação”, disse. Para Rogério, comunicação é um processo que deve considerar e acolher a voz do outro. “Este é um dos principais pressupostos de uma comunicação pública”.

Da plateia, Rodrigo Murinho, diretor do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), acrescentou que é preciso entender comunicação como um direito fundamental e transformar definitivamente o conceito de comunicação pública em uma prática. Para ele, não é possível prosseguir na questão da saúde enquanto não houver avanços na questão midiática. “Não tem reforma política mais importante hoje na agenda do que a reforma da mídia”, apontou. 

SAIBA MAIS

- Carta-compromisso em defesa da democracia e por uma comunicação democrática no Brasil — <https://goo.gl/brcPN1>
- Projeto “Monitoramento da Propriedade da Mídia” — <http://brazil.mom-rsf.org/br>

SUICÍDIO

PRECISAMOS FALAR SOBRE

LUIZ FELIPE STEVANIM

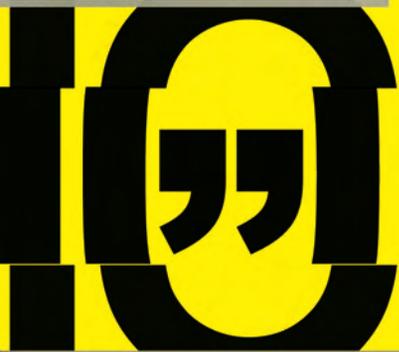
Júlia tinha 13 ou 14 anos quando encontrou a gatinha Fudência na estrada. Ela estava viajando em uma bicicleta a motor e, pelo retrovisor, viu algo se mexendo no meio do mato. Parou, curiosa. Por entre as folhas, saiu aquele ser indefeso, pequeno, andando meio de lado. Foi assim que o bichinho entrou em sua vida e permaneceu por cerca de 13 anos. A gatinha morreu pouco depois que Júlia se matou, no dia 24 de fevereiro de 2018, aos 27 anos. Um mês antes, ela havia adotado a Sem Nome em um petshop, uma gata branca que agora é a companhia de sua mãe, Lígia Mastrangelo, no apartamento em que as duas moravam na zona oeste do Rio de Janeiro.

Foram quatro gatos que passaram na vida de Júlia: Black, Fudência, Pin e Sem Nome. Com essa última foi amor à primeira vista, como conta a mãe: ao adotá-la, ela brincou que era o “primeiro amor de 2018”. Lígia conversou sobre Júlia com a gente por mais de uma hora, em seu apartamento, e em diversos momentos repetiu a frase: “Você teria gostado de conhecer a Júlia. Ela era uma pessoa incrível”. Seu relato revela que a filha que ela amava e ainda ama é muito mais do que a forma como decidiu morrer. “O suicídio não resume a pessoa que ela foi. Eu vejo muito mais do que isso”, conta. Por isso, desde o início, Lígia quis falar sobre o assunto, conversar com as amigas de Júlia que também sentiam sua morte, escrever em sua página no Facebook, “desaguar” a sua história. “Tem horas que não tem o que fazer a não ser botar um pouco pra fora. E se você não está num ambiente acolhedor, você não consegue fazer isso”, aponta.

Não existem verdades absolutas, existem apenas a experiência e a percepção de cada um: é assim que Lígia descreve o seu modo de encarar tudo o que passou. Quando se depara com campanhas de prevenção ao suicídio que afirmam que 90% dessas mortes poderiam ser prevenidas, ela questiona que esse dado pode gerar um sentimento de culpa nas pessoas próximas a quem se matou: por que, no meu caso, não consegui evitar? Por isso ela acredita que cada história é particular e, em algumas delas, mesmo com todas as formas de cuidado, ainda assim não é possível evitar a morte. “Eu sabia que ela tinha depressão. Ela se tratava desde os 15 anos de idade. Dos 15 aos 27, ela tentou o suicídio três vezes. A terceira tentativa ela fez aqui dentro de casa”, narra. A mãe costuma usar a expressão “morrência” para descrever esse processo de dor e sofrimento mental pelo qual a filha passou. “O ato, o momento em que é tirado a vida, é só uma continuação de toda uma morte que a pessoa vai tendo durante anos”, afirma.

Lígia é considerada uma sobrevivente ao suicídio, expressão que se refere tanto a quem sobreviveu a uma tentativa quanto a familiares, amigos ou pessoas próximas de quem se matou. As ações de saúde, cuidado e apoio voltadas para essas pessoas estão no campo chamado de “pósvenção”. “Passar por isso não é fácil, nem o que ela passou, nem o que eu estou passando. E sei que, assim como eu e ela, milhares de pessoas estão passando por isso nesse mesmo instante”, reflete.

Entre 2007 e 2016, o Brasil registrou 106.374 mortes por suicídio, de acordo com os dados mais recentes divulgados



O suicídio deve ser encarado como questão de saúde pública para prevenir novos casos e cuidar daqueles que ficam

pelo Ministério da Saúde (20/9) — em 2016, a taxa brasileira de suicídio chegou a 5,8 por 100 mil habitantes e representou uma alta em relação ao ano anterior (5,7), tendência observada desde 2011. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio provoca a morte de uma pessoa a cada 40 segundos no mundo, o que exige que seja encarado como um grave problema de saúde pública. Mesmo que o assunto seja complexo e nem todas as mortes possam ser prevenidas, ações de prevenção e de cuidado com aqueles que ficam têm um papel estratégico para evitar novos casos.

Porém, ainda é preciso vencer o tabu com o qual o assunto geralmente é tratado. De acordo com a OMS, o estigma em relação ao tema do suicídio impede a procura de ajuda, que pode evitar mortes. Em seu caso particular, Lígia entendeu, desde o início, que falar sobre o assunto iria ajudá-la a “sobreviver”. “Parece realmente que as pessoas têm medo de falar, como se fosse contagioso, como se fosse ‘atráir’”, desabafa. Segundo ela, fingir que nada aconteceu é deixar a filha “morrer de novo”. “Eu não tenho vergonha do que ela fez e nem vergonha de falar sobre isso. Ela tinha tratamento, amor, religião, atividade. Ela trabalhava, saía, surfava. Ela era linda, inteligente, competente. E eu não consigo imaginar qual foi a dor que ela sentiu naquele momento para ela tomar aquela decisão. Deve ter sido alguma coisa absurda, desesperadora”, considera.

Uma semana antes de sua morte, a mãe foi acionada por uma amiga da filha, que contou que ela estava “muito mal” andando pela praia. “A gente estava vindo de uma semana

difícil, em que ela tinha finalmente pedido ajuda, tinha pedido para ser internada”, relembra. Depois desse episódio, um turbilhão de acontecimentos: procura de psiquiatra, busca por uma clínica, desistência, nova procura. Lígia conta que a filha alternava momentos em que dizia que estava bem e outros em que se fechava. Até que no sábado em que haviam combinado de passarem o dia juntas, Júlia avisou à mãe que ficaria em casa — e horas depois, ocorreu o suicídio. “Se alguém disser ‘Eu vou morrer, eu quero me matar’, não pense que ele está falando para chamar a atenção. Minha filha falou, pediu, eu fiz tudo que podia”, afirma Lígia. Para ela não existe culpado, nem raiva — apenas amor. “Eu como mãe de uma suicida só posso respeitar e me esforçar muito para tentar entender. Com muita dor. Com muita saudade, mas sempre tentando entender e aceitar”, escreveu em um depoimento no facebook.

“Eu não tenho raiva do que ela fez. Eu nunca desmaiei, não fiquei sem sentido ou fora de mim. Eu preferi tratar tudo isso de forma consciente”, conta. Mas ela considera que cada experiência é única e é preciso respeitar as formas e o tempo de luto de cada um. “Estava me preparando para Júlia sair de casa, porque ela me dizia que o apartamento já estava ficando pequeno para a prancha de surfe e o equipamento de trabalho”, recorda. “Eu não tive uma pendência com a Júlia. Nunca pensei: ‘Se eu tivesse dito mais vezes que a amava...’. Ela sabia exatamente que eu a amava. O que a gente tem que aprender agora é como viver sem ela.”



O SUICÍDIO GERA INTERROGAÇÕES SOBRE A EXISTÊNCIA HUMANA

Mesmo que sempre se queira entender os porquês, o suicídio é um fenômeno complexo para o qual não existem respostas simples. Deve ser encarado como questão de saúde pública, como defende Carlos Felipe d'Oliveira, médico psicoterapeuta que trabalha há mais de 20 anos com o assunto. Carlos ressalta que é preciso romper com uma visão simplista sobre o fenômeno e lembra que ele é determinado por múltiplas causas. "O suicídio depende da interação de um conjunto de fatores de risco e de proteção. Nós estamos lidando com um fenômeno complexo que tem ações previsíveis e ao acaso também", explica. Segundo ele, é uma questão que fala do sofrimento humano. [Leia entrevista completa na página 24]

Quando ocorre, ele não afeta apenas a pessoa que se matou, mas todos aqueles ao seu redor. Para Mariana Bteshe, psicóloga e professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a morte pelo suicídio é um ato violento que causa comoção e toca as pessoas. "O suicídio traz muitas interrogações sobre a vida e a existência humana. Faz você questionar seus valores, o modo como você lida com as pessoas, se você presta atenção quando alguém está triste e some da sua vida", analisa.

Ela também enfatiza que o fenômeno envolve inúmeras causas e fatores, mas que podem ocorrer acontecimentos do dia a dia que atuam como um gatilho. "Existem alguns fatores que podem ser precipitantes, como um término, uma separação, a perda de um parente próximo, crise financeira, desemprego. Situações de perdas da vida que seriam mais ou menos comuns, mas que podem atuar como um gatilho para um ato que é de desesperança total", reflete.

Embora cada caso tenha suas particularidades, Mariana aponta que o suicídio envolve geralmente um processo de dor ou sofrimento mental. "A pessoa que começa a pensar em tirar sua própria vida está vivendo um momento de total desesperança. Ela se vê sem saída. A frase que a gente escuta muito na clínica é essa: 'Estou sem saída'", comenta.

O fenômeno já foi encarado sob diferentes olhares — da filosofia, sociologia, religião, psicologia, entre outras visões. Já foi estudado por pensadores como o alemão Karl Marx ou pelo francês Émile Durkheim, ainda no século 19. "Durkheim, por exemplo, discutiu os aspectos que estão ligados à anomia social, o fato de se estar dentro de um grupo social em que você não tem voz, não é reconhecido, em que você não tem direitos. Esse é um fator de risco importante para as tentativas de suicídio", esclarece.

Para entender a questão e atuar com ações de prevenção, a saúde coletiva desenvolveu modelos sobre o chamado comportamento suicida. De acordo com Mariana, são observadas características ou sinais que vão desde a ideação, que envolve ideias de morte ou a vontade de morrer, passam pelo planejamento de fato e chegam até as tentativas ou o ato concretizado. "Esse modelo de compreensão é adotado pelos profissionais de saúde que atuam no cuidado, para tentar avaliar minimamente qual é o risco e a gravidade de cada caso", pontua. Além da

Mariana Bteshe, psicóloga e professora da Uerj

ideação suicida, os riscos são avaliados a partir de uma combinação de fatores, como tentativas e acesso aos meios. "Se a pessoa já tentou algumas vezes, tem uma profissão ou ocupação na qual dispõe de acesso aos meios, como policiais que têm acesso à arma, médicos e enfermeiros com medicamentos, isso vai aumentando a gravidade do caso. Não significa que todos os casos apresentam um comportamento suicida, mas a gente consegue identificar esse crescente", completa.

A tentativa prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral, de acordo com a OMS. Entre 2011 e 2016, foram registrados 48.204 casos de tentativas de suicídio no Brasil, 69% em mulheres e 31% em homens, segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2017 — em ambos os sexos, a faixa etária que concentra o maior número de tentativas vai de 10 a 39 anos. Esses casos abrangem apenas aqueles que foram captados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Porém, a taxa de suicídio é cerca de quatro vezes maior na população masculina do que na feminina: entre os homens brasileiros, é de 8,7 por 100 mil habitantes; e em mulheres, de 2,4 por 100 mil, em 2015, segundo o Ministério da Saúde. Já em relação ao comportamento suicida, o estudo epidemiológico mais conhecido no Brasil sobre o tema foi realizado em Campinas (SP), coordenado pelo professor Neury Botega, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Essa pesquisa revelou que 17,1% das pessoas já pensaram em se matar em algum momento, 4,8% chegaram a elaborar um plano para isso e 2,8% efetivamente tentaram se suicidar.

QUEBRAR TABUS

Quando um caso de tentativa de suicídio chega às emergências médicas, a preocupação imediata é salvar a vida daquela pessoa — mas é preciso também pensar no depois, em como oferecer uma rede de apoio para evitar uma nova tentativa. Segundo Mariana Bteshe, cabe à equipe de saúde tentar investigar como a pessoa chegou naquela situação. "Se algo apontar para uma tentativa de suicídio, tem que pensar como traçar com ela e com a família um encaminhamento, seja para a atenção primária, seja para um serviço de saúde mental. É muito importante a família, amigos ou

NINGUÉM QUER MORRER, AS PESSOAS QUEREM MATAR A DOR

Patricia Fanteza, voluntária do CVV

alguma pessoa da rede social estar presente, porque a gente não sabe se a pessoa sozinha terá condições de procurar essa ajuda”, explica. Também é preciso vencer os preconceitos e os estigmas que culpam e menosprezam aquele que tentou se matar.

Superar os tabus em torno do tema é também um caminho para ampliar as estratégias de prevenção. “Como o suicídio também é uma questão de saúde mental, carrega os tabus e os mitos relacionados aos transtornos mentais e seus preconceitos”, afirma Carlos Felipe. Mariana também enfatiza que existe uma correlação da maior parte dos casos com alguma questão de saúde mental, como depressão, transtorno bipolar, uso abusivo de álcool e drogas, entre outros, dado também apontado pela OMS. “Quando a OMS chama a atenção de que o suicídio é uma questão de saúde pública, começa-se a perceber que uma parcela considerável dos casos pode ser prevenida. Isso não quer dizer que o suicídio seja evitável, mas existe uma parcela em que a gente poderia atuar para prevenir, pois haveria algum transtorno mental associado”, esclarece. Segundo a psicóloga, as ações começam por entender porque essas pessoas não chegam aos serviços de saúde e passam pela organização do sistema público para acolher e cuidar.

Mariana concluiu uma pesquisa de doutorado, em 2013, na Fiocruz, sobre narrativas e práticas de comunicação em torno dos cuidados nas tentativas de suicídio. Atualmente, ela atua no Programa de Apoio Psicopedagógico ao Estudante (Pape) da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj. Segundo ela, desde os anos 2000, a OMS recomenda que o assunto seja debatido de maneira responsável, mas somente nos últimos anos ele começou a despertar o interesse da mídia — seja pela mobilização de campanhas, como o Setembro Amarelo, ou pela repercussão de séries e programas de TV, como “13 Reasons Why” (13 Porquês), da Netflix, que aborda o suicídio de uma adolescente. “O ganho que se tem falando publicamente, de maneira responsável, é maior do que não falar. A gente tem que falar, mas não de qualquer jeito. Principalmente para a mídia, essa diferença é importante”, avalia.

O assunto já foi considerado um “interdito” nos jornais: quando a causa da morte era o suicídio, em geral recomendava-se omitir a informação. Porém, desde 2000, a OMS oferece um manual de orientações para os profissionais da mídia sobre como abordar o tema. Segundo a organização, a abordagem de forma apropriada e cuidadosa pode prevenir outras mortes. Uma das preocupações é com o chamado efeito de imitação, em que um suicídio pode servir de estímulo para outros. Entre as recomendações para abordar o assunto, encontra-se não atribuir culpas, não informar detalhes específicos sobre métodos, não usar estereótipos religiosos ou culturais e não fornecer explicações simplistas.

Informação correta sobre o assunto é também um caminho que leva as pessoas a procurar ajuda. “O primeiro passo é que as pessoas percebam que, no momento de dificuldade, elas devem sim buscar ajuda e isso não é um sinal de fraqueza e sim de força”, destaca Patricia Fanteza, porta-voz e voluntária do Centro de Valorização da Vida (CVV), organização que trabalha há 55 anos com prevenção ao suicídio. A instituição oferece um serviço de telefone (pelo número 188), em que as pessoas podem ligar para conversar e desabafar sobre suicídio. A ligação é gratuita e respeita o sigilo e o anonimato. “Quando se expõe o assunto de maneira responsável e consciente, tem-se a possibilidade de trabalhar a prevenção e trazer informações para uma pessoa precisando de ajuda”, completa.

Patricia ressalta que é preciso entender o sofrimento que leva uma pessoa a não querer mais viver. “Para chegar a ponto de dizer que nada mais faz sentido, a pessoa passou por um processo de sofrimento. Ninguém quer morrer, as pessoas querem matar a dor”, conta. Ela também pontua que é necessário superar alguns estigmas relacionados ao tema. “Quando a OMS fala que 9 em cada 10 casos de suicídio poderiam ser prevenidos, não evitados, é porque já é constatado que a maior parte dos suicídios está relacionada à alguma questão de saúde mental”, acrescenta. Porém, essa visão não pode reduzir o problema, contribuindo para a ideia de que toda pessoa que tenta tirar a própria vida sofre de depressão, ou que toda pessoa com depressão tem o risco de se matar. A voluntária pondera que somente um profissional de saúde especializado, como médico psiquiatra, psicoterapeuta ou psicólogo, pode avaliar a necessidade de tratamento por um serviço de saúde mental.

O Setembro Amarelo, campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio, busca chamar atenção para alguns sinais de alerta que podem indicar que a pessoa está vivenciando um processo de sofrimento e desejando a morte. Frases como “Vou deixar vocês em paz”, “Eu queria poder dormir e nunca mais acordar” ou “É inútil tentar mudar, eu só queria morrer” são indicativos de um momento de desesperança e apontam para a urgência de oferecer ajuda. “É importante que haja essa sensibilidade de acolhimento, em perceber que aquela pessoa está numa fragilidade extrema e o que ela precisa é se sentir

acolhida e valorizada, até para que possa perceber algum sentido em sua vida”, reflete Patrícia. O isolamento social é outro fator que pode representar um risco, em decorrência da perda de vínculo ou de relações. “As pessoas costumam pensar que quem diz não faz. Mentira. Quem diz, faz. Algumas podem falar claramente, outras podem falar através de atitudes, às vezes não vão verbalizar, mas podem mostrar outros sinais”, pondera.

Porém, quando se fala em observar os sinais, Patrícia enfatiza que é preciso tomar cuidado para não encontrar “vilões”, como se a culpa fosse do familiar ou amigo que não teria percebido. “Existem questões que fogem ao nosso controle e a gente precisa também aceitar essas situações. Não existem culpas. A gente não pode responsabilizar os outros pela atitude de alguém”, comenta. Quando se trata de suicídio, geralmente aquilo que aparece é somente a “ponta do iceberg”, pois existem questões e sofrimentos vividos pelo outro que desconhecemos, como ela ressalta.

Ela própria viveu uma história de suicídio em família. Seu pai, um homem “maravilhoso, mas muito fechado, dentro daquele padrão de que o homem é o provedor”, tirou a própria vida. Na ocasião, ele tentou ligar para dois irmãos, Patrícia conta, mas não encontrou quem o ouvisse. “Eu conheço a culpa pelo lado de dentro e aprender a lidar com isso não é fácil. Eu mesma tinha muita vergonha de falar, com aquela sensação de o que vão

achar de mim”, descreve, e acrescenta que no início afirmava que seu pai havia morrido de enfarte. Quando ela mesma se sentiu só e ligou para o CVV, compreendeu que poderia ajudar outras pessoas, e há 20 anos atua na instituição. “A essência do trabalho é voluntário. É um espaço de escuta, que busca acolher com gentileza e cuidado qualquer coisa que o outro sinta, num mundo que quer ditar o que os outros devem sentir”, aponta.

Ouvir o outro ainda é um desafio para uma sociedade em que cada um acha que seu problema é maior do que o dos demais, reflete Patrícia. “Muitas pessoas não experimentam o poder do desabafo em suas relações ao redor. Quando elas buscam os meios certos de encontrar ajuda e falam, às vezes elas conseguem reposicionar um problema ou uma angústia, aliviar, redimensionar”, esclarece. Espaços de escuta também são essenciais para os sobreviventes, que incluem tanto aqueles que já fizeram alguma tentativa ou quem teve alguma pessoa próxima que se matou. Além das ações de prevenção, o CVV também desenvolve Grupos de Apoio aos Sobreviventes de Suicídio (GASS), que funcionam em cidades como São Paulo, Recife, Cuiabá e Rio de Janeiro. “Muitas vezes a pessoa enlutada pelo suicídio lida com a saudade, a perda, e com sentimentos contraditórios, como vergonha, culpa e raiva”, conclui, lembrando que o luto é um processo individual e que cada um tem seu tempo.

“É PRECISO QUE EXISTAM ESPAÇOS DE ESCUTA”

Alessandra Xavier, psicóloga e professora da Uece

Até onde é possível prevenir ou até onde lidamos com o imponderável? Essa é uma questão complexa quando se trata do sofrimento humano, que atravessa vários processos, como afirma Alessandra Xavier, psicóloga e professora da Universidade Estadual do Ceará (Uece). Ela chama atenção para que os serviços de saúde estejam atentos aos cuidados em relação ao suicídio, não somente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas também na Estratégia de Saúde da Família, que lida diretamente com o dia a dia das pessoas. E também diz que, por conta do preconceito e da falta de preparo, ainda há um enorme desafio para acolher quem vivencia um sofrimento mental e pensa em se matar. “O sofrimento psíquico não é observado com a mesma seriedade de outros fenômenos. Uma pessoa que está no risco de suicídio é como uma parada cardíaca. A intervenção tem que ser muito rápida”, aponta.

Ela explica que a dor mental também pode ser sentida fisicamente. “A pessoa pode relatar que está sem dormir, perda de apetite, e a investigação muitas vezes não é feita de forma correta, porque não se conversa com as pessoas para saber como é a sua vida”, ressalta em relação aos serviços de saúde. No cenário do SUS, ela lista uma série de impasses que se colocam

para com os cuidados em relação ao suicídio, que incluem a pouca quantidade de profissionais, a precarização da saúde mental e do CAPS, a falta de investimentos para que a rede psicossocial funcione de maneira efetiva e o congelamento das verbas da saúde pública por 20 anos. “Saúde mental nem é uma prioridade de investimentos e nem se considera a necessidade de toda essa gama de ações para que as pessoas desenvolvam bem os seus recursos e suas potencialidades”, afirma.

Nos casos individuais, é preciso reconhecer a complexidade das questões envolvidas. “Conheço muitos pais que tentaram muito, providenciaram toda a rede de apoio, que foram muito atentos, que procuraram bons profissionais, mas que mesmo assim não conseguiram sustentar a vida”, relata. Entre os fatores envolvidos, podem estar dor emocional, desesperança, perda de conectividade, imitação e acesso aos meios letais. “Hoje a gente tem mais de 200 mil vídeos na internet relacionados à exposição de casos de suicídio e dicas de como se matar. Sem falar que os meios são muito acessíveis, como remédios, pesticida e armas de fogo”, destaca. Ela também pontua que políticas de incentivo ao armamento são potencializadoras de aumentar os índices de suicídio, pois facilitam o acesso aos meios.

Em relação ao sofrimento emocional, Alessandra ressalta que essa é uma dor que “dói de dentro”. Ela pode estar associada a perdas ou vivências, que afetam a capacidade do indivíduo de usar os recursos de defesa para lidar com aquela situação. “O suicídio sempre diz de alguém que vive um sofrimento intenso, constante, avassalador, e que transborda tanto sua capacidade de esperança quanto de usar seus recursos internos para conseguir se proteger e encontrar saídas”, acrescenta. A psicóloga afirma ainda que a sociedade contemporânea oferece mecanismos “externos” para lidar com o sofrimento, como uso de álcool e drogas e consumismo. Para encarar o assunto do suicídio, ela afirma que devemos levar em conta tanto questões individuais como sociais. “Esse sistema econômico de exploração e incentivo ao consumo, de excesso, em que as pessoas

estão sempre se deparando com níveis de idealizações impossíveis de serem atingidos, provoca constantemente sensação de mal-estar e fracasso consigo, em que você tende a querer ser realmente alguém que você não é”, analisa.

CUIDAR DOS SOBREVIVENTES

Os sobreviventes — pessoas que fizeram tentativas e aqueles que viveram a morte de alguém próximo — devem receber atenção especial, recomenda a própria OMS. Como constata Mariana Bteshe, algumas pessoas descrevem o suicídio de um familiar como “um tsunami” em sua vida, em que são levadas a repensar sua relação com aquela pessoa e com a sua própria existência. “Num primeiro momento, a gente vê as pessoas se fecharem, para tentar entender o que aconteceu, tentar elaborar de alguma forma aquela perda, mas é importante que existam espaços de troca”, comenta. Ela cita que os serviços de saúde devem se preocupar em oferecer espaços como grupos de pessoas que passaram pelo luto, para que elas possam falar sobre isso, e construir narrativas sobre “algo que muitas vezes não tem explicação”.

Para Mariana, o campo da comunicação tem o papel de construir um olhar mais cuidadoso e contribuir para a existência de espaços em que as pessoas, principalmente os chamados sobreviventes, sintam-se mais confortáveis para falar. “Por muito tempo, a pessoa que perde alguém próximo não consegue encontrar um interlocutor, um amigo ou alguém da família, para que possa chorar ou falar sobre isso. As pessoas ficam tão aterrorizadas que não querem falar porque incomoda, causa angústia”, aponta.

Com isso, os sobreviventes ficam sozinhos sem ter com quem dividir, o que dificulta que o acontecimento seja assimilado e o luto vivido. Esse tabu é ainda mais grave porque, como lembra a psicóloga, o luto do suicídio pode ser mais difícil de ser elaborado. Isso vale tanto para as famílias, quanto para suicídios que ocorrem com colegas de escola ou de trabalho. “É muito importante sentar e conversar com as pessoas sobre o que aconteceu. Se não puder ser em grupo, pelo menos individualmente. Não pode simplesmente esquecer e continuar a vida, achar que aquilo era um problema pessoal daquela pessoa que se matou e não tocar nisso. Em algum momento tem que ser falado”, conclui.

Também Carlos Felipe destaca que não existem planos de prevenção ao suicídio que não incluam a “pósvenção”. Encontros e grupos de sobreviventes e pessoas enlutadas são alguns caminhos. Também os cuidados após as tentativas são essenciais para preservar a vida e, segundo o médico, devem envolver um “encaminhamento qualificado”, que não significa apenas dizer “procure um serviço”, mas já agendar e mostrar o caminho. “Os casos de tentativas entram nas emergências. Se não houver nenhum tipo de tratamento ou se nada mudar em sua realidade, o que vai acontecer? Ele vai continuar com seu sofrimento e fazer uma nova tentativa”, avalia. Segundo Alessandra, “suicídio não é somente questão de CAPS” e é preciso organizar os fluxos de cuidado para além da saúde mental. “É extremamente necessário que os profissionais da Atenção Básica estejam preparados, com destaque para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). É importante que exista um fluxo para que o paciente que fez uma tentativa só saia do



hospital quando estiver inserido em um projeto terapêutico singular”, destaca.

IDOSOS, ADOLESCENTES E CONTEXTO SOCIAL

Dois grupos etários que merecem atenção, segundo Alessandra, pela singularidade do momento em que vivem, são os adolescentes e os idosos. “Os adolescentes estão num momento em que precisam encontrar o seu lugar no mundo. São sujeitos em desenvolvimento e necessitam de suporte para construir recursos de autonomia”, explica. Segundo a psicóloga, todo processo de crescimento envolve certa agressividade: contra os pais, a escola e mesmo os amigos. Nesse cenário, as minorias são ainda mais vulneráveis. Ela lembra que os adolescentes LGBTs têm 33% mais risco de suicídio do que os demais, o que tem a ver com uma questão de aceitação social.

“Infelizmente as escolas não estão preparadas para trabalhar com o sentido de pertencimento, a relação com o corpo e com a vida”, reflete. Alessandra desenvolveu em seu doutorado na Espanha um protocolo de prevenção ao suicídio de adolescentes em alto risco e atualmente também integra um projeto do Ministério Público do Ceará sobre suicídio, chamado “Vidas Preservadas”.

Segundo ela, nas escolas não é comum a realização de rodas de conversa sobre questões emocionais e temas como ciúme, sentimentos e problemas da vida; e chama atenção a necessidade de cuidados em saúde mental tanto de professores e funcionários quanto de estudantes. No polo oposto, a velhice também gera preocupação, pois é uma fase da vida em que a pessoa pode se sentir desamparada e sem lugar no mundo, dado a ausência de políticas públicas para essas pessoas.

O contexto social de crise também tem reflexos sobre a questão do suicídio. “Todas as expectativas que são jogadas para os adolescentes, em um contexto de desesperança e falta de projetos, vão interferir de forma nefasta sobre sua vida”, completa. O risco de aumento de casos de suicídio se dá por fatores diversos, como desemprego, falta de vínculos sociais protetivos, aumento do estresse e da depressão. “O Brasil é o 8º país do mundo em números absolutos. Isso diz de um país em que as pessoas estão sofrendo muito, sentindo-se desamparadas e sem uma rede de apoio eficaz”, conclui.

“SOBREVIVI E ESTOU AQUI PARA CONTAR

Victor Portavales, sobrevivente e psicólogo

“Um homem branco bem vestido atira-se na linha do metrô. Ainda vivo, é retirado e sua mochila é vasculhada. Cogita-se que ele teria perdido o emprego. Busca-se então as causas. Descobre-se que não. Ele é bem sucedido financeiramente, tem casa, tem família, estuda, é psicólogo. O que o teria levado até lá?” Esse relato compõe um artigo escrito por Victor Portavales Silva, psicólogo e mestrando de Psicologia Social na Uerj.

Mais do que um estudo de caso, o depoimento revela uma história vivida, em 2017, por ele mesmo, um sobrevivente do suicídio. Ele conta que ocorreu em um período em que entrou num “ritmo desenfreado, meio frenético”, pois havia terminado a graduação, começado o mestrado e ainda concluía uma especialização. “Chegou num ponto de achar que não tinha mais como levar à frente o mestrado e achava que, se eu não conseguisse fazer, era uma questão de vida ou morte”, narra.

Foi então que aconteceu no dia 2 de agosto de 2017: ele se atirou na linha do metrô, no Rio. “Não tinha nenhuma esperança de sobreviver, achava que seria um método completamente letal”. Quando acordou, estava no CTI de um hospital, havia tido a perna esquerda amputada e não conseguia falar, por estar sedado e entubado. Como relata, uma dúvida não saía de sua cabeça: “Eu tinha morrido? O que tinha acontecido?”

Victor foi resgatado pelo Corpo de Bombeiros e levado à emergência do Hospital Souza Aguiar, no Rio. Durante a internação, aumentava a sensação de solidão e afastamento da realidade e a dúvida se as pessoas sabiam ou não que ele não havia sofrido um acidente, e sim havia tentado tirar a própria vida. Até que a mãe disse, um dia, em seu ouvido: “Por que você está mentindo para o psiquiatra?” Ela sabia a verdade e estava pronta para acolhê-lo.

No relato de Victor, ao sair do hospital, depois de quatro meses internado, ele se deparou com um sentimento de estranhamento em relação ao mundo: “A primeira vez que saí do hospital, eu pensava: Será que o mundo ainda é do jeito que eu lembro?”, refere. Talvez ele é que houvesse mudado. Mas ele conta que a virada só aconteceu quando ele voltou para casa e foi recebido pela família. “Teve um almoço no domingo e estava todo mundo ali, festejando o meu retorno. Fui me reerguendo”, conta. Hoje ele atua como psicólogo no Serviço de Psicologia Aplicada da Uerj, por meio do projeto “Uerj pela Vida”, e oferece acolhimento a pessoas que vivenciam ideias suicidas. Também dá palestras e escreve em seu blog sobre o assunto.

Para Victor, que passou a estudar o tema em seu mestrado, a maioria dos atendimentos psiquiátricos atuam no sentido de



Sobre perdas e memórias

TASSIANA CHAGAS *

Lançado em 2013, o documentário “Elena” conta a história real de uma atriz brasileira, frustrada com o mercado cinematográfico nacional, que embarca para Nova Iorque para realizar o sonho que outrora fora de sua mãe: trabalhar no cinema. O enredo parte do relacionamento da diretora e roteirista Petra Costa com a irmã, Elena. “Nossa mãe sempre me disse que eu podia morar em qualquer lugar do mundo. Menos em Nova York. Que eu podia escolher qualquer profissão. Menos ser atriz”, esclarece Petra. No decorrer da história, observa-se como a menina alegre e cheia de sonhos, registrados em áudios e vídeos, aos poucos vai se tornando triste, sem esperança e mergulhada em águas turvas que a levaram ao suicídio com apenas 20 anos.

Essa força motriz permite que o espectador não assista passivamente às lembranças que unem as duas irmãs. “Se você sentir minha falta, coloque o seu ouvido na concha para que possamos conversar”, diz uma delas. O declínio de Elena é chocante. Assim como o sentimento de culpa que parece dominar a mãe e a irmã. A dor e o vazio vão muito além da capacidade de controlar emoções ou da sensação de impotência da família diante da perda.

Com uma sensibilidade incomparável, “Elena” abre discussão em torno de eixos existenciais como a melancolia, a solidão, o desencanto e a angústia e compartilha com o público os sentimentos de Elena e Petra. É uma poesia triste, amarga e perturbadora. Não é fácil sair ileso. Quem assiste sofre com as personagens — mas não existe clichê. É a vida: laços que falam mais do que qualquer palavra, dita ou não dita. É a necessidade de se juntar, se reinventar, conviver com a falta que faz aquele seu pedaço.

“Eu quero morrer. Razão? Tantas que seria ridículo mencioná-las. Eu desisto, desisto porque meu coração tá tão triste que eu sinto achar-me no direito de não perambular por aí com esse corpo que ocupa espaço e esmaga mais o que eu tenho de tão, tão frágil”, declara Elena, fragilizada. “Elena” é um filme sobre a dor de viver, sobre a poesia que vem da tragédia e sobre a busca da identidade, algo que muita gente jamais encontra. E é desse desencontro que surge o questionamento sobre o valor de permanecer ou não vivo.

Ao trazer a reflexão sobre os conflitos internos que todos passamos em alguma fase da vida, e destacar a força da figura feminina — seja por assumir seus limites ou ultrapassá-los superando as perdas de forma saudável e consciente — “Elena” torna vivas nossas memórias. Porque todos nós só morremos definitivamente quando somos esquecidos. “Você é a minha memória inconsolável, feita de pedra e de sombra. E é dela que tudo nasce. E dança”.

* Estágio supervisionado

tentar montar um perfil de risco e efetivamente “controlar” para que a pessoa não venha a cometer suicídio. “Penso que há uma certa prepotência nisso, porque o que efetivamente decide se a pessoa vai ou não se matar é da ordem do mistério. Alguns sobreviventes estão aí e podem até falar, mas o que efetivamente faz com que a pessoa passe para a ação é algo muito sutil, que eu não sei se a gente pode controlar”, defende. Ele acredita que eventos, debates e campanhas podem ser mais efetivos para acolher essas pessoas que se abrem para procurar ajuda — “e no acolhimento, pode ser que o desejo de morrer se dissipe”.

Ele ressalta que se surpreendeu positivamente com todo o atendimento e a acolhida que teve, seja dos bombeiros, dos socorristas, da comunidade da Uerj e da família — o que julga ter sido essencial para sua “sobrevivência”. Mas ele ressalta que muitos casos de sobreviventes são tratados com preconceito: segundo ele, o suicídio já foi visto como pecado, crime e agora é resumido à loucura. “Se a gente puder ter um espaço para ouvir essas pessoas, quando elas quiserem falar, é mais proveitoso. Para ver o que efetivamente se passa com elas”, resume. E a vida segue.

“Para problemas c

Suicídio é uma questão que fala do sofrimento humano. Para encará-lo como tema de saúde pública, é preciso reconhecer que existem fatores previsíveis e também da ordem do acaso, do imponderável. Essa é a visão de Carlos Felipe d'Oliveira, médico psicoterapeuta que atua há mais de 20 anos com o tema. Ele foi coordenador do Grupo de Trabalho que formulou a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, lançada pelo Ministério da Saúde em 2006, e alerta que o país nunca possuiu um plano concreto de prevenção, com orçamento e metas definidas. Médico formado pela UFRJ em 1974, ele integra a diretoria da Associação Brasileira de Estudo e Prevenção do Suicídio (ABEPS) e é membro do Conselho Consultivo do Centro de Valorização da Vida (CVV).

Por que o suicídio é uma preocupação da saúde pública?

Embora o suicídio ocorra no corpo do indivíduo, ele tem uma implicação coletiva. Ocorre também num corpo social, que pode ser a família, o ambiente de trabalho, a escola, uma corporação militar. Qualquer um desses grupos são sistemas sociais. O suicídio tem influência e também impacta esse ambiente social. Com isso, ele passa a ser uma preocupação de saúde pública e, entre as questões a trabalhar, estão os elementos que compõem o cenário epidemiológico. Para a saúde pública, é importante a definição do que são fatores de risco e também, hoje, consideramos os fatores de proteção. Com esses fatores, vamos olhar o cenário em que o suicídio ocorre e podemos trabalhar uma intervenção no sentido preventivo.

Como devemos encarar o assunto?

Para um fenômeno complexo não existem soluções simples. Fenômenos complexos exigem soluções complexas. Isso é muito importante porque define a visão que nós temos do suicídio, que não é uma visão linear, de que: 'Suicidou-se porque estava deprimido' ou 'Suicidou-se porque se separou da namorada'. Não, essas seriam respostas simples para um fenômeno complexo e multiterminado. Ele depende da interação de um conjunto de fatores de risco e de proteção. Também existem variáveis "não preveníveis" que podem levar ao suicídio. Isso quer dizer que estamos lidando com um fenômeno complexo que tem ações previsíveis e ao acaso também. Ele ocorre há milhares de anos, está descrito em pergaminhos, em blocos de argila. É uma condição que fala do sofrimento humano e, sem dúvida, é uma questão de saúde pública.

Diante dessa complexidade, como construir políticas públicas de prevenção?

Em primeiro lugar, é preciso levar em conta que o conjunto de ações na área de prevenção não tem impacto

“complexos, não existem soluções simples”

imediatamente sobre as taxas de suicídio. Se iniciarmos hoje ações que envolvam prevenção, treinamento para os profissionais, melhora na organização dos serviços de saúde mental, mesmo assim isso pode não aparecer efetivamente na variação da taxa de suicídio. Do ponto de vista epidemiológico, essa taxa nunca pode ser avaliada anualmente, mas sim em 5 ou 10 anos. Quando iniciamos uma série de intervenções, primeiro atuamos para melhorar os registros. Com isso, pode haver um aumento da informação que não quer dizer que aumentou o número de casos.

O que a taxa de suicídios no Brasil revela?

No Brasil hoje nós temos uma taxa de 5,7 por 100 mil habitantes [atualizada pelo Ministério da Saúde, em 20/9, para 5,8 por 100 mil habitantes no ano em 2016]. Temos um país com uma população enorme, bem diferenciada e essa taxa média vai pegar taxas muito altas e também muito baixas. Essa média é um dado correto do ponto de vista epidemiológico, mas não traduz o que ocorre nos chamados ‘clusters’ [grupos], que são grupos populacionais em risco ou acometidos por determinado evento. Temos, por exemplo, a taxa de 50 suicídios por 100 mil na população Guarani Kayowá, entre 13 e 19 anos do sexo masculino, que é altíssima, com o risco de dizimar determinada geração dentro de uma população. Esse é um exemplo de como a taxa média de suicídio pode esconder determinados grupos populacionais em risco. Se o Brasil quiser desenvolver um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, ele tem que atuar fundamentalmente nessas populações em que as taxas estão altas e que podem ser os Guaranis, a população jovem na cidade de Porto Alegre, que tem uma taxa em torno de 20 por 100 mil, em Teresina ou em Macapá. Ou seja, a partir dos sistemas de informação de mortalidade, temos condições de dizer onde temos que atuar.

Como o Brasil tem atuado em estratégias de prevenção?

Em 2006, nós criamos a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, publicada pelo Ministério da Saúde, por meio de uma portaria em Diário Oficial. Ela foi importante, porque definiu as diretrizes dentro dessa visão de que o suicídio é uma questão de saúde pública. Em 2013, durante a Assembleia da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil, em conjunto com mais de 20 países, firmou um compromisso de reduzir em 10% a taxa de suicídio até o ano de 2020. 2020 já está aí e certamente não houve nenhum plano estratégico para atingir as metas dos 10% com a qual o Brasil se comprometeu. Por exemplo, os Estados Unidos lançaram a Estratégia de Prevenção ao Suicídio, em 2001; onze anos depois eles conseguiram elaborar uma nova estratégia a partir de um relatório com as falhas e as lacunas. Essa é uma política correta: lançar uma estratégia e um plano, com prazos definidos. Nós não temos um plano nacional.

O que poderia ser feito no Brasil?

Para países grandes como o Brasil, não adianta ter as mesmas metas para todos os lugares, pois as metas devem estar vinculadas a certas intervenções. Eu não posso dizer que vou reduzir as taxas de suicídio em 10% para o país inteiro, porque

o Brasil tem recursos humanos, institucionais e orçamentários diferentes nas diversas regiões. O que estou falando é que os planos têm que conter todos os elementos de um planejamento correto, significativo, incluindo a avaliação desde o início e com recursos disponíveis. Produzir planos que apenas contenham um conteúdo teórico, de definição de metas e objetivos, mas não tenham orçamento, é apenas uma promessa de intenção e não leva a lugar nenhum.

Qual é o papel das equipes de saúde nos cuidados com essa questão?

O treinamento geral das equipes e a organização de serviços de saúde básica e mental é fundamental, porque essas são as portas de entrada do SUS, que podem captar os indivíduos que estão em sofrimento. Sem dúvida, o treinamento junto com a organização dos serviços pode permitir que esse indivíduo seja adequadamente atendido. Podemos exemplificar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são dispositivos de saúde mental, mas não só eles, também a própria Estratégia de Saúde da Família, que pode ser uma referência importante, desde que os profissionais que estão trabalhando nessas equipes estejam bem treinados para identificar os casos de comportamento suicida e sobre o que fazer diante de situações em que eles percebem algum tipo de risco.

Por que falar sobre suicídio foi e ainda é um tabu?

As escolas e os locais de trabalho, de maneira geral, procuram manter um certo segredo por conta da imagem. Por exemplo, para que não haja relações de que aquele aluno estava sofrendo *bullying* e a escola não tomou as medidas necessárias. No trabalho, porque nenhuma empresa quer ter o seu nome associado à possibilidade de que houve um suicídio dentro de seu ambiente. No âmbito familiar, porque as famílias se sentem envergonhadas diante de um suicídio. Não é algo que as pessoas deliberadamente vão falar. As pessoas se sentem culpadas e isso faz com que o suicídio fique ali guardado por muito tempo. Às vezes isso não é falado nem para a geração seguinte, aquilo é guardado por uma ou duas gerações até o momento em que aparece. O suicídio se ‘esconde’ por esses motivos, não é algo que as pessoas compartilham com a mesma facilidade quando dizem que um familiar morreu de uma doença.

Por que é importante dar visibilidade ao tema?

Quando lançamos as diretrizes da Estratégia Nacional, elas falavam inicialmente em dar maior visibilidade ao tema. Nos primeiros momentos não se dava espaço para falar de suicídio. As edições dos jornais tinham uma orientação para não se tocar no assunto. Dar visibilidade ao problema era poder falar. Não noticiar os meios como o suicídio se realiza, mas poder debatê-lo como uma questão de saúde pública. Como o suicídio também pode estar relacionado a questões de saúde mental, carrega os tabus e os mitos ligados aos transtornos mentais e seus preconceitos. As pessoas são capazes de dizer “Hoje eu vou num médico, vou num dermatologista, num endocrinologista”, mas

não dizem 'hoje eu vou num psiquiatra'. Isso tem repercussões no trabalho e na vida, no modo como você é visto pelo outro.

Como é possível identificar um comportamento suicida?

Sem dúvida, é preciso levar em consideração tudo o que o indivíduo fala. Quando ele diz: "Eu tinha vontade de morrer, eu queria me matar", isso sempre tem que ser levado em conta. Essa é uma fala dita por quem, em princípio, está tendo algum tipo de sofrimento ou dor mental. Temos que dar atenção a esse pedido de ajuda de alguma forma. O indivíduo que vai largando as coisas que vinha fazendo habitualmente e de que gostava, foi se afastando das pessoas, se isolando. Essa pessoa é alguém que pode estar em risco. Hoje com as redes sociais não se sabe ao certo onde está o indivíduo. Sabe-se que ele está no celular, no computador, mas não em que ambiente ele está. O convívio pessoal não pode ser substituído pelo convívio virtual.

Que populações ou pessoas estão mais em risco?

Também tem chamado bastante a atenção a questão do *bullying* nas escolas e nas universidades, porque esse é um fator que pode provocar um isolamento no indivíduo. Isso ocorre com maior frequência quando ele migra de um lugar para estudar em outro, porque com isso deixa de contar com o apoio familiar. Construir amizades leva um determinado tempo. A questão do abuso de álcool e drogas é outro fator bastante importante. Também a exclusão social vivida por algumas populações, como a população LGBT. Isso tende a acontecer mais em cidades menores, em que a pressão social é ainda maior, ou em famílias extremamente rígidas. Além do que, existem aqueles que aparentemente não deixam nenhum sinal e que as pessoas em volta vão dizer: 'Puxa vida, como eu não percebi que aquela pessoa estava sofrendo?'. São aquelas situações em que o acaso faz com que o indivíduo, num determinado momento, tenha um impulso e com o agravante de que faltam alguns fatores de proteção. Pode acontecer, inclusive, com aqueles que estão em tratamento psiquiátrico ou fazendo psicoterapia.

Como acolher e oferecer ajuda a uma pessoa em sofrimento mental?

Primeiro, o indivíduo tenta o suicídio não é porque ele queira morrer, ele está em sofrimento. Ele tem uma dor psíquica e o que ele quer é diminuir esse sofrimento. O sofrimento dói. Ele não quer acabar com a vida, ele quer parar de sofrer. Esse indivíduo, às vezes, não sabe como dar conta disso ou pode achar que não vai ter recursos. Às vezes ele não imagina que um tratamento médico ou psicoterápico pode ajudá-lo nesse sofrimento; ou pode até pensar que ajudaria, mas não dispõe dos recursos suficientes para isso, porque é preciso encontrar disponível uma rede de acolhimento. Ele tem que ser acolhido.

Uma das nossas grandes preocupações em relação ao Setembro Amarelo é não somente iluminarmos a cidade inteira. O que nós queremos é que aqueles que precisam de acolhimento, possam encontrá-lo em um serviço disponível. O sistema tem que estar aberto a esse indivíduo, porque a crise é clínica e não burocrática. Se eu acendo a luz e pinto a cidade de amarelo, dizendo: 'Se você está extremamente ansioso, se você está sofrendo de depressão, se você está pensando em suicídio, procure um serviço'; aí, quando o indivíduo bate à porta, ele escuta: 'Volte

daqui a três meses'. Os serviços têm que estar de portas abertas e disponíveis para atender essas pessoas.

Como cuidar daqueles que ficam e que são diretamente impactados, como familiares e amigos?

Hoje nós temos intervenções para essas pessoas, é o que chamamos de "pós-venção", para esses chamados "sobreviventes", que são os enlutados pelo suicídio. O trabalho com os sobreviventes é um trabalho de escuta, em que os grupos se apoiam, as pessoas conversam entre si, contam as experiências, narram como cada um está vivendo, como deu sequência à vida. As histórias são muito particulares de cada um, isso diz respeito ao vínculo que cada pessoa tinha. Em geral eles narram como é bom terem começado a participar de grupos de apoio, porque são locais em que eles conseguiram falar com outras pessoas que também tinham perdido alguém próximo. As pessoas passam por vários processos depois da perda, como culpa ou raiva. É possível que você tenha feito tudo o que era possível, levou ao psiquiatra, aquela pessoa fazia um tratamento e mesmo assim ocorre um

"O que nós queremos é que aqueles que precisam de acolhimento, possam encontrá-lo em um serviço disponível. O sistema tem que estar aberto a esse indivíduo, porque a crise é clínica e não burocrática."

suicídio. Os sobreviventes sempre falam que é muito difícil, que não esquecem. Manter a memória dessa perda também é significativo. Alguns falam em tentar colocar os bons momentos que viveram juntos no lugar daquela perda. Sem dúvida viver o luto também é fundamental. Não podemos ter nenhum plano de prevenção do suicídio que não inclua também a "pós-venção", já que essa se torna uma população em risco, porque passa a ter um suicídio em família.

Como a crise econômica e o cenário de desesperança podem afetar a questão do suicídio?

Podemos olhar para trás e ver o que aconteceu em muitos países. A crise econômica que se abateu em 2008, principalmente no sul da Europa (Portugal, Espanha, Itália e Grécia), foi trágica. Provocou cortes de aposentadoria, pressão dos bancos sobre hipotecas, corte de verbas. Isso levou a um aumento na taxa de suicídio, principalmente na população idosa, que foi mais afetada. Também tem um impacto sobre a população jovem, que começava a fazer planos. Os cortes em programas também diminuem a capacidade de atendimento da população que procura um serviço de saúde. O desemprego também coloca uma faixa importante da população fora do mercado de trabalho e o local de trabalho é onde o indivíduo passa grande parte do seu dia e é fonte de vínculos sociais. Nós estamos sem dúvida num momento crítico. E não adianta deixar pegar fogo para depois tentar apagar.

PARA PEDIR AJUDA

- Ligue 188



O diálogo deve estar presente no processo de atenção à saúde, ainda centralizado na administração de medicamentos

PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO

O resgate do diálogo e da escuta é alternativa à exclusividade do saber biomédico

LISEANE MOROSINI

“O médico é onipresente, do berço à cova, e toda a existência é medicalizada”. A frase do médico belga Marc Jamouille, muito utilizada nos livros da chamada “medicina centrada na pessoa”, foi utilizada por Raquel Vaz Cardoso, da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, ao discutir a medicalização

e estabelecer a origem do fenômeno ao nascimento da medicina moderna, baseada na distinção entre corpo e mente. “A medicina se constituiu de forma mecanicista, muito linear, e com o tempo passou a influenciar o desenvolvimento de práticas de saúde que começaram a atuar em todos os âmbitos da vida, não apenas na doença”, explicou a médica de família, durante a mesa-redonda

“Resistências à medicalização no SUS pela valorização da comunicação, da educação popular e do cuidado”, que aconteceu no 12º Abrascão (Radis 192).

Segundo Raquel, a medicalização visa tornar médicos os problemas que antes eram entendidos como questões de outros saberes — em suas palavras, “tornar qualquer fato da vida um objeto da medicina”. Ela destacou que, embora os profissionais de saúde ainda sejam peças-chave nesse contexto, o “poder de medicalizar” hoje ultrapassa as fronteiras exclusivas da atuação biomédica e se estende a práticas produzidas e reproduzidas por pessoas e instituições de ensino, no complexo médico-industrial e farmacêutico, na família e na mídia, entre outros. “A medicalização está profundamente arraigada nas concepções e práticas de saúde-doença em todo o mundo, bem como em todos os níveis de atenção à saúde”, refletiu.

Na pesquisa que desenvolveu durante o curso de mestrado na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Raquel constatou que as práticas de prevenção e promoção da saúde estão “contaminadas” por esse viés, e que é possível identificar inclusive efeitos colaterais deste fenômeno, conhecidos como iatrogenia. “A iatrogenia clínica afeta desde a promoção da saúde, da atividade física e da vida saudável, à busca do corpo ideal, que podem levar à dependência ou gerar hospitalizações desnecessárias”, explicou.

Segundo ela, a iatrogenia estrutural afeta a cultura da saúde: “Quanto mais cuidado for oferecido, menor será a capacidade de

as pessoas se cuidarem, já que isso significa mais exames, mais consultas e mais internações”, observou. Para ela, o processo de medicalização é contraprodutivo por não promover autonomia, produzir dependência e estimular o consumo exagerado de recursos de saúde. “O excesso e o monopólio do saber médico geram essa contraprodutividade”, refletiu.

DIÁLOGO E ESCUTA

Muita escuta e diálogo são o caminho para a desmedicalização, recomendou o sanitarista Eymard Vasconcelos, professor aposentado da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Também médico de família, ele criticou a falta do diálogo entre o médico e o paciente. “Normalmente o profissional faz o diagnóstico e diz o que o paciente deve fazer. Mas os agentes comunitários de saúde repor-

tam que muitas pessoas têm resistência a medicamentos e não adotam as condutas determinadas pelo médico. É uma ilusão acreditar que saúde se resolve com medicamentos e aparelhos. Até pode resolver uma parte, mas não o todo”, garantiu. Para ele, os limites da medicalização são dados pela limitação dos medicamentos. “Fica claro, especialmente para quem atua na ponta e está em contato com pacientes, que esse viés medicalizante e tecnicista é insuficiente para dar conta dos problemas vivenciados pelas pessoas”, garantiu. Eymard recomendou que os profissionais atuem no cotidiano da vida das pessoas para conseguir transformar as suas vidas e reorientem suas práticas, ainda muito centralizadas na administração de medicamentos.

“A medicalização está profundamente arraigada nas concepções e práticas de saúde-doença, bem como em todos os níveis de atenção à saúde”

Raquel Cardoso



Especialistas dizem que é preciso estimular a convivência entre medicamentos e outras práticas de cuidado



O respeito ao saber popular, a escuta do outro e a busca por alternativas é um caminho para desmedicalizar a sociedade

“Deixamos de lado ações importantes que têm mais eficácia do que a droga. É preciso reconhecer que as pessoas possuem iniciativas próprias e redes de apoio social que também podem contribuir para o tratamento”, afirmou. Para ele, em vez de apenas medicar, é preciso buscar soluções que resultem da mistura entre as práticas de saúde populares e o conhecimento profissional. “As pessoas precisam ser ouvidas e ver que suas práticas são respeitadas e não menosprezadas”, salientou.

Os profissionais de saúde desconsideram a dimensão não biológica dos problemas, destacou Eymard. “Médicos e estudantes são preparados para lidar apenas com medicamentos e exames. Sabemos o quanto esses podem ser limitados. É preciso estimular a convivência entre os medicamentos e outras práticas”, alertou. Para ele, o médico deve ir além da prescrição de medicamentos e avaliar a pessoa como um todo, utilizando a rede construída pelos agentes comunitários para facilitar o diálogo. “Alguns pacientes são resistentes ao uso de medicamentos. Faz parte da atuação profissional investigar a razão dessa resistência, sem julgamentos. Ele deve ir à casa da família, conversar, ouvir e verificar o que está acontecendo”, orientou.

Eymar avaliou que os profissionais de saúde têm sido pressionados por condutas padronizadas e quantificáveis que marginalizam o diálogo. “O diálogo tem que estar presente em todo o processo de atenção à saúde, mas muitas vezes é desvalorizado pela cobrança produtivista do serviço de saúde”, alertou. “A Reforma Sanitária estava assentada sobre o diálogo e nós temos que buscar essa prática novamente. O diálogo é a expressão da educação popular e caminho para construir uma cidadania e transformar o mundo”, afirmou. Segundo ele, a educação popular, prática que busca a transformação social por meio do saber popular, é o caminho para romper com a tradição autoritária.

INVESTIR NO CUIDADO

Também professora aposentada, pela Universidade Federal Fluminense (UFF), a sanitarista Madel Therezinha Luz avalia que há, hoje, uma sociedade doente e um processo de drogadicção

em massa. “Eu vejo as pessoas adoecidas pela falta de cuidado, pela jornada de trabalho e por horários. Todo mundo está doente ou com medo do que há por vir”, analisou. A professora reforçou que está mais do que na hora de os profissionais de saúde saírem do campo do diagnóstico, irem ao encontro do outro e investirem no campo do cuidado. “É aí que se estabelece uma relação”, sintetizou.

Para Madel, o cuidado é o resultado do diálogo e da escuta, e prova que é possível existir outra forma de olhar para o adoecimento. “Temos que pensar que é possível criar uma nova forma de conhecimento e de agir que não esteja enquadrada no modelo da superdiagnose e de supermedicalização”, observou. Ela explicou que o paradigma de saúde como cuidado diverge do modelo biomédico, já que inclui práticas integrativas e propõe novos modos de conhecer e praticar saúde. “Somos engolidos por essa máquina ligada aos interesses do mundo. A indústria farmacêutica é superior ao narcotráfico, está entre as três atividades mais importantes da sociedade capitalista”, observou.

Madel apontou que profissionais devem desviar seu olhar do enquadramento biomédico e prestar atenção em outros discursos, práticas e saberes existentes na sociedade, incluindo os que tradicionalmente são utilizados pela população. “Os acadêmicos têm o olhar embaçado. Precisamos desviar um pouco o olhar desse saber acadêmico e tentar aprender com essas experiências que estão sendo vividas e plantadas há séculos pelas populações”, observou Madel. Para a professora, essa produção sequer consegue ser compreendida pela academia. “Olhar para o outro é importante. E dialogar é o caminho”, reforçou.

Segundo ela, apesar de sua importância, os saberes populares ocupam um patamar ainda muito informal no SUS. “Há muitas pessoas envolvidas com essas práticas, mas trabalham de forma muito insegura, às vezes informal. Sem um reconhecimento mais sólido dessa atuação, acho que não conseguiram constituir essas práticas institucionalmente”, avaliou. Para Madel, só a educação popular pode superar esse duelo perverso entre a biomedicina e as práticas integrativas. “Temos que superar essa dicotomia”, recomendou.



A CIÊNCIA A CAMINHO DA ROÇA

Livro relançado atesta a importância das expedições científicas para mudar registros do Brasil e



Em um universo de 900 imagens geradas, há registros de doenças (como o bócio, na foto à esquerda; na imagem à direita, um homem sofre de “entalação”, o outro

Em comemoração aos seus 25 anos, a Editora Fiocruz relançou em parceria com a Casa de Oswaldo Cruz “A ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913”, um registro de aspectos originais da memória da saúde e das ciências biomédicas no país. Os expedicionários do instituto — Carlos Chagas e Arthur Neiva, entre eles — não só realizaram o levantamento das condições médico-sanitárias das populações de extensas áreas no início do século 20, como também possibilitaram um minucioso registro de

aspectos geográficos, econômicos e socioculturais dos lugares visitados.

“As expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz têm um alcance histórico inegável. Primeiro, por terem ampliado consideravelmente o horizonte dos estudos no campo das chamadas ‘doenças tropicais’ no Brasil. Segundo, pela enorme repercussão que tiveram, junto aos intelectuais, às camadas médias e às próprias elites urbanas, as revelações sobre aquele Brasil caipira, doente, explorado e inculto, que vivia à margem do cosmopolitismo e da civilização que as cidades do litoral, em particular a capital da República, supunham encarnar”,

MINHO DA ROÇA

expedições do Instituto Oswaldo Cruz para
promover a saúde pública



de “ataques silenciosos” e as meninas de conjuntivite granulosa) E das próprias expedições (no centro, pesquisadores no Vale do Tocantins)

destaca o texto de apresentação do livro, impresso pela primeira vez em 1991. Pesquisa e texto couberam a Eduardo Vilela Thielen, Fernando Pires Alves, Jaime Benchimol, Marli Brito de Albuquerque e Ricardo Augusto dos Santos.

A presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Nísia Trindade Lima, em prefácio à edição comemorativa, avalia que a publicação representou valiosa contribuição para toda uma linha de pesquisa sobre a construção da saúde pública e do Estado nacional no Brasil, por constituir-se como um trabalho pioneiro que veio se somar às poucas referências sobre o tema das expedições médicas ao interior durante

a Primeira República. “A primeira edição contribuiu para ampliar o conhecimento sobre um expressivo processo social. Organizadas por geólogos, engenheiros, militares e cientistas de instituições de saúde pública, tais expedições atenderam a objetivos estratégicos do Estado e contribuíram para a revisão dos mapas cartográficos, o estudo da flora e da fauna, além de valiosos registros etnográficos”, afirma.

Nísia destaca que as viagens científicas do instituto tiveram importância na construção de novas imagens dos sertões, associando-os às doenças e ao abandono por parte do Estado, e foram cruciais para a campanha do

saneamento rural, deflagrada de 1916 a 1920, e denominada como movimento sanitário da Primeira República no estudo pioneiro de Luiz Antonio de Castro Santos (1985).

BRASIL ADENTRO

Desde sua criação em 1900, o então denominado Instituto Soroterápico Federal associou-se aos esforços empreendidos pelo Estado para diagnosticar e encaminhar a solução dos problemas sanitários do Brasil, por meio da participação de seus pesquisadores em ações profiláticas, solicitadas por órgãos governamentais ou empresas voltadas para o serviço público, explica o livro. Ao interesse econômico de algumas campanhas somava-se o esforço de construção nacional, por parte do Estado republicano, através da incorporação de populações até então isoladas no vasto interior brasileiro. Do ângulo da modernização, o cientificismo da época, apoiado na revolução pasteuriana, lançava os pesquisadores nacionais na busca de legitimação da nova medicina higienista, praticada não só nos centros científicos europeus, mas também nos terrenos de Manguinhos.

Na publicação há registros de missões do período de 1911 a 1913. Entre setembro de 1911 e fevereiro de 1912, o pesquisador Astrogildo Machado e o farmacêutico Antônio Martins, do Instituto Oswaldo Cruz, percorreram os vales do São Francisco e do Tocantins com os responsáveis pelos estudos do prolongamento da Estrada de Ferro Central do Brasil, que partindo de Pirapora (MG) deveria alcançar Belém do Pará

(PA). Entre março e outubro de 1912, a serviço da Inspetoria das Obras contra a Seca, três expedições exploraram o Nordeste e Centro-Oeste do Brasil. Arthur Neiva e Belisário Penna percorreram o norte da Bahia, o sudeste de Pernambuco, o sul do Piauí e Goiás de norte a sul. Para o Ceará e o norte do Piauí, dirigiram-se João Pedro de Albuquerque e José Gomes de Faria. Adolpho Lutz e Astrogildo Machado desceram o rio São Francisco, de Pirapora a Juazeiro, visitando também alguns de seus afluentes. A serviço da Superintendência da Defesa da Borracha, Carlos Chagas, Pacheco Leão e João Pedro de Albuquerque inspecionaram boa parte da bacia amazônica, entre outubro de 1912 e março de 1913.

As expedições desse triênio, indica o livro, foram demoradas e percorreram extensas áreas com as investigações científicas predominando sobre as preocupações médico-sanitárias de curto prazo. Além dos trabalhos científicos, essas expedições produziram, por meio de relatórios de viagem e de intenso uso da fotografia, um minucioso registro das condições de vida da população interiorana, seus hábitos, suas técnicas, sua mentalidade, associando às questões sanitárias os aspectos sócio-econômicos, culturais e ambientais das regiões percorridas.

RETRATOS EM PRETO E BRANCO

No prefácio à primeira edição, o escritor Mario Souza sublinha o fato de os cientistas de Manguinhos terem adicionado à sua equipe um novo tipo de cronista: o fotógrafo. “Estes novos cronistas, que tinham a capacidade



Pesquisadores registraram aspectos geográficos, econômicos e socioculturais, como a população de uma fazenda em Jatobá (BA)

de apanhar o mundo e domá-lo numa folha de cartão, portavam um equipamento complicado, que exigia um detalhado ritual e disponibilidade da luz solar para cumprir suas tarefas. A parafernália dos antigos profissionais da câmera já era em si uma cartola de mágico. Mas o que impressionava, na convenção do preto e branco, era a capacidade da fotografia transformar os gestos em instantâneos, a memória finalmente apanhada num suporte químico. Era este o fascínio que fazia dos lances aventureiros um trabalho para os fotógrafos.”

No universo de aproximadamente 900 imagens geradas, foram identificadas certas recorrências temáticas: trabalho, vida social, transportes, paisagem urbana, paisagem rural/fluvial, habitação, animais/rochas/plantas, doentes, retratos e famílias, além de registros da própria expedição. Para a produção, foram usadas câmaras grandes, pesadas, que utilizavam negativos de gelatina seca sobre base de vidro, no formato 13 por 18 centímetros. Sobre este aspecto, no relatório de uma das expedições, há referência a um burro de carga que arriou devido ao peso do equipamento fotográfico que transportava. Dos fotógrafos, conhece-se apenas dois deles: José Teixeira, que acompanhou a expedição chefiada por Neiva e Penna, e João Stamato, cinegrafista no Rio de Janeiro na década de 1910, que documentou a expedição de Pirapora, Minas Gerais, a Belém, Pará, pelos vales dos rios São Francisco e Tocantins.

Na documentação, destaca-se a de Belisário Penna e Arthur Neiva, para os autores do livro a mais “engajada, crítica e rica em observações de caráter sociológico”. Depois

dessa experiência, eles se tornaram incansáveis propagandistas do saneamento do Brasil, buscando sensibilizar as elites para a ideia de que a redenção econômica, social e moral do país só iria acontecer com a melhoria das condições de saúde da população rural. Vários escritores foram influenciados por estes cientistas, em particular Monteiro Lobato, que aderiu à grande campanha em prol da consciência sanitária nacional, tentando retificar a imagem do Jeca Tatu — não mais um homem decaído por força da preguiça e da indolência, mas um homem doente e, por isso, improdutivo.

“Ideias há que ferem fundo e se propagam com tal rapidez, coligem tal número de adeptos, empolgam de tal forma o espírito, explicam com tal lucidez tantos fenômenos desnorteadores que, ainda em meios de opinião rarefeita como o nosso, passam rapidamente da fase estática para a dinâmica. Fazem-se força, e levam de roldão todos os obstáculos. A ideia do saneamento é uma. Bastou que a ciência experimental, após a série de instantâneos cruéis que o diário de viagem de Arthur Neiva e Belisário Penna lhe pôs diante dos olhos, propalasse a opinião do microscópio, e esta fornecesse à parasitologia elementos para definitivas conclusões, bastou isso para que o problema brasileiro se visse, pela primeira vez, enfocado sob um feixe de luz rutilante. E instantaneamente vimo-la evoluir para o terreno da aplicação prática”, escreveu Lobato, clamando contra a existência de 17 milhões de vítimas da ancilostomose (verminose conhecida como amarelão), o que representava quase 70% da população brasileira. 



Ao centro, sentados, Belisário Penna e Arthur Neiva, em Bebe-Mijo (PI), pesquisadores considerados mais engajados e críticos”

Uma vida sequestrada

ARQUIVO DE UM SEQUESTRO JURÍDICO-PSIQUIÁTRICO: O CASO JUVENAL

Luciana Brito. Editora Fiocruz



“Este livro é o testemunho de uma vida esquecida”, alerta a pesquisadora Debora Diniz (UnB), na apresentação de “um acontecimento único”, registrado em um arquivo encontrado na elaboração do primeiro censo nacional da população em medida de segurança, em 2011. A obra resgata a história de Juvenal, o homem que mais tempo esteve confinado em um manicômio judiciário no país. Internado em 1968, ele nunca conheceu a liberdade, sendo transferido para uma instituição para idosos em 2014.

A análise partiu de pesquisa de doutorado realizada em 26 instituições e alas psiquiátricas em presídios que abrigam indivíduos em medida de segurança — dispositivo penal que oscila entre a punição carcerária e o tratamento compulsório em um hospital psiquiátrico. Na busca por seus internos mais antigos, a autora Luciana Brito encontrou o sertanejo cearense Juvenal Raimundo de Araújo, que ficou 43 anos confinado no Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes, no Ceará. Nestas quatro décadas, ele esteve à espera de uma decisão oficial sobre sua existência, sendo ignorado inclusive pelas mudanças nos rumos da saúde mental no país.

Na apresentação do livro, Luciana explica que não é um estudo de caso, já que não descreve ritos legais, burocráticos ou assistenciais que movem o confinamento ou levanta os porquês que justificam a clausura em manicômio. O que ela propõe é uma análise do arquivo como um instrumento de saber e de poder “que faz funcionar a engrenagem para o governo do homem realizado louco bandido e justifica a existência dos espaços de clausura em nome da economia da segurança”.

6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

Regulamentada pela Portaria Nº 1.730, de 14 de junho, a conferência terá como tema central a “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: atenção diferenciada, vida e saúde nas comunidades indígenas”. O documento orientador já está disponível em <https://goo.gl/L4ya6k>.

Data 27 a 31 de maio de 2019

Local Brasília, DF

Info <https://goo.gl/H48mFT>

2º SEMINÁRIO A EPIDEMIA DAS DROGAS PSIQUIÁTRICAS

O evento desta vez trata das evidências científicas para a desmedicação segura e eficaz. Organizado pelo Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps/Ensp), tem como convidados Laura Delano (Movimento Sobrevivente da Psiquiatria), Robert Whitaker (Mad in America), Irving Kirsch (Harvard), Emma Davies (Goldsmiths University of London), John Read (University of East London) e Ana Maria Pitta (Abrasme), entre outros.

Data 29 a 31 de outubro

Local Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, RJ

Info <http://goo.gl/b6mQzd>

DEMODIVERSIDADE

Boaventura de Sousa Santos e José Manuel Mendes. Editora Autêntica



No livro, os autores apontam para o potencial das epistemologias do Sul no domínio das teorias e das práticas democráticas. Ao longo de seus vários capítulos, escritos por estudiosos de diversos países, aprofundam-se as ideias de demodiversidade

e de democracia de alta intensidade, procurando novas articulações entre a democracia representativa e a democracia participativa e, em certos contextos, entre ambas e outras formas de deliberação democrática, como, por exemplo, a democracia comunitária própria das comunidades indígenas e camponesas de África, América Latina e Ásia.

POLÍTICAS SOCIAIS: CONCEITOS, TRAJETÓRIAS E A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

Telma Menicucci e Sandra Gomes. Editora Fiocruz

O que são políticas sociais? Como surgiram? O Brasil tem um Estado de bem-estar? A partir de perguntas como estas, as pesquisadoras Telma Menicucci (UFMG) e Sandra Gomes (UFRN) apresentam uma síntese sobre as políticas públicas adotadas para garantir a proteção contra os riscos sociais e promover o bem-estar dos cidadãos, situam o processo de construção e desconstrução destas políticas no Brasil e apontam tendências. As autoras apontam ainda para os riscos de retrocesso na proteção social, apresentando exemplos de perdas e até retrocessos na garantia dos direitos sociais não somente no país, mas também em países considerados ricos e desenvolvidos.

O LEGADO DE UM HERÓI BRASILEIRO

Wagner Sarmento. Editora Olhares

Dentro das homenagens pelos 15 anos de morte de Sergio Vieira de Mello, o livro reconta a trajetória do alto-comissário das Nações Unidas para os direitos humanos, morto em agosto de 2003 em um atentado terrorista em Bagdá. A obra apresenta o legado do diplomata brasileiro — que era visto como futuro secretário-geral da ONU devido à grande habilidade de negociação e paixão pelo trabalho em campo — a partir de entrevistas com colegas e representantes dos países onde o diplomata atuou. O livro também é resultado de mais de 70 mil quilômetros percorridos para entender, *in loco*, como se perpetuaram as principais missões que Vieira de Mello liderou.



O Museu mais amado morreu. Foi assassinado

ADRIANA FACINA

Domingo sempre tinha fila na porta do Museu Nacional. Famílias vindas de todos os cantos do Rio de Janeiro, e até de outros estados, empolgadas para visitar me-teoros, múmias, dinossauros, indígenas. Fotografias, crianças correndo, gritaria, risadas. O Museu era corpo vivo e pulsante, um jovem senhor com 200 anos de existência. Muitos cariocas, sobretudo das periferias da cidade, tinham o Museu da Quinta da Boa Vista como seu quintal, por vezes a única experiência de visita a um museu em suas vidas.

Dentro do museu visitado, havia outro museu, a primeira instituição científica do Brasil. O museu das pesquisas, biblioteca, acervos, documentos, aulas de pós-graduação e extensão, laboratórios, reserva técnica. Era comum, durante nossas aulas ou reuniões, ouvirmos passos de estudantes das escolas públicas sobre nossas cabeças, nos passeios-aulas que ocorriam nas exposições. Barulho que não nos deixava esquecer de nosso compromisso público, de produzir e compartilhar ciência.

Vivo o cotidiano do Museu Nacional desde 1996. Fui assistente de pesquisa do antropólogo Gilberto Velho, grande mestre e referência mundial da Antropologia. Ali cursei meu doutorado e meu pós-doutorado. Em 2013, ingressei em seu quadro como professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, que este ano completa 50 anos. Nossa biblioteca era uma das mais importantes na área de Ciências Sociais da América Latina. Reuníamos um inigualável acervo de pesquisas sobre populações indígenas, camponeses, migrantes, entre outros temas,

resultado de décadas de trabalho de nossos pesquisadores mais velhos, nossos mestres. Que história poderemos contar a partir de hoje? Que narrativas se perderam para sempre?

O Museu mais amado morreu. Foi assassinado. Estivemos hoje velando seus escombros, em silêncio e lágrimas. É uma perda irreparável. Como se houvésemos sido bombardeados numa guerra.

Sempre vivemos na precariedade, recebendo verbas insuficientes para um funcionamento digno da importância da

instituição. Nos últimos dois anos a situação se agravou. A morte do Museu Nacional, em meio a chamadas que não podiam ser apagadas por bombeiros que não tinham água para trabalhar, é o retrato mais fiel de nosso país. Nossa elite mesquinha, que se delicia em museus parisienses, prefere investimentos

mais rentáveis. Por aqui, museu bom é elefante branco irrelevante que garante bons negócios a empreiteiras e governos.

Assim como nosso amado museu, a universidade pública agoniza, a Biblioteca Nacional corre risco, e tantos outros patrimônios culturais e artísticos podem ser extintos. O Estado brasileiro precisa ser público, voltado aos interesses da população e não um ente sequestrado pelos donos do capital. Cultura, educação e ciência não são gastos ou desperdício de recurso público. Elas são investimento para a construção de uma sociedade mais justa, humana e feliz.

Está na hora de repensarmos o que queremos para nosso país, ou não haverá futuro a ser contado. Nem mesmo em museus. **R**

“A morte do Museu Nacional, em meio a chamadas que não podiam ser apagadas por bombeiros que não tinham água para trabalhar, é o retrato mais fiel de nosso país”

■ Historiadora, antropóloga e professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional UFRJ. Texto publicado originalmente no jornal *O DIA* (4/9).

FIOCRUZ



SEMANA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA - 2018

CIÊNCIA PARA A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES

**16 A 20
DE OUTUBRO**

**DEZENAS DE ATIVIDADES
DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA,
CULTURA E LAZER.**

**PROGRAMAÇÃO COMPLETA:
www.museuvida.fiocruz.br**

ENTRADA GRATUITA

