

NESTA EDIÇÃO

Dengue e mídia

Prevenção se enfraquece em comunicação mal sintonizada

Judicialização

Justiça precisa entender Saúde para usar leis

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982

Nº 92 • Abril de 2010

Av. Brasil, 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ • 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO ARONCA
ENSP



Mala Direta
Postal

9912233515/2009-DR/RJ
FIOCRUZ

...CORREIOS...



VIOLÊNCIA

PROPOSTAS COMO A DE AMPLIAÇÃO DA LEI MARIA DA PENHA
APONTAM PARA A NECESSIDADE DE ATENÇÃO A TODOS
OS ENVOLVIDOS NA DOLOROSA EXPERIÊNCIA

Ética da diversidade na abordagem da deficiência

Há duas formas distintas de se pensar a deficiência: uma, mais antiga, se baseia no modelo médico; a outra, representando a tendência atual, baseia-se no modelo social.

O modelo médico tem como principal característica a descontextualização da deficiência, isto é, toma-a como incidente isolado e sem relação com questões de interesse público e relevância econômica, política ou social. No enfoque do modelo médico, o *problema* reside na pessoa, com conseqüências somente para ela e sua família, ficando a sociedade isenta de qualquer responsabilidade e compromisso para com a desconstrução de processos de discriminação. A *cura* ou *quase cura* das lesões e limitações torna-se condição para acesso a determinados direitos.

Já o modelo social considera que a maior parte das dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência resulta da forma como a sociedade trata as limitações físicas, intelectuais, sensoriais ou múltiplas de cada indivíduo. A deficiência é entendida como construção coletiva e condição flexível, não necessariamente permanente. Afinal, se as barreiras de acesso são removidas, a relação de desvantagem passa a ser parcial ou, mesmo, completamente abolida.

O modelo social está relacionado ao desenvolvimento inclusivo e à ética da diversidade, que combate a homogeneidade e privilegia ambientes heterogêneos, celebrando toda e qualquer diferença entre pessoas. Cada um, da forma como é, contribui com sua experiência e seus recursos, em benefício de todos. Do ponto de vista da ética da diversidade, as pessoas com deficiência não representam um equívoco, um deslize da natureza que gerou seres anômalos, a serem *aceitos*, *tolerados*, ou *respeitados*.

Estratégias vêm sendo incorporadas por organizações empresariais, governamentais e não governamentais – regionais e internacionais –, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, na busca de alianças e ações que gerem programas e políticas públicas inclusivas. Beneficiam-se não só as pessoas com deficiência, como outros grupos em situação de vulnerabilidade, como crianças trabalhadoras, coletores de

lixo, indígenas, pessoas com vírus HIV e pessoas com orientação homossexual.

No que se refere à implementação de políticas de desenvolvimento inclusivo, a ética da diversidade deve ser sistematicamente trabalhada e incentivada pelos meios e profissionais de comunicação, levando-se em conta orientações como:

- 1) Manter, ao escrever sobre deficiência ou ao analisar qualquer política pública, o mesmo rigor que caracteriza a abordagem de temas de outras áreas, como a econômica, por exemplo, entre outras.
- 2) Desconfiar de qualquer enfoque que marque pessoas com deficiência como pertencentes a um grupo homogêneo de cidadãos. (Exemplo: crianças com síndrome de Down têm sempre muito carinho para dar...)
- 3) Lembrar que sobre-estimar pessoas com

deficiência, transformando-as em super-heróínas, é tão discriminatório quanto subestimá-las, porque ambos os enfoques lhes tiram o direito à individualidade.

4) Desenvolver uma visão crítica de discursos que valorizam ambientes homogêneos como ideais para o desenvolvimento humano.

5) Provocar e/ou reforçar alianças entre profissionais de diferentes áreas.

6) Tomar como base para suas reflexões e análises diárias as seguintes associações: modelo médico/ambiente homogêneo e modelo social/ambiente heterogêneo.

Partindo-se do princípio de que os modelos médico e social não se apresentam de forma clara, como aprender a diferenciá-los? O quadro a seguir põe lado a lado as características de cada um, de modo a evidenciar suas diferenças. 

MODELO MÉDICO	MODELO SOCIAL
A deficiência quando analisada sob o modelo médico se torna:	A deficiência quando analisada sob o modelo social se torna:
Um incidente isolado, individual e, no máximo, familiar.	Um tema de direitos humanos e de desenvolvimento inclusivo sustentável.
Um caso médico e funcional a ser tratado, curado ou resolvido.	Um assunto de interesse público universal.
Uma interferência capaz de prejudicar a eficácia do trabalho dos professores das escolas de ensino regular.	Um valor agregado ao trabalho desenvolvido pelos professores das escolas de ensino regular.
Algo que vitimiza pessoas, impedindo-as de sobreviver e de se manter como adultas por outros meios para além do assistencialismo.	Um fator a mais para que uma pessoa adulta conquiste autonomia e se torne sujeito de qualquer direito, participando ativamente das decisões de sua comunidade e nação.
Uma <i>doença</i> que infelizmente atinge certas pessoas.	Um tema imprescindível na avaliação do impacto social dos programas para reduzir pobreza, garantir educação básica e bons níveis de empregabilidade para a população.
Um número a ser considerado em programas de reabilitação e/ou campanhas de prevenção de deficiência.	Uma estratégia para se lidar com qualquer forma de diversidade: regional, linguística, cultural, entre outras.
Um fardo oneroso para a sociedade.	Um pré-requisito para se pensar em políticas públicas inclusivas e formar novas coalizões intersetoriais.
Uma condição anômala que não se entrelaça com etnia, gênero ou religião.	Uma condição humana que se entrelaça com qualquer outra.
Tema abordado pela mídia apenas nos dias de celebrações relacionadas a deficiência.	Tema que faz parte do dia a dia das redações, mobilizando a mídia como o fazem economia, cultura, esporte ou lazer.
Um fator que necessariamente prejudica o desenvolvimento de uma comunidade porque reduz a capacidade produtiva das pessoas, impedindo-as de obter ganhos de qualquer natureza.	Um fator que só prejudica o desenvolvimento de uma comunidade se as pessoas com deficiência continuarem invisíveis, sem acesso a bens e serviços disponíveis.
Um assunto de política especial, raramente contemplado nas políticas públicas gerais.	Uma prioridade na abordagem dos problemas enfrentados pelas populações em situação de vulnerabilidade.

Texto adaptado das publicações Manual da Mídia Legal 3 – Comunicadores pela Saúde e Manual sobre Desarrollo Inclusivo Para los Medios y Profesionales de la Comunicación, ambas editadas pela Escola de Gente Comunicação em Inclusão. As publicações podem ser acessadas em www.escoladegente.org.br

Antídoto

Violência é um problema de saúde pública. E violência de gênero e intra-familiar, uma epidemia no Brasil. Ela está presente em relações doentias, histórica e culturalmente construídas e legitimadas. As agressões, salvo exceções, sempre vêm de quem detém o poder na relação. No vácuo da comunicação afetiva, violência é “forma de expressão”, ensina Cecília Minayo.

Os direitos humanos são o antídoto contra a violência. Mesmo sob descrédito, esses direitos sempre emergem, com o nome de direitos civis, pela ação de grupos e pessoas, em estatutos legais de crianças, mulheres ou idosos. E, na saúde, como garantia de acesso e humanização da atenção.

Nossa matéria de capa põe em discussão uma dessas conquistas, a Lei Maria da Penha, que alguns tentam derrubar, mas que pode ser aperfeiçoada e ampliada. Fomos conhecer de perto duas impressionantes experiências. Em Curitiba, uma rede de instituições trouxe mais respeito, acolhimento qualificado e humano, além de meios técnicos e jurídicos de obter justiça em casos de violência sexual. Pessoas de formação profissional sólida e uma dedicação comovente. Em Nova Iguaçu, algo surpreendente: grupos de terapia reúnem centenas de homens agressores condenados pela Justiça, com o objetivo de ajudá-los a enxergar e se responsabilizar por seus atos, refletir sobre o ambiente e os valores que sustentam esse comportamento e, quem sabe, mudar. A Lei Maria da Penha induz o

investimento nessa mudança, já que a maioria dos que agridem companheiras volta a conviver com a família.

Nesta edição, veja também como, ao desconsiderar direitos e o contexto social heterogêneo, a sociedade se isenta da responsabilidade na discriminação de pessoas com deficiência e que 8% dos estudantes brasileiros ouvidos em uma pesquisa admitem ter usado celulares para provocar e agredir seus colegas (prática conhecida como *bullying*). Na saúde pública, apostar na reversão da dependência do crack é romper com a violência da omissão e assegurar direitos a uma desenganada multidão de jovens. O equilíbrio entre direito individual e direito coletivo é o centro de outra discussão, na matéria sobre judicialização da saúde.

Artigo de Leonardo Boff aborda a violência contra o planeta. Propõe uma revolução do pensamento, uma “ecologia mental” como antídoto. A “mudança de paradigma civilizatório” proposta é, certamente, o oposto da corrida pela partilha dos dividendos do petróleo no pré-sal brasileiro. Resguardada a prioridade para a educação, é incrível como não se cogita destinar muitos recursos a outro antídoto: alternativas limpas de energia para substituir rapidamente o petróleo que aquece o planeta. Afinal, “terra e humanidade formam uma entidade única e inseparável”, diz Boff.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

- ♦ Ética da diversidade na abordagem da deficiência 2

Editorial

- ♦ Antídoto 3

Cartum

- 3

Cartas

- 4

Súmula

- 5

Radis adverte

- 5

Toques da Redação

- 6



Direito à saúde

- ♦ Um freio na judicialização 8



Violência

- ♦ Lei Maria da Penha: limites ou possibilidades? 10
- ♦ Às vítimas de violência sexual, atendimento humanizado 13
- ♦ Ao agressor, educação 15

Dengue e mídia

- ♦ Muita informação, pouca comunicação 16



Drogas e Sociedade

- ♦ Crack, questão de saúde pública 19

Serviço

- 22

Pós-Tudo

- ♦ A hora e a vez da ecologia mental 23

CARTUM



A.D.

Foto da capa Rogério Lannes
Ilustrações Aristides Dutra (A.D.)
e Rosângela Pizzolati (R.P.)



CARTAS

RADIS (TAMBÉM) AGRADECE



Caros amigos da revista *Radis*, é com muita alegria e satisfação que venho agradecer por este maravilhoso conteúdo, que tem me servido como instrumento de apoio, durante minha graduação no curso de Enfermagem. Foi por recomendação de uma professora que me tornei assinante da revista, desde o primeiro período da faculdade. Este ano, me formo e saibam que vocês fazem parte também desse sonho. Se possível, gostaria de sugerir um tema de matéria: os acadêmicos da

área de saúde que se formam e têm o desejo de trabalhar em regiões do interior do Brasil ou até mesmo em áreas inóspitas, como países africanos, entre outros.

♦ Camila Nascimento, estudante, Rio de Janeiro

Prezados membros responsáveis pela revista *Radis*, saudações! Ainda não pude agradecer as revistas que me enviaram em 2009. Agradeço de coração e digo-lhes que foram de grande proveito, principalmente, para nossas enfermeiras. Só posso retribuir com orações. A todos vocês, parabéns pelo trabalho tão útil à sociedade! Que o ano de 2010 lhes traga inúmeras graças e bênçãos sobre sua família e seu trabalho!

♦ Irmã Luíza Angelina, Belo Horizonte

MÃOS CONTAMINADAS

Parabéns à *Radis*, por reportar a relevante pesquisa *Profissionais de saúde, mãos contaminadas* (*Radis* 88). Sou estudante de Enfermagem e também auxiliar. Trabalho em um grande hospital público de Salvador e

tenho visto com grande preocupação a questão do aumento assustador nos índices de infecção hospitalar, pois tenho consciência de que são os profissionais os responsáveis por isso.

♦ Valdir Nogueira de Andrade, Salvador

SAÚDE DO HOMEM

Sou estudante de Enfermagem, do 7º período, e estou desenvolvendo minha monografia de conclusão de curso. Li na revista *Radis* nº 74, de outubro de 2008, a matéria *Saúde do homem – Hora de quebrar paradigmas* e gostaria de saber quais foram as referências bibliográficas para produzi-la, visto que isso ajudaria muito no meu trabalho.

♦ Ruth Tunes de Camargo, Itapeva, SP

▣ A reportagem foi produzida a partir de entrevistas e dados colhidos nas pesquisas nela citadas. Seguem algumas fontes consultadas: o livro *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde*, de Romeu Gomes (Editora Fiocruz), e os sites Instituto Papai (www.papai.org.br); Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (www.determinantes.fiocruz.br); e Sistema de Informações sobre Mortalidade (www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm).

EXPEDIENTE



RADIS é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 71.000 exemplares
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

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

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Eliane Bardanachvili (Milênio)
Reportagem Katia Machado (subedição/
Milênio), Adriano De Lavor, Bruno Dominguez (Milênio) e Lucas Sakalem (estágio supervisionado)

Arte Aristides Dutra (subedição/
Milênio), Natalia Calzavara e Rosângela Pizzolati (estágio supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Benigno



Ministério
da Saúde



Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Lucas e Cristiane Abrantes

Informática Osvaldo José Filho

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas)

Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119
E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (confira também a resenha semanal *Radis* na Rede e o *Exclusivo para web*, que complementam a edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

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

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente reproduzido, desde que acompanhado dos créditos. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.

EDIÇÕES ANTERIORES

Sou estudante do curso de Nutrição, fiz a assinatura da *Radis* e estou feliz por isso. Admiro o trabalho da revista. Escrevo para vocês para saber se é possível me enviarem as edições de 2009, pois lia as de uma amiga que tinha a assinatura, mas que, infelizmente, foi embora.

♦ Karla Pimentel, PI

▣ Como gostamos sempre de lembrar, toda a coleção da *Radis* está disponível para acesso e livre impressão no site da revista: www.ensp.fiocruz.br/radis ▣

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha nome, endereço e telefone. Por questão de espaço, o texto pode ser resumido.

SÚMULA

MEDICAMENTOS FRACIONADOS

A venda de medicamentos fracionados, isto é, em embalagens especiais, na quantidade de que o paciente necessita, foi autorizada há cinco anos, mas, até hoje, não teve a adesão de farmácias, laboratórios e médicos. O Estado de S. Paulo informou (1/3) que “15 laboratórios obtiveram o registro da Anvisa para produzir 175 tipos de medicamentos fracionados”, entre antibióticos, anti-inflamatórios e anti-hipertensivos. No entanto, de sete empresas entrevistadas, nenhuma está produzindo fracionados, mesmo sendo responsáveis pela maioria dos 175 tipos autorizados. “Farmácias e drogarias acreditam que vão perder lucro e por isso não há interesse”, disse ao jornal o diretor da Anvisa Pedro Ivo Ramalho. “Enquanto o projeto de lei que torna o fracionamento obrigatório não for aprovado, as empresas não vão investir”, analisou o vice-presidente do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo, Nelson Mussolini.

O projeto de lei que torna compulsória a produção e a venda de medicamentos fracionados (PL 7.029) tramita no Congresso desde 2006, como registrou o jornal. De autoria do Executivo, foi aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara e, agora, passa por análise da Comissão de Constituição e Justiça. O próximo passo é o encaminhamento para o Senado.

CASO ACARI, 20 ANOS SEM RESPOSTAS

Familiares de vítimas da violência do Estado do Rio, organizações e movimentos sociais traçaram um calendário de atividades para o primeiro semestre de 2010, a fim de lembrar o Caso Acari, que completará 20 anos em 26/7, para quando está prevista uma manifestação pública, informou (23/2) a Rede de Comunidades e Movimentos Contra a Violência (www.redecontraviolenca.org). Naquela data, em 1990, três meninas e oito rapazes, em sua maioria, moradores da favela de Acari ou proximidades, foram levados à força por homens que se diziam policiais, do sítio em que se encontravam, em Magé, RJ, e nunca mais apareceram. Apesar dos indícios e

informações que apontam para a participação de policiais no sequestro, até hoje, o inquérito aberto para apurar o ocorrido não foi concluído e ninguém foi denunciado pela Justiça.

Entre as atividades que deverão trazer o caso à tona, está prevista a realização do 1º Encontro Nacional de Vítimas e Familiares de Vítimas da Violência do Estado, reunindo representantes do Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia, Minas Gerais e Espírito Santo, nos dias 24 e 25/07, na capital fluminense. As organizações envolvidas pretendem, ainda, sensibilizar a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH/OEA).

Serão lembrados também outros episódios de violência no estado, como o que ficou conhecido como a chacina de Vigário Geral, ocorrido em agosto do mesmo ano, com a morte de 21 pessoas daquela comunidade; o extermínio de oito crianças e jovens em situação de rua, na porta da igreja da Candelária; e o assassinato da mãe de uma das vítimas de Acari, Edméia da Silva Euzébio, tida como das mais empenhadas na busca de respostas para o caso.

TAMIFLU NAS FARMÁCIAS POPULARES

De 15 de abril de 2010 a 15 de março de 2011, conforme portaria publicada no Diário Oficial da União, o fosfato de oseltamivir, o Tamiflu – utilizado no

tratamento da influenza A (H1N1) –, poderá ser obtido em uma das 9.081 unidades próprias do programa Farmácia Popular, com o selo *Aqui tem farmácia popular*. O remédio integrou a lista de medicamentos subsidiados em até 90% pelo Governo Federal, informou o *Correio Braziliense* (25/2). Nessas farmácias, o valor do comprimido pode variar de R\$ 1,39 a R\$ 3,49 e o estabelecimento terá reembolso do ministério de R\$ 1,25 a R\$ 3,14. Para comprar o medicamento, o paciente terá que apresentar prescrição médica com validade de cinco dias, que será retida pelo estabelecimento. “A ação de distribuição e subsídio do Tamiflu faz parte da estratégia nacional de enfrentamento contra a influenza A (H1N1), divulgada pelo Ministério da Saúde em 26 de janeiro, e que conta também com o programa de vacinação para públicos prioritários, entre 8 de março e 7 de maio”. O total investido na compra e produção de medicamentos para enfrentar a segunda onda da pandemia foi de R\$ 501,72 milhões, informou o jornal.

MAIS DENTISTAS NO SUS

Entre 2002 e 2009, cresceu 49% (de 40.205 para 59.958), o número de dentistas ligados ao SUS, atuando na rede pública, em tempo integral ou parcial, bem como nas equipes de saúde bucal, e como professores do ensino

RADIS ADVERTE

Violência, sobretudo entre quatro paredes, deve ser denunciada, nunca escondida!



superior público com dedicação exclusiva. Os dados são parte de estudo sobre o perfil do cirurgião-dentista brasileiro, da Estação de Pesquisa de Recursos Humanos em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) que integra a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil, do Ministério da Saúde. Segundo o ministério, “as equipes de saúde bucal atuam, hoje, em 4.117 municípios, o equivalente a 84,8% das cidades brasileiras”. Além disso, o número de Centros de Especialidades Odontológicas cresceu 708% entre 2004 e 2009 – de 100 para 808.

CONVÊNIO ENTRE BRASIL E EUA PARA PESQUISA SOBRE FITOTERÁPICOS

Uma das metas de convênio estabelecido até 2013, entre a Universidade do Mississippi, nos Estados Unidos, e a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) é o desenvolvimento de fitoterápicos obtidos nas reservas naturais da Caatinga e do Cerrado e de biopesticidas para agricultura orgânica, informou a Agência Brasil (23/2). Em entrevista à agência, o pesquisador Flávio Pimentel, da Embrapa Agroindústria Tropical, uma das unidades descentralizadas da empresa, disse que um dos objetivos da cooperação é “ampliar a qualidade e a padronização”, o que poderá ocasionar a redução de custo de terapias usadas no SUS – atualmente, o SUS produz 40 fitoterápicos, sendo que apenas quatro em escala comercial. Pimentel afirmou ainda que há muitos produtos com o mesmo nome e composições químicas diferentes, vendidos à população como determinada espécie medicinal. O convênio permitirá também a diminuição da importação e o uso da biodiversidade brasileira.

CYBERBULLYING

Com o aumento do número de adolescentes que possuem celular, a prática do *cyberbullying* – o *bullying* virtual – entre colegas de sala de aula também cresceu, informou *O Estado de S. Paulo* (28/2). Pesquisa da Universidade de Navarra, na Espanha, em parceria com a Fundação Telefônica, indica que 8,4% de 4.205 estudantes brasileiros, de 6 a 18 anos, disseram em 2008 que já haviam usado o celular para cometer algum tipo de agressão. “Na internet, os agressores são anônimos e um maior número de pessoas tem acesso à provocação”, disse ao jornal Betina Von Staa, coordenadora de pesquisas da Divisão de Tecnologia Educacional da Positivo

Informática. O advogado Alexandre Fidalgo, especializado em comunicação, afirmou que apesar de o Brasil não ter legislação específica para crimes virtuais, os valores das indenizações podem ser maiores do que os cobrados em casos de *bullying*, devido à rapidez e amplitude conferidas às informações, por conta da tecnologia.

CARTILHA PARA LIDAR COM PMs

Associações de moradores do Morro Dona Marta, no Rio de Janeiro, e entidades como Anistia Internacional, Justiça Global e Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa uniram-se para produzir uma publicação que trata dos direitos e deveres da população, no que diz respeito à relação com a autoridade policial, informou o jornal *O Globo* (19/3). A *Cartilha popular do Santa Marta: abordagem policial* resultou de oficina de direitos humanos oferecida aos moradores ao longo de 2009 e tem tiragem de 3 mil exemplares. O lançamento foi no dia 18/3, com a realização de debate e de atividades culturais. A publicação, organizada pelas associações Visão da Favela Brasil e Grupo ECO, orienta os moradores sobre os direitos básicos garantidos pela Constituição e sobre o que pode e o que não pode ser feito pelos policiais militares. Com auxílio de ilustrações, apresenta situações como revistas abusivas e invasões de casas de forma arbitrária, qualificando as relações dos moradores com a polícia. Segundo moradores, a Unidade de Polícia Pacificadora (UPP), que chegou ao local em dezembro de 2008, não significou o fim das arbitrariedades no morro. Antes cometidas pelos traficantes locais, elas teriam passado a ser feitas por PMs. De acordo com relatório organizado pela Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa, agressões, ameaças e abuso de autoridade ainda fazem parte da rotina local. Para Itamar Silva, presidente do Grupo Eco, a cartilha não é contra a polícia, mas a favor dos moradores.

MULHERES E HIV

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/ Aids (Unaid) lançou plano de ação de cinco anos para solucionar a desigualdade de gênero e a violação de direitos humanos que colocam mulheres e meninas em situação de risco de infecção pelo HIV, informou a *Agência Envolverde/Rádio ONU* (2/3). Segundo a Unaid, “o HIV é a principal causa de doenças e morte entre mulheres

em idade reprodutiva” (15 a 49 anos). A prevalência do vírus é três vezes maior do que nos homens, no sul da África. Em dezembro de 2008, 33,4 milhões de pessoas viviam com HIV no mundo – desses, 15,7 milhões eram mulheres.

DISTÚRBIOS DE VOZ E ESTRESSE EM PROFESSORES

Cerca de 60% dos professores da rede municipal da cidade de São Paulo têm distúrbios na voz – prevalência cinco vezes maior do que no resto da população –, informou a *Agência USP* (2/3), com dados do artigo *Condições de produção vocal de professores da rede do município de São Paulo*, publicado na *Revista dos Distúrbios da Comunicação*. O artigo relata pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, mostrando que o estresse no trabalho está associado a essas doenças, que podem aumentar de 6 a 9,5 vezes as chances de o professor tornar-se incapaz para o trabalho. A fonoaudióloga Susana Giannini avaliou 167 professores de Educação Infantil e ensinos Fundamental e Médio com distúrbios de voz na capital paulista, comparando-os com 105 colegas saudáveis, das mesmas escolas. Depois, a pesquisadora analisou-os em duas escalas: uma media o nível de estresse no trabalho e outra, a capacidade de trabalho. Aproximadamente 70% dos professores que tinham problemas vocais apresentaram excesso de trabalho. Nos professores saudáveis, a porcentagem foi de 54,4%. A pesquisa revelou ainda que novas políticas do governo “para inclusão de alunos aumentaram a carga de trabalho dos professores, que passam a ter de ensinar mais alunos com níveis de conhecimento diferentes”. Há também maior número de estudantes em sala de aula.

CORANTE OCULAR DO AÇAÍ

Pesquisadores do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) desenvolveram corante intraocular a partir da antocianina, substância do açaí, informou a *Folha de S. Paulo* (2/3). A patente do produto, com utilização em cirurgias na universidade prevista para abril, já foi obtida. Cada frasco usado na operação custa de R\$ 200 a R\$ 500. Os corantes são utilizados em cirurgias da retina e do vítreo (componente que preenche o olho, responsável pelo tônus ocular), para que seja possível visualizar membranas e tecidos transparentes na correção de doenças que acometem o

toques da redação



SOLIDARIEDADE SILENCIADA – Quem depende das grandes emissoras de TV e dos jornais de grande circulação no país e no mundo para se informar, ficou sem saber que, durante as primeiras 72 horas após o terremoto do Haiti, uma das principais iniciativas de assistência ao povo haitiano veio de Cuba. Cerca de 400 integrantes da Brigada Médica daquele país seguiram de imediato para a capital haitiana de Porto Príncipe para prestar socorro. A ajuda cubana ao Haiti, por sinal, começou bem antes do terremoto. Cuba atua no Haiti desde 1998, desenvolvendo um Plano Integral de Saúde, ao qual já dispensou mais de 6 mil agentes, que realizaram mais de 14 milhões de consultas médicas, mais de 225 mil cirurgias e mais de 100 mil partos. De acordo com a Agência Adital (www.adital.org.br) de informações da América Latina e Caribe (11/2), horas depois da catástrofe, em 13 de janeiro, além da brigada cubana, 60 especialistas em catástrofes de Cuba chegaram com medicamentos, soro, plasma e alimentos. Os médicos

cubanos atenderam milhares de pessoas por dia, realizando centenas de cirurgias em cinco pontos assistenciais de Porto Príncipe, com reforço de 400 jovens haitianos formados médicos em Cuba, que se uniram à equipe.

Essas informações divulgadas pela Adital foram transcritas de vídeo disponível na internet, no site www.cubainformacion.tv, já que os grandes meios de comunicação nada comentaram – o jornal *El País*, em 15 de janeiro, publicava infografia sobre a ajuda financeira e equipamentos de assistência ao Haiti, em que Cuba não aparecia entre os 23 países que haviam colaborado; a Fox News, rede de comunicação americana, chegou a afirmar que Cuba teria sido dos poucos países do Caribe que não havia prestado ajuda aos haitianos.

“A informação sobre o terremoto do Haiti, procedente de grandes agências de imprensa e de corporações midiáticas situadas nas grandes potências, parece mais uma campanha de propaganda sobre os donativos dos países e cidadãos mais ricos do mundo”, escreveu José Manzaneda, do site Cubainformacion.tv, que veiculou o vídeo na internet. “Apesar de a vulnerabilidade do país devida à miséria haitiana ser repetida uma e outra vez pelos grandes meios, nenhum quis

se debruçar para analisar o papel das economias da Europa ou dos EUA no empobrecimento do Haiti. O drama desse país está demonstrando uma vez mais a verdadeira natureza dos grandes meios de comunicação: ser o gabinete de imagem dos poderosos do mundo, convertidos em doadores salvadores do povo haitiano, quando foram e são, sem paliativos, seus verdadeiros verdugos”.

VISITA AO RADIS – Alunos do curso de especialização em Comunicação e Saúde 2010 do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) estiveram na redação da *Radis*, dia 10/3, para conhecer onde e como é produzida a revista. Na ocasião, conversaram com os jornalistas e designers da equipe. O grupo foi fotografado com o coordenador do Programa RADIS, Rogério Lannes (centro), e um dos jornalistas da revista, Adriano De Lavor (à esquerda).



FOTO: ARISTIDES OUTRA

fundo dos olhos. “A procura pelo corante perfeito é antiga. O ideal é que ele seja o menos tóxico possível e não atinja o nervo ótico ou as células da retina, como esse [do açaí] parece ser. Achamos na flora brasileira um corante natural melhor do que os químicos”, disse ao jornal Maurício Maia, professor da Unifesp que coordena o estudo.

Em andamento há um ano, a pesquisa realizou testes laboratoriais de pH, cor e adesão da antocianina às membranas e aos tecidos. O novo corante (roxo) mostrou grande capacidade de tingimento e tornou as membranas da retina mais visíveis, provando-se ainda eficaz na coloração do vítreo e da membrana limitante interna.

LICENÇA-MATERNIDADE DE SEIS MESES

Foi aprovada (10/2) a proposta de emenda à Constituição (PEC) que aumenta de quatro para seis meses

o período obrigatório da licença-maternidade, informou a Agência Brasil (11/2). “O parecer à proposta, apresentado pela debutada Rita Camata (PSDB-ES), foi aprovado por unanimidade”. Agora, a PEC será votada em dois turnos pelo plenário da Câmara e encaminhada à apreciação do Senado. A licença-maternidade de seis meses já é adotada, mas de forma facultativa.

NANOPARTÍCULAS CONTRA BACTÉRIAS

Pesquisa desenvolvida pelo jovem brasileiro Thiago Sequinel, 25 anos, na Universidade Estadual Paulista (Unesp), pretente amenizar a incidência das bactérias dos organismos em ambientes que precisam estar constantemente limpos, como hospitais, clínicas e casas de paciente em tratamento, informou o *Correio Braziliense* (24/2): “a técnica con-

siste na fabricação de uma película extremamente fina formada a partir de nanopartículas, aliando temperatura e pressão adequadas. O material, invisível a olho nu, pode ser aplicado na superfície de materiais de acabamento, como azulejos e cerâmicos, além de vidros, madeiras e plásticos”. Produzido a partir de processo químico específico, o filme impede que qualquer tipo de bactéria entre em contato com a superfície escolhida, facilitando a limpeza e mantendo o local livre de contaminação. O projeto de Sequinel venceu a competição internacional *Idea to Product* (Da ideia ao produto, em português), realizada no ano passado nos Estados Unidos. O prêmio foi de US\$ 10 mil, que serão empregados na continuidade do projeto. 

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



A.D.

Um freio na judicialização

Associação entre Saúde e Justiça aponta caminhos para o bom uso da lei

Bruno Dominguez

Os limites entre direito individual e direito coletivo estão no centro do debate em torno da judicialização na Saúde, isto é, o uso da via judicial para solicitar atendimento médico, medicamento ou insumo terapêutico. Saúde e Justiça, que têm na questão da judicialização um ponto de conflito, começam a caminhar em direção à convergência. No horizonte, perpetrar o bom uso das leis para que o direito individual não fira o direito coletivo. O abuso drena os recursos do SUS, afetando usuários e atemorizando gestores, concordam especialistas ouvidos pela *Radis*.

Os pedidos encaminhados por via judicial costumam ser atendidos prontamente pelos agentes do Judiciário, em geral, pouco informados

sobre a complexidade do sistema de saúde brasileiro, quando poderiam ter sua necessidade avaliada mais de perto. "Sem conhecimento técnico, os colegas temem que a rejeição leve à morte do paciente", analisa o juiz João Gandini, da 2ª Vara da Fazenda Pública de Ribeirão Preto, à frente de uma experiência bem sucedida de associação entre Saúde e Judiciário para conter os abusos da judicialização.

Se, como avalia o juiz, "foi um grande passo descobrir que a Justiça pode garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado", por outro lado, a judicialização pode "desestruturar o SUS", como alerta a advogada Lenir Santos, especialista em Direito Sanitário pela USP e coordenadora do Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

Em 2008, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo gastou em média R\$ 2.500 por paciente/ano no Progra-

ma de Dispensação [distribuição] de Medicamentos Excepcionais, contra R\$ 10.600 por paciente/ano com determinações judiciais. Divulgada a liminar ou a sentença, o secretário tem de cumpri-la, sob pena de ser preso.

Na interpretação de Lenir, o direito à saúde tem limites, que devem ser entendidos por juízes e promotores. Primeiro, frisa que cabe às autoridades do setor planejar os serviços de saúde, de acordo com a epidemiologia, a organização do sistema e a demografia da região. Legalmente, cada município deve estabelecer um plano e levá-lo a aprovação no conselho de saúde e na Assembleia Legislativa.

"O Judiciário desconsidera todo esse procedimento, ao exigir que se forneça um medicamento de R\$ 5 mil por mês a determinado paciente", exemplifica. Lenir defende que o papel da Justiça é evitar abusos e evasivas do Executivo, e não decidir quanto ou



FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Gandini: trâmite inadequado de processos e liminares concedidas sem controle

como gastar as verbas da pasta. Em sua opinião, as decisões judiciais que extrapolam essa competência interferem negativamente no SUS.

A advogada acredita que a judicialização põe em risco o princípio da igualdade, visto que aqueles que recorrem à Justiça podem ser mais beneficiados do que os usuários regulares do sistema. Ela aponta formas de coibir o abuso da judicialização, uma delas, a prescrição do medicamento feita por profissional do SUS. "A busca de um mesmo tratamento concomitantemente nos sistemas público e privado rompe com o conceito da integralidade da assistência".

Os pedidos ainda precisam pautar-se por regulamentos técnicos e científicos, a fim de evitar que se distribuam medicamentos ainda não incorporados ou de marcas comprovadamente mais caras. A incorporação de tecnologia, diz, está muito mais voltada para a garantia do capital do que para o bem-estar do cidadão.

ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

A Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo optou por atuar junto às pessoas que buscam a Justiça para obter serviços ou produtos relacionados à saúde. Em março de 2008, farmacêuticos deram início a essa experiência, orientando os que procuravam a Defensoria Pública da capital.

"No transcorrer desse trabalho ficou clara a falta de orientação dos pacientes da rede pública e privada para ter acesso a medicamentos dos programas de assistência farmacêutica do SUS", conta Maria Cecília Correa, coordenadora de Insumos

Estratégicos da pasta. Muitos tentam obter judicialmente artigos distribuídos administrativamente — em unidades de saúde ou farmácias de hospitais, por exemplo.

Este fato levou a secretaria a ampliar o programa, instalando um centro de Triagem Farmacêutica no Ambulatório Médico de Especialidades Maria Zélia, no segundo semestre de 2009. Na capital, o número de novas ações judiciais caiu de 3.996 para 1.549, entre 2007 e 2009. Já os pacientes atendidos administrativamente aumentaram de 646 para 3.848, no mesmo período. No estado, os processos ativos passaram de 33 mil para 33,6 mil de janeiro a dezembro de 2009, enquanto os atendimentos administrativos subiram de 3 mil para 10 mil.

Judicialmente, os pedidos mais frequentes são insumos e medicamentos recém-lançados no mercado, muitas vezes, ainda sem registro aprovado pela Anvisa. Demandas de artigos que não fazem parte dos programas regulares passam a ser avaliados por comitês técnicos. Em seguida, vêm os medicamentos oncológicos, que levou a secretaria a distribuir regularmente o Rituximabe, ainda não incorporado pelo Ministério da Saúde. Em terceiro lugar, aparecem medicamentos já fornecidos pelo SUS, mas que o profissional de saúde prescreveu com o nome fantasia. Por isso, a secretaria editou a Resolução SS 126, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre a obrigatoriedade de prescrição e dispensação de medicamentos com nomenclatura genérica das substâncias e/ou princípios ativos que os compõem no estado de São Paulo.

DECISÃO TÉCNICA

Em Ribeirão Preto, partiu do próprio Judiciário a iniciativa de se associar à Saúde para conter excessos na judicialização. Quando assumiu a Vara da Fazenda Pública, em agosto de 2005, o juiz João Gandini encontrou 40 mil processos em que se requeriam medicamentos, atendimentos ou insumos farmacêuticos — de fralda a cadeira de rodas. "Tinha muita coisa que não parecia ortodoxa", notou.

Inicialmente, o que mais lhe chamou a atenção foi a quantidade de ações de moradores de outras cidades — até de outros estados — e o fato de quase sempre pedirem medicamentos por seu nome comercial, em vez de por seu princípio ativo. A conclusão do juiz: "Os processos tramitavam de maneira inadequada, concedendo-se liminares sem controle".



FOTO: ARISTIDES DUTRA

Para Lenir, abuso da judicialização põe em risco o princípio da igualdade

Gandini procurou o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP em Ribeirão Preto mais as secretarias municipal e estadual de Saúde para criar a Comissão de Análise de Solicitações Especiais. Composta por cerca de 60 pessoas, essa comissão estabeleceu critérios e mecanismos para os processos relativos ao setor.

Ao entrar com uma ação, o advogado deve preencher um questionário padronizado e apresentar atestados. O material é enviado por e-mail aos integrantes, com perguntas como: "O medicamento está aprovado pela Anvisa?" e "Trata de que patologia?". Ao final, cada um opina se o juiz deve ser favorável ou não. A opção pelo e-mail tem a ver com a necessidade de agilizar a conclusão do processo: "Se demorarmos 10 ou 15 dias, o paciente pode morrer esperando", observa o juiz.

Desde então, não se aprova mais a distribuição de medicamentos com nome comercial. Estes foram substituídos pelos genéricos, mais baratos — por exemplo, fornece ácido acetilsalicílico em vez do AAS. "Continuamos gastando muito e mais a cada ano com a judicialização, mas atendemos mais pessoas", diz.

Por conta da decisão coletiva, não há mais conflito entre o juiz, que manda, e o secretário, que cumpre. "Aqui, tudo é resolvido de forma consensual, não preciso dar ordem de prisão a ninguém", diz. "Usamos a melhor arma que já se inventou: o diálogo".

Leia também, no *Radis na Rede* (www.ensp.fiocruz.br/radis/rede/224.html), o artigo *Direito à saúde x consumo de saúde*, de Lenir Santos.

VIOLÊNCIA



FOTOS: ROGERIO LANNES

Lei Maria da Penha: limites ou possibilidades?

Atendimento humanizado tanto às vítimas de violência quanto a seus agressores lança luz sobre o tema, põe texto legal em debate e pode apontar para sua ampliação

Bruno Dominguez e Katia Machado

A Lei Maria da Penha (nº 11.340), sancionada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 7 de agosto de 2006, alterou a realidade da violência doméstica e familiar contra a mulher no país quando entrou em vigor, em setembro do mesmo ano. Agressões e ameaças, anteriormente punidas com pagamento de multas ou de cestas básicas, deixaram de ser consideradas crimes de menor potencial ofensivo e passaram a condenar o agressor a até três anos de prisão. No entanto, ao mesmo tempo em que é reconhecida como um avanço na garantia dos direitos humanos, a Lei Maria da Penha também é alvo de críticas. Há juristas que consideram o texto inconstitucional, por proteger somente as mulheres em casos de violência doméstica e familiar. Para estes, a lei fere a Constituição, que define "homens e mulheres iguais em

direitos e obrigações". Já outros especialistas consideram a lei um marco na defesa dos direitos humanos, propondo sua ampliação. Há, ainda, aqueles a favor da manutenção do texto como está, uma vez que sua força vem justamente de tomar como foco somente as mulheres; se for o caso, dizem, pode inspirar novos textos legais que garantam os direitos de outros grupos.

Esses pontos de vista apontam para um debate relativo ao trato das situações de violência em suas diferentes, mas sempre dolorosas, modalidades — como a violência intrafamiliar e a de gênero (ver quadro na pág. 12) —, bem como para a importância de se levar em conta o atendimento a todos os atores envolvidos. Da vítima da violência ao agressor, todos devem ser olhados, acolhendo-se a vítima, minimizando ao máximo seu sofrimento e as consequências do que sofreu, e promovendo-se uma oportunidade de reflexão e reeducação ao agressor. Cabe, ainda,

no mesmo contexto, debater o papel da Lei Maria da Penha diante dessas demandas. Deve a lei ser derrubada, mantida ou ampliada?

UMA DAS LEIS MAIS AVANÇADAS DO MUNDO

Criada para coibir e prevenir violência contra a mulher no âmbito doméstico, da família e em relação íntima de afeto — independentemente da orientação sexual — a lei pode ser aplicada a qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial à mulher. A pena de três meses a três anos de prisão é aumentada em um terço, caso a vítima tenha algum tipo de deficiência. O agressor pode ser preso em flagrante.

Registrada a ocorrência, a delegacia tem 48 horas para encaminhar o caso a um juizado de violência

doméstica e familiar contra a mulher ou a uma vara especializada. A Justiça tem igual prazo para comunicar ao Ministério Público e decidir se são necessárias medidas protetivas de urgência — quando há riscos à integridade física ou psicológica da agredida, o juiz pode determinar que o agressor mantenha uma distância mínima da vítima, dos filhos e do lar, tenha seu porte de armas suspenso e até que fique detido preventivamente. A mulher deve ser orientada por advogado ou defensor durante o processo e só pode retirar a denúncia diante de um juiz.

Por todos esses mecanismos de proteção, a Maria da Penha é considerada uma das três leis do tipo mais avançadas do mundo pelo Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem). “É simbólica de uma situação que a gente esperaria que não existisse no país, mas que persiste de forma generalizada: a violência, sobretudo na relação conjugal e sobretudo contra a mulher”, avalia a socióloga, antropóloga e sanitarista Maria Cecília Minayo, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), onde coordena o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (Claves).

A violência é a terceira maior causa de mortes no Brasil. Em 2008, foram registradas 2.375 ocorrências de atentado violento ao pudor, 64.853 de ameaça, 73.475 de lesão corporal dolosa e 5.717 de homicídio doloso, nas delegacias de polícia do estado do Rio de Janeiro. As mulheres eram as vítimas, respectivamente, em 70,7%, 63,9% e 62,3% de cada um dos crimes. Restringindo-se a conta aos casos de violência doméstica, familiar e afetiva, o percentual aumenta: elas denunciaram 87,1% das ocorrências de lesão dolosa e 93,5% das de ameaça. O agressor era majoritariamente o companheiro ou ex-companheiro — 80,3% nas lesões e 82,7% nas ameaças, segundo o 4º Dossiê Mulher, publicação do Instituto de Segurança Pública (ISP).

Para Minayo, a Lei Maria da Penha é “um ponto de inflexão num *antivalor* de longa duração”. Esse *antivalor* é o machismo, que resiste através dos séculos apesar das mudanças da sociedade. A premissa de que o homem é o portador da verdade coloca a mulher e os filhos como seres incapazes de pensar por si mesmos; caberia sempre a ele estabelecer a ordem e a verdade. Daí derivam submissões físicas, sexuais e do pensamento, explica a pesquisadora. “Ao fazer essa inflexão, a lei diz para a sociedade que desse momento a violência contra a mulher não pode passar”, analisa.

Uma ameaça à Maria da Penha é o Projeto de Lei nº 156/2009, que reforma o Código de Processo Penal, atualmente tramitando no Senado. Se aprovado com o texto original, voltará a tratar a violência doméstica e familiar contra a mulher como crime de menor potencial ofensivo. A punição pode dar lugar a acordos; a prisão em flagrante e a preventiva podem ser proibidas. No Congresso, organizações feministas apoiadas pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República tentam alterar a redação do projeto de lei, de forma a impedir o retrocesso no direito das mulheres.

A presidente da Comissão da Mulher Advogada da Ordem dos Advogados do Brasil seção Paraná, Sandra Lia Barwinski, considera que a lei que protege a mulher vítima de violência coloca em destaque um debate importante. “A violência que começa dentro de casa gera outros tipos de violência, por isso, precisa ser coibida e devidamente punida”. Sandra opina que a lei é



FOTO: ARQUIVO CLAVES

A sociedade legitima a violência dentro de casa

MARIA CECÍLIA MINAYO,
DO CLAVES/ENSP/FIOCRUZ

constitucional: “Não estabeleceu crime novo, apenas veio dizer que a mulher é sujeito de direito”. Seu ponto de vista vai de encontro ao do juiz Edilson Rumbelsperger Rodrigues, da 1ª Vara Criminal e de Menores de Sete Lagoas (MG), que assim justifica a forma como rejeita pedidos de medidas protetivas contra homens agressores: “Esta Lei Maria da Penha é de uma heresia manifesta. Herética porque é antiética; herética porque fere a lógica de Deus;

herética porque é inconstitucional e por tudo isso flagrantemente injusta”, afirma. Reação semelhante teve o juiz substituto Marcelo Mezzomo, da 2ª Vara Criminal de Erechim (RS), que apontou como melhor forma de a mulher se proteger da violência doméstica não escolher um “homem bagaceiro e pudim de cachaça”.

AMPLIAR PARA PROTEGER

Especialistas ouvidos pela *Radis* rechaçam a possibilidade de se retroceder, isto é, de se abrandarem as penalidades relativas à violência; a maioria, ao contrário, aponta a necessidade de se progredir ainda mais na punição. “É impossível voltarmos atrás, está claro para a sociedade o avanço que a Lei Maria da Penha representa”, acredita o psicólogo Fernando Acosta, especialista em Saúde Pública e diretor do Serviço de Educação e Responsabilização para Homens Autores de Violência de Gênero (SerH). Ele observa, porém, que as leis não são perenes: “São datadas”. A Maria da Penha reflete a circunstância em que foi construída, com participação predominante do movimento feminista.

“O texto dá a impressão de que a mulher é sempre vítima e o homem é sempre agressor”, comenta Fernando. Por isso, o psicólogo propõe que a lei passe a tratar da violência de gênero, sem se restringir a relações familiares, domiciliares e afetivas. A ampliação, diz ele, pode acontecer por iniciativa dos próprios operadores do Direito ou por pressão dos ativistas dos movimentos dos homens: “Nós entendemos que a equidade de gênero não interessa só à mulher, mas também ao homem, pois nos liberta de exercer papéis preconcebidos”.

A juíza Luciane Bortoleto, do Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher da 13ª Vara Criminal de Curitiba, concorda com a ampliação da Maria da Penha, mas sugere que siga restrita ao âmbito da família. “A lei foi criada para proteger a mulher, historicamente mais vitimizada que o homem, mas seria interessante se punisse qualquer tipo de violência familiar — contra mulher ou homem, contra menina ou menino”, diz.

Cecília Minayo lembra que a violência não se dá de um lado só, para defender que a lei proteja igualmente o homem agredido. “Tem mulher que também bate, agride e humilha, mas estudos sobre o tema indicam que a violência conjugal mais cruel é provocada pelo homem”, aponta. Minayo observa que “a violência



intrafamiliar se dá na relação”. Numa casa em que há violência contra a criança, possivelmente há outros tipos de violência — nas palavras da pesquisadora, “a violência vira uma forma de comunicação”. A partir de estudos internacionais, a coordenadora do Claves escreveu artigo em que classifica a família como a mais violenta das instituições, depois da polícia e das forças armadas. “A sociedade legitima a violência dentro de casa”, afirma. A polícia e as forças armadas foram criadas pelo Estado para deter o monopólio da violência legítima da sociedade e impedir que se fizesse “justiça com a própria mão”. Mas enquanto diferenças entre colegas de trabalho podem nunca chegar a uma agressão, no interior da família qualquer questão é passível de ser tratada com violência — as mais comuns são a relação homem/mulher e a educação dos filhos.

MUDANÇAS NA PRÁTICA

Mesmo antes da ampliação formal, já há pelo país juízes que aplicam a Lei Maria da Penha em caso de agressão de mulher contra homem. Em novembro de 2008, o juiz Mário Roberto Kono, do Juizado Especial Criminal Unificado de Cuiabá, recorreu à lei para proteger um homem ameaçado por sua ex-companheira. Ela foi obrigada a manter distância mínima de 500 metros do local de trabalho ou residência do ex-companheiro, sob pena de prisão. Também registram-se punições de mães que agrediram filhos.

Para a advogada Sandra Lia Barwinski, “aplicar medidas da Maria da

Penha para o homem é sensacionalismo”. Contrária à ampliação da lei, ela acredita que a violência contra a mulher tem peculiaridades, o que justifica um texto próprio. Antes da Maria da Penha, diz, a Justiça desvirtuava a legislação sobre violência de modo a não incriminar o homem agressor. No entendimento dela, os homens já estão protegidos pela legislação brasileira. No caso de violência contra meninos e adolescentes, aponta, deve-se recorrer ao Estatuto da Criança e do Adolescente; no do idoso, ao Estatuto do Idoso; aos homens adultos, caberia apelar ao Código Penal.

O Conselho Nacional de Justiça trabalha na redação de um manual para padronizar a aplicação da Maria da Penha, a fim de evitar distorções de interpretação entre juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher, varas especializadas e demais juizados. “Como a lei é muito ampla, cada juiz aplica a sua maneira”, critica a juíza Luciana Bortoleto. Ela indica como prioridade incentivar os colegas a determinarem que o agressor frequente programas de recuperação e reeducação, medida sugerida pela lei.

É o caso da experiência do Serviço de Educação e Responsabilização para Homens Autores de Violência de Gênero (SerH) fundado com base na Lei Maria da Penha, em outubro de 2008, em Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense (ver pág. 15). É o primeiro serviço do gênero, e vai inaugurar uma sede na cidade do Rio de Janeiro, para atender também agressores da região metropolitana e de São Gonçalo. O projeto tem financiamento do Ministério da Saúde, numa mostra da aproximação da saúde com o tema, normalmente

restrito à Justiça e à Segurança Pública. A aproximação dessas áreas começou a se forjar em 1988, com a formulação de uma política de saúde para prevenção e redução da violência, cuja comissão era presidida por Maria Cecília Minayo. “Foi muito difícil levar o trabalho adiante, porque íamos contra a hegemonia médica, que relacionava doença à questão biológica”, lembra ela.

Somente em 2001, a política foi aprovada e dela derivaram resoluções ministeriais e planos de ação que ajudaram a incluir o tema na agenda da saúde. “A violência não é um vírus ou bactéria, mas afeta profundamente as pessoas do ponto de vista físico e psicológico”. Além de causar lesões, traumas e, em último caso, morte, a violência está associada a muitas doenças. Minayo se apoia em estudos para afirmar que 35% das queixas das mulheres aos serviços de saúde estão associadas a algum tipo de agressão. Pesquisa com 100 mulheres nas clínicas de Dor da Uerj e da UFRJ, procuradas quando a dor não tem causa palpável, detectou que mais de 90% das atendidas tinham sofrido ou continuavam sofrendo violência dentro de casa; 43% tinham sofrido ou sofriam violência sexual.

Os profissionais de saúde, diz a sanitarista, precisam ser preparados para atender pessoas agredidas, de modo a associar sinais e sintomas. No caso da violência contra a criança, a lei determina que esses profissionais denunciem a agressão. No caso da violência contra homens ou mulheres, cabe incentivar que o paciente a denuncie. Para Minayo, esse é um passo para a não violência, que pressupõe o reconhecimento da voz do outro, da importância do outro, do direito do outro.

Sobre o conceito de violência

A violência é um fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, admite a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (Portaria nº 737, de 16/5/2001). Uma definição comum é: ação realizada por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasiona danos físicos, emocionais ou morais, a si próprio ou a outros. Mas a violência também ocorre por omissão e não apenas por ação, quando se nega ajuda, cuidado e auxílio a quem precisa.

Pode ter natureza política, social, cultural, econômica institu-

cional e interpessoal. Do ponto de vista interpessoal, as expressões de violência mais comuns são a intrafamiliar, a comunitária e a de gênero. A violência intrafamiliar constitui-se como uma forma de comunicação no convívio doméstico entre indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais ou por outros tipos de afinidade. Geralmente, suas manifestações são agressões conjugais por questões de dominação de gênero, ou contra crianças e idosos.

A violência pode ser classificada em quatro tipos: física, psicológica, sexual e por negligência. Física (uso

da força para causar injúria, ferida, dor ou incapacidade); psicológica (se caracteriza por difamação, injúria, calúnia, ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento e chantagem que leva a dano emocional e diminuição da auto-estima, prejudicando o pleno desenvolvimento das pessoas); sexual (a vítima é obrigada a presenciar, manter ou participar de relação sexual mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força); e por negligência (quando não são providos os cuidados devidos, o que é mais comum por parte dos pais ou responsáveis contra crianças e adolescentes e contra idosos).



Às vítimas de violência sexual, atendimento humanizado



Rose: ética, sigilo, respeito e o entendimento de nunca julgar



Wilma lembra que o programa tomou forma após encontros e debates



Sãmia, na Delegacia da Mulher, orienta encaminhar logo a vítima ao hospital

Prestar atendimento adequado às vítimas de violência sexual, devolvendo a elas sua dignidade e cidadania, é um grande desafio, que tem mobilizado diversos setores da sociedade, em especial, as organizações de mulheres. Em Curitiba e Região Metropolitana, essa mobilização resultou na criação, em 2002, do programa *Humanização no atendimento às vítimas de violência: o Instituto Médico Legal vai ao hospital*, visando a desburocratizar e humanizar o atendimento pericial e da saúde das mulheres que foram violentadas sexualmente. A experiência foi uma das nove premiadas durante a 9ª Expoepi, realizada em novembro de 2009, em Brasília (ver *Radis* 90).

Concebido em 1999 por um grupo de mulheres que atuavam no Conselho Estadual de Saúde, o trabalho buscou fazer frente a uma realidade na qual a violência nas relações de gênero e, particularmente, a violência sexual, além de representarem grave violação dos direitos humanos e das liberdades individuais, são geradoras de problemas de saúde física, reprodutiva e mental. “A violência contra a mulher esteve sempre presente nos debates do conselho”, conta a professora Wilma Araújo Kaiel, uma das principais responsáveis pela iniciativa, integrante do Grupo Organizado de Mulheres do estado e com assento no conselho pela União Brasileira de Mulheres (Seção Paraná). Ela lembra que o projeto tomou forma em 2001, após a realização

de seminários e de encontro envolvendo as secretarias estadual e municipal de Saúde e de Segurança Pública e o Grupo Organizado das Mulheres.

REDE BEM ARTICULADA

“O programa foi fruto de mobilização social”, destaca a obstetra e ginecologista Rose Fischer, coordenadora do Programa pelo Instituto Médico Legal (IML) de Curitiba, uma das instituições parceiras dessa rede bem articulada, que inclui, ainda, além das secretarias mencionadas, a de Educação, a Prefeitura de Curitiba, o Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná (responsável pelo atendimento das vítimas maiores de 12 anos de idade, de ambos os sexos), os hospitais Pequeno Príncipe (crianças menores de 12 anos) e Evangélico (vítimas maiores de 12 anos e do sexo feminino), o Hospital do Trabalhador (responsável pelo atendimento dos casos graves de trauma que necessitam de UTI ou outros procedimentos cirúrgicos), o Centro de Atendimento à Mulher em Situação de Risco de Violência, que presta assistência social, jurídica e psicológica às mulheres, o abrigo Pousada de Maria, cujo endereço é secreto, e onde estão as mulheres em situação de risco, e mais 110 unidades básicas de saúde de Curitiba, que muitas vezes são porta de entrada para as vítimas.

A Delegacia da Mulher e os outros distritos policiais de Curitiba, bem como

a 13ª Vara do Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher do município, criada há 3 anos e já abrindo 14 mil processos, a Ordem dos Advogados do Brasil do Paraná (OAB/PR), o Conselho Tutelar, o Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente Vítimas de Crimes (Nucruia), a Fundação de Ação Social (FAS) e a Secretaria Municipal de Educação, de Curitiba, também estão articulados no projeto.

No atendimento, o IML e as unidades hospitalares têm papel fundamental. Os profissionais do instituto atendem as vítimas que sofreram violência sexual até completar 72 horas da ocorrência diretamente nos hospitais de referência, junto com o plantonista da unidade. “A mulher não precisa mais ficar perambulando por delegacias, nem mesmo contando sua tragédia para várias pessoas, pois ela é atendida pelo perito do IML e pelo médico de uma só vez”, destaca a enfermeira Hellem Tchaikovski, da equipe do IML. Quando passa das 72 horas, a mulher é atendida em uma sala reservada no instituto. “O acolhimento humanizado, no hospital ou no IML, começa na portaria”, orgulha-se da iniciativa.

Rose Fischer explica que o atendimento profissional na proposta de humanização exige competência, compromisso, saúde emocional, ética, sigilo, respeito à paciente e ciência de que nunca se pode julgar. Na prática do exame, ensina, faz-se necessária



uma boa iluminação, mesa adequada, material suficiente, evitar conversas paralelas e garantir à vítima privacidade. “Não se pode ter aquele entra e sai da sala durante o atendimento”, orienta os profissionais envolvidos no atendimento – peritos, médicos, enfermeiras e assistentes sociais. Na abordagem, acrescenta, nunca devem ser feitas perguntas do tipo “como vai?”, “tudo bem?”, e comentários como “vai passar”, “não foi nada”. Além disso, são erros que devem ser evitados: chamar a paciente de “queridinha”, “meu anjo”, “fofinha”, “minha linda”, “meu amor” e usar termos de cunho pornográfico, pois, muitas vezes, terão sido os mesmos que a mulher acabou de ouvir de seu agressor. Nesse momento, acrescenta, é aconselhável evitar, ainda, a intervenção de qualquer serviço religioso.

SEM BUROCRACIA

A proposta é amenizar o sofrimento e agilizar o atendimento. As requisições de exames, uma exigência para os laudos de conjunção carnal, atos libidinosos, lesões corporais e toxicológicos e de química legal, são encaminhadas via fax para o hospital pelas autoridades policiais, judiciária e do Ministério Público, poupando a vítima de ir a esses locais. “Se a vítima foi dopada e lesada é preciso expedir uma guia de lesão corporal e fazemos isso de imediato”, explica a titular da Delegacia da Mulher de Curitiba, Sâmia Cristina Coser, envolvida no processo de atendimento humanizado. “Nossa prioridade é a mulher. Se ela não procura primeiramente, a encaminhamos logo ao hospital, mesmo sabendo do risco de ela não voltar mais para a investigação do caso”, informa.

Para o médico plantonista do IML Clóvis Andrade, a forma de atendimento prestada pelos profissionais envolvidos no programa, além de evitar exposição, garantir individualidade à paciente e prevenir doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce, “consegue detectar e capturar provas imediatas”.

Tudo é muito rápido: o perito do IML é chamado pelo celular e vai para o hos-



Idalina, Coronel Porcídes e Sandra: profissionais articulados buscam amenizar o sofrimento e agilizar o atendimento das mulheres vítimas de violência

pital usando um *vale-taxi*. “O IML chega à unidade hospitalar em uma hora, no máximo”, diz a enfermeira Idalina Marly da Luz, hoje supervisora de enfermagem da Unidade da Mulher e do Recém-Nascido do HC. “Nós fazemos o acolhimento, até a chegada do médico do IML, que vai fazer os exames físico e ginecológico e a coleta do material junto com o residente do hospital”, conta. “O material para exames obedece a uma criteriosa sistematização de coleta, identificação, acondicionamento e transporte, para evitar perda das provas”, explica Rose. “Há orientação, por exemplo, de nunca acondicionar peças de vestuário encontradas com manchas suspeitas de esperma em sacos plásticos, pois deteriora o material, ocasionando a perda da prova pericial. As peças devem ser acondicionadas em saco ou envelope de papel”.

A importância da coleta do material e a necessidade de acompanhamento à vítima durante seis meses são informações que lhe são passadas logo no primeiro atendimento. A paciente é cuidadosamente atendida pela assistente social, para, em seguida, passar por uma consulta com a enfermagem que dá a profilaxia necessária (anticoncepção de emergência, medicamentos para prevenção do HIV e das DSTs e hepatite B) e solicita os exames laboratoriais. Após essas providências, ela é encaminhada à infectologista e, se necessário, à ginecologista.

Para Idalina, o importante no trabalho, mais do que a técnica, é saber como falar, olhar e cuidar da vítima. “O acolhimento é o diferencial”, diz. O que a gratifica, revela, “é saber que a vida dessas vítimas pode ser reconstruída”. Ela lembra com carinho do caso de uma mulher atendida no HC que, vítima da violência sexual, engravidou e optou por continuar a gestação. Um ano depois, ela voltou refeita para mostrar sua filha. “Isso nos gratifica, saber que ela recuperou a vida e a alegria”, emociona-se.

Vale ressaltar que a mulher que tem a gravidez confirmada decorrente

da violência sexual e deseja continuar a gravidez e permanecer com o filho, é encaminhada a uma unidade de saúde para que seja feito o pré-natal. Se deseja continuar a gravidez e dar a criança para adoção, é encaminhada também à 2ª Vara da Infância e da Juventude, para entrada no processo de adoção. E, se desejar a interrupção da gravidez, a solicitação de aborto será avaliada do ponto de vista técnico, garantido por lei. “Como o atendimento é feito de imediato, são poucos os casos de mulheres que tiveram a gravidez confirmada no HC”, relata Idalina, referindo-se à administração imediata do medicamento contraceptivo de emergência.

FORMAS DE PROTEÇÃO

No Hospital Pequeno Príncipe, responsável pelo atendimento de crianças menores de 12 anos, o atendimento humanizado segue a mesma rotina. A diferença é que algumas crianças, como forma de proteção, podem ficar internadas nas primeiras 72 horas até que o Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente – logo acionado no caso de menores de 18 anos – consiga encaminhá-las para lugar seguro, após receber a medicação prevista no protocolo. “A preocupação é proteger a criança”, diz a pediatra da unidade, Nohora Vargas. Criança, pais e familiares são orientados a não contar o caso a ninguém. Nesse trabalho, observa, a assistência social tem papel fundamental, pois é quem faz a primeira abordagem com o responsável da criança para saber o que aconteceu.

A advogada Sandra Lia, presidente da Comissão das Mulheres Advogadas da OAB/PR, diz nunca ter visto no Brasil nada semelhante. “Algumas tentativas em alguns estados, mas nada como aqui”, afirma. O programa serve de modelo para todo o país, avalia a médica legista Celina Chybiór. “O ideal é que não tivesse um agressor. Mas não sendo possível, o Estado tem a obrigação de



Em três anos, 14 mil processos em andamento

pelo menos minorar o sofrimento da pessoa agredida”, salienta. E isso, destaca, o programa faz muito bem.

De acordo com o diretor do IML, Almir Porcides Júnior, coronel do Corpo de Bombeiros, o programa é pioneiro nesta forma de atendimento. “Esse é um trabalho árduo”, compreende. “Nós demos todo apoio à doutora Rose para que o trabalho sirva de exemplo para todo o país”, salienta. O mesmo pensa o vice-diretor do IML, Marcos Galeazzi, capitão do Corpo de Bombeiro. Para ele, o programa tem quatro pontos fundamentais: formula provas; oferece tratamento; faz com que a vítima sinta que será feita justiça; e oferece humanização na atenção. “Aqui é onde ela começa a ser tratada”, pontua para acrescentar: “Daqui para frente, ela não sofre mais”.

Para ele, o programa não tem cunho de perícia; trata-se de um caso, em que se olha para todos os aspectos: o que, como, quando e por que aconteceu.

Essa iniciativa também contribui para derrubar ideias pré-concebidas. “Eu achava que a mulher violentada era aquela que andava de madrugada pelas ruas”, reflete Hellem. “Quando passei a trabalhar no programa me deparei com muitas mulheres violentadas na frente de seus filhos ou indo para o trabalho”, destaca com tristeza. Além disso, dá visibilidade ao problema e à importância da notificação. De acordo com o setor de Epidemiologia da Secretaria de Saúde de Curitiba, entre 2002 e 2008, foram notificados 1.109 casos de mulheres maiores de 18 anos vítimas da violência sexual num universo de 3.456 casos de violências.

A maioria tem entre 20 e 29 anos e o autor da violação é, em geral, desconhecido. Grande parte dessas mulheres (86,5%) procurou por atendimento nas primeiras 72 horas, o que, segundo a epidemiologista Luci Belão, é muito favorável, “pois nesse tempo a gravidez e outras consequências do abuso sexual, como HIV e DST, podem ser evitadas”. Ela explica que qualquer tipo de violência contra a mulher chega à Secretaria de Saúde pela ficha de notificação compulsória, em cumprimento à Lei 10.778 de Notificação Compulsória, de 2003, e que foi depois adaptada à Lei Maria da Penha segundo os tipos de violência. A notificação, informa a também epidemiologista Marjorie Feliz, aumentou por conta da visibilidade que o programa dá ao problema e devido à capacitação profissional.

Ao agressor, educação

Tão importante quanto cuidar da vítima, é cuidar do agressor. Com 11 anos de experiência em grupos de atendimento a agressores, o psicólogo Fernando Acosta aponta a necessidade de o homem se responsabilizar pela violência cometida e transformar sua masculinidade. Fernando coordena o primeiro Serviço de Educação e Responsabilização para Homens Autores de Violência de Gênero (SerH) fundado com base na Lei Maria da Penha, em outubro de 2008, em Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense. O projeto é fruto de uma parceria entre prefeitura, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Secretaria Nacional de Segurança Pública e Ministério da Justiça. Cerca de 700 homens já foram atendidos individualmente e metade deles frequentou grupos reflexivos ou de reabilitação. A realização cabe ao Instituto de Estudos da Religião (Iser), organização não governamental ecumênica, em parceria com o Centro de Estudos, Atenção e Referência para Homens (CearH).

A maior parte foi encaminhada pela Justiça, alguns depois de condenados — no Brasil, toda pena inferior a quatro anos pode ser convertida em pena alternativa, normalmente trabalho comunitário ou grupo reflexivo. Outros chegaram indicados por delegados, centros de atendimento à mulher, profissionais de saúde e até por vizinhos. São homens de Nova Iguaçu, São João de Meriti, Nilópolis e Mesquita, em sua maioria com idade entre 30 e 40 anos.

Mais da metade é de família pobre (com renda familiar inferior a dois

salários mínimos); poucos são de classe alta. “Não indica que os pobres têm maior propensão à violência”, ressalva Fernando Acosta. “Os pobres são, sim, mais denunciados; os ricos normalmente resolvem questões desse tipo em escritórios de advocacia ou em consultórios de psicólogo”. Cerca de 55% têm o ensino fundamental incompleto, 40% estão desempregados, e é comum o uso e o abuso de álcool e outras drogas.

Eles participam de 20 oficinas reflexivas semanais e uma de avaliação do trabalho durante seis meses. Cada encontro reúne em média 12 homens e é acompanhado por um profissional e um estagiário, em equipes mistas (um homem e uma mulher) de formações diversas — advogado, psicólogo, educador, assistente social, médico. Ao longo de duas horas e meia, eles conversam

sobre temas das masculinidades, especialmente sobre a violência de gênero. Em geral, conta Fernando, chegam se sentindo injustiçados e “reforçando a heterossexualidade branca”. Ao terceiro mês, começam a perceber que agem de jeito errado. E, ao final, já estão convencidos de que devem mudar.

Fernando faz uma autocrítica: “O processo acaba no momento em que começa a transformação”. O psicólogo acredita que o projeto não deveria ter uma duração determinada: “Na Noruega, por exemplo, esse trabalho leva dois anos e meio”. Os profissionais do projeto se encontram semanalmente para discutir os próprios preconceitos e trocar experiências. “Fica difícil dizer que algum homem ou mulher não seja machista e patriarcal; em algum nível todos somos”, diz.

“É fundamental lidar com o agressor não somente como réu, mas como alguém que precisa de ajuda, pois muitas vezes cresceu num ambiente de violência”, ressalta a juíza Luciana Bortoleto, de Curitiba, que já foi a Nova Iguaçu conhecer o SerH. Durante a visita, chamou sua atenção o depoimento de um dos homens atendidos: “Aqui é muito bom pois não somos julgados e sim observados”. Para ela, a experiência deve ser replicada pelo país. O trabalho é referência para organismos da Nações Unidas, como Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher, Programa das Nações Unidas para HIV e Aids e Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. 



Fernando propõe lidar com o agressor como alguém que também precisa de ajuda

FOTO: ARQUIVO SERH



DENGUE E MÍDIA



Adriano De Lavour

A situação é quase sempre a mesma: o período de chuvas mais intensas traz consigo os primeiros casos de dengue no país. Não demora muito, a doença sai do esquecimento e volta às manchetes dos jornais. Vai haver nova epidemia?; as autoridades estarão preparadas para enfrentá-la?; que investimentos foram feitos para orientar a população e prevenir a doença?, indagam repórteres e formadores de opinião. Rapidamente, um fluxo desordenado de informações entra no ar, consequência da nem sempre harmoniosa relação entre imprensa, especialistas e poder público — especialmente, quando o assunto é dengue.

Os questionamentos acerca da responsabilidade pelo problema, as recomendações preventivas, os boletins epidemiológicos, bem como as cenas de hospitais lotados e os registros de morte são vozes de um conflito informativo que nem sempre ajuda a população a se proteger da contaminação com o vírus transmitido pelo *Aedes aegypti*. Muita informação que gera pouca comunicação.

Diante desse embate midiático, Radis ouviu gestores, especialistas e jornalistas, que analisaram o atual quadro da dengue no país, opinaram sobre possíveis caminhos que levem à sintonia entre informação e prevenção e deram dicas de como a comunicação pode favorecer o combate à dengue e, por conseguinte, contribuir para a manutenção da saúde.

O QUADRO ATUAL

Para analisar 2010, é preciso voltar ao início de novembro de 2009, quando o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, lançou, em Recife, a Caravana contra a Dengue, campanha que percorreu 10 mil quilômetros em nove estados com ações de conscientização e mobilização. A escolha da capital pernambucana deveu-se ao fato de o estado ter reduzido em 86% o número de casos, em comparação a 2008, e não ter registrado naquele ano mortes causadas pela doença. O quadro geral, por sinal, apontava tendência decrescente, com exceção de seis estados que tiveram aumento expressivo do número de casos — Acre (745%) e Mato Grosso (237%), liderando a lista, além de Mato Grosso do Sul, Bahia, Espírito Santo e Amapá.

No início de fevereiro de 2010, novo relatório divulgado pelo Ministério da Saúde reforçava a tendência geral decrescente: entre 2008 e 2009, registrou-se queda de 34,2% no número de casos, e redução nas formas graves e nas mortes causadas pela doença. Os números indicavam 529.237 notificações, em 2009, ante as 803.522 de 2008. Os índices mais positivos foram registrados no Rio de Janeiro (redução em 95,7% dos casos), Rio Grande do Norte (91,4%) e Sergipe (89,6%). O relatório apontava, porém, aumento em Rondônia, Acre, Amapá, Piauí, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

O balanço geral positivo contrastava com as notícias enfatizadas pela imprensa no mesmo período, que se baseavam nos cenários locais e em dados mais recentes, muitas vezes, negativos; o ministério trabalhava com estimativas gerais resultantes de análises do ano anterior. Assim, leu-se nos jornais que em Ribeirão Preto (SP) 518 casos já haviam sido registrados no início de fevereiro; no Mato Grosso do Sul, os 5.583 casos notificados apenas em janeiro de 2010 superaram a totalidade dos casos de 2009 — 5.179 notificações. No Rio

de Janeiro, as notícias tomaram como base os números do Levantamento do Índice de Infestação Rápido pelo *Aedes Aegypti* (Liraa), de outubro de 2009, que indicavam presença do mosquito três vezes maior do que a considerada “tolerável” pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Os dados nortearam o lançamento de caderno especial do *Globo* (*A dengue ainda à espreita*), no início de fevereiro, que ganhou tom alarmista. A publicação considerou ineficaz a “mobilização apenas em épocas específicas do ano”, e alertou para a eventual chegada do vírus do tipo 4 ao Sudeste ou o retorno do vírus 1 ao Rio, o que poderia provocar “uma nova epidemia”. Não explicou, porém, que os dados do Liraa devem ser tomados em conjunto com outras variáveis e que o aumento do índice de infestação do mosquito não necessariamente implica epidemia iminente.

NA IMPRENSA

Os jornais associaram aos números divulgados possíveis explicações para a epidemia: aumento do volume de chuvas e altas temperaturas, ineficiência do inseticida utilizado, desmobilização da população em relação à prevenção e à erradicação dos focos de mosquitos. Muitos publicaram quadros explicativos nos moldes de “tudo o que você precisa saber sobre a dengue”, e reforçaram a recorrência do problema. “Há mais de duas décadas mosquito transmissor da dengue inferniza a vida dos cariocas”, lia-se no suplemento do *Globo*.

No fim do mês, novos números divulgados pelo Ministério da Saúde expressaram a realidade descrita na imprensa: 108.640 registros em todo o país, entre 1º de janeiro e 13 de fevereiro de 2010. No mesmo intervalo de 2009, haviam sido 51.873. O balanço parcial apontou concentração de 71% dos casos em cinco estados, nas seis primeiras semanas de 2010: Rondônia, Mato Grosso do Sul, Acre, Mato Grosso e Goiás. Os índices variavam entre 432,2 e 891,7 casos por 100 mil habitantes, nível de incidência considerado alto pelas próprias autoridades.

O documento indicou situação crítica em cinco municípios, que concentraram 34% das notificações: Campo Grande (12.712 casos), Goiânia (12.316), Aparecida de Goiânia (GO) (3.280), Rio Branco (5.056) e Porto Velho (3.412). Foi apontada, ainda, uma diminuição no número de mortes (21, em 2010, contra 31, no mesmo período de 2009). Conforme os parâmetros do ministério, a incidência em Minas Gerais, São Paulo e Distrito Federal foi considerada baixa.

No dia seguinte à divulgação do relatório, a repercussão na imprensa foi espetacular. O *Jornal do Brasil* chamou atenção para o “alarmante” aumento de 100% no número de casos no país. “O ministério lembrou que não há uma epidemia no país”, destacou a notícia, acompanhada da legenda “culpa vem de cima”, sob a foto do coordenador do Programa Nacional de Controle da Dengue, Giovanini Coelho. No texto, ele creditava parte da responsabilidade do aumento à chuva e às altas temperaturas.

Na *Folha de São Paulo*, enquanto a manchete anunciava que os casos mais que dobraram este ano, o texto informava que Giovanini evitava confirmar negligência dos prefeitos de cidades com alta de casos. O periódico paulista também destacou a recirculação da dengue do tipo 1 como outra causa do aumento no número dos casos. O jornal carioca *Meia Hora* foi mais além, anunciando “risco de uma nova epidemia”.

No mesmo dia, o editorial do *Estado de São Paulo* (*Alerta contra o mosquito*) decretou: “a epidemia está de volta”. O texto criticava ações da Caravana da Dengue e declarava que os recursos de R\$ 1,02 bilhão destinados à vigilância sanitária, não deram “resultados esperados”. Para o jornal, tudo se devia às “políticas descontinuadas de combate à doença nos municípios”. Em outra notícia, na mesma edição do *Estadão*, informava-se a vulnerabilidade dos estados do Nordeste — por conta do aumento das chuvas em março —, destacando que gestores já estavam alertados para o aumento do risco da doença.

NOVA EPIDEMIA?

Mas, afinal, temos nova epidemia? Giovanini Coelho admitiu à *Radis* que o risco existe. Ele destacou que é necessário diminuir os índices de infestação abaixo de 1% para que não ocorra transmissão da doença. No caso do Rio de Janeiro, ele lembrou que o índice divulgado (2,9%) é apenas uma média, o que significa que certamente algumas áreas podem apresentar números superiores.

O professor Maulori Curié Cabral, do Departamento de Virologia do Instituto de Microbiologia da UFRJ, definiu a situação como “típica de endemia nacional”. Para ele, sempre haverá casos de dengue em alguma cidade. “Estamos num país tropical; o clima favorece os mosquitos”, justificou. Maulori afirmou que a presença de *Aedes aegypti* no ambiente urbano já é motivo para preocupação, ainda mais



FOTO: ADRIANO DE LAVOR

Rivaldo defende a superação de problemas estruturais na luta contra a dengue

quando o índice de infestação é alto e há chances de aparição do vírus tipo 4, “já detectado em Manaus”.

O infectologista Rivaldo Venâncio, responsável técnico pelo escritório da Fiocruz em Campo Grande (MS) e integrante do comitê de assessoria do Ministério da Saúde para dengue e febre amarela, afirmou que são falsas as polêmicas do tipo “é epidemia ou não é?”. Ele destacou que em muitos casos os gestores negam a condição por desinformação, outras vezes, “na tentativa de manipular a opinião pública”.

Rivaldo criticou o comportamento de negação, que desmobiliza a população, os profissionais de saúde e as próprias instâncias gestoras do SUS, “contribuindo para a demora no preparo da rede de saúde e para a ocorrência de mortes”. O especialista alertou que o Liraa auxilia o trabalho de gestores, mas, isoladamente, não é tão eficaz para prever a ocorrência de epidemias de dengue. Deve estar associado a outras informações.

Ele afirmou que, enquanto os graves e históricos problemas estruturais não forem superados, vamos conviver com surtos de dengue no Brasil, “a menos que uma vacina eficaz contra os quatro sorotipos do vírus seja disponibilizada para a população”. Ele considerou como agravantes da situação a inexistência de modelos integrados e participativos, que atuem sobre o problema em toda sua magnitude e dimensão e envolva outros setores da sociedade. A solução para o problema “está fora da governabilidade do setor saúde”.

O infectologista criticou o debate superficial que busca “bodes expiatórios”

e não leva em consideração o modelo de desenvolvimento social e econômico adotado pelo Brasil ao longo dos últimos 500 anos. “Costumamos esquecer, por exemplo, a existência de áreas nas quais é quase impossível a realização de ações de controle do vetor, dadas as condições de (in)segurança e as dificuldades de acesso aos domicílios”.

Ele lamentou que outros fatores, como a intermitência no abastecimento de água potável e a ausência de uma política agrícola estável no país — que gera um crescimento acelerado (e desordenado) dos centros urbanos —, ainda sejam tratados como variáveis secundárias na dinâmica de ocorrência da doença.

Para Rivaldo, depois de duas décadas convivendo com a dengue, é inevitável constatar que “as epidemias são previsíveis e as mortes delas decorrentes são evitáveis, na sua quase totalidade”. Por isso, a rede de serviços de saúde “deve ser planejada com a antecedência e a seriedade que o problema exige”.

INFORMAR E COBRAR

Nesse contexto, os profissionais de imprensa têm contribuições a dar. Para Giovanini Coelho, os jornalistas devem informar a população sobre como proceder em caso de suspeita da doença e orientá-la sobre sinais e sintomas. Além disso, cobrar das autoridades o cumprimento de seus deveres, além de “divulgar ações que comprovadamente dão resultados positivos”.

Rivaldo, embora não acredite que haja neutralidade no que divulgam alguns meios de comunicação, “sobretudo em anos eleitorais”, considera fundamental a colaboração da imprensa. É essencial o papel dos meios de comunicação nos momentos em que alguns dirigentes de saúde não reconhecem a gravidade da situação. “É inacreditável como, por vezes, a realidade dos fatos não é suficiente para sensibilizar gestores”.

A pesquisadora Lêda Régis, do departamento de Entomologia do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fiocruz/PE) considera “importantíssimo” o papel informativo da imprensa, sobretudo no caso de doenças com características de transmissão como as da dengue. Ela se disse preocupada com a divulgação de ordens tais como “cubra” ou “tampe” uma lista exaustiva de recipientes, para uma sociedade que “não reconhece e não estabelece ligação entre as diferentes formas do ciclo biológico do mosquito”.

Ela observou que determinações podem desviar a atenção das situa-

ções de risco, e recomendou: “É mais eficiente difundir conhecimentos que permitam às pessoas entender os porquês, do que emitir ordens”. Giovanini criticou setores da imprensa que exploram somente os aspectos dramáticos, como ocorrência de óbitos e formas graves da doença. Ele reconheceu que são dados relevantes, embora apenas deixem a população alarmada.

Entre os setoristas que cobrem a área de saúde, a dengue sempre rende uma boa discussão. Para Rose Mary Bezerra, redatora do *Diário do Nordeste*, em Fortaleza, a preocupação maior é checar as informações. “O risco é o gestor exagerar ou esconder fatos”, ponderou. Ela lembrou que, quando há epidemia, falta unidade entre os dados divulgados por diferentes órgãos do governo.

Outro ponto levantado pela jornalista é a falta de agilidade dos gestores no atendimento à imprensa, como a ausência de equipes de plantão nos fins de semana. Por outro lado, Rose criticou colegas que exploram a gravidade da situação: “Apavorar o leitor não ajuda a população a ser proativa e atrapalha os serviços de saúde”.

Miriam Moura, chefe de reportagem da TV Acre, em Rio Branco, também reclamou da falta de um discurso oficial único. Ela informou que, por trabalhar em uma cidade

da falta de agilidade dos gestores estaduais em lidar com a imprensa, já que somente divulgam dados estatísticos sobre a doença uma vez por semana. “Somos imprensa diária, temos que repercutir os casos”, argumentou.

Ele também disse que é difícil ignorar as reclamações feitas pelos espectadores. “Temos responsabilidade social com o público. Só hoje recebi três ligações de pessoas que estão nas filas dos hospitais e não conseguem ser atendidas”, disse ele. Para o jornalista, se a população procura a imprensa é porque os gestores não resolvem o problema. Paulo ressaltou ainda que a emissora também divulga ações positivas da comunidade: “Não é bom se atrelar somente às ações do poder público”, disse.

SINTONIA POSSÍVEL

Situações extremas também podem gerar boas parcerias. Entre 2001 e 2002, Recife viveu uma grave epidemia de dengue, quando foram notificados pelo menos 35 mil casos da doença. Na época, a pesquisadora Tereza Lyra, do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, era diretora de Vigilância em Saúde do município.

Ela ressalta ações implementadas pela gestão: diariamente, saía um boletim com o número de casos novos. “Nada foi omitido: nem número de casos, nem óbitos suspeitos, nem índices de infestação”. Tereza acredita que a postura estabeleceu confiança, já que não houve questionamentos maiores sobre as intervenções adotadas.

Outra medida, nesse caso, do lado que divulga a informação, contou com a ajuda do *Jornal do Commercio*, que publicou suplemento com informações e orientações elaboradas em grande parte pela própria equipe de vigilância. A disponibilidade da gestora também ajudou. Diariamente ela atendia jornalistas e radialistas e, pelo menos duas vezes por semana, participava de programas de televisão.

Tratar a questão com diferentes setores também foi fundamental. Tereza lembra que houve articulação com órgãos da própria prefeitura (empresa de manutenção e limpeza urbana, Defesa Civil e Secretaria de Educação, entre outros) e demais setores da sociedade, como entidades religiosas e representações profissionais.

Ela indicou como conseguiu estabelecer a boa relação com os jornalistas: “Uma boa relação com a imprensa se dá a partir do momento em que estabelecemos com ela e, conseqüentemente com a população, um clima de transparência”. 

Estamos num país tropical; o clima favorece os mosquitos

**MAULORI CABRAL,
DO INSTITUTO DE
MICROBIOLOGIA
DA UFRJ**

onde o número de casos da doença é quase sempre alto, o assunto está nos telejornais desde outubro, quando começam as chuvas na região: “É só aparecer o primeiro caso e já pautamos matérias”, revelou.

A dengue também faz parte do cotidiano de Paulo Yafusso, chefe de reportagem da TV Morena, em Campo Grande. Segundo ele, a emissora faz cobertura sistemática sobre a doença, desde que uma grande epidemia assolou a cidade, em 2007. Paulo reclamou

DROGAS E SOCIEDADE



CRACK, QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Droga gera nível alto de dependência, mas reversão do quadro é possível com ações intersetoriais, que vejam consumo como consequência, não como causa de problemas

Katia Machado

Em fevereiro deste ano, a Junta Internacional de Fiscalização a Entorpecentes (Jife) — órgão ligado à Organização das Nações Unidas (ONU) — divulgou seu relatório anual sobre o perfil de consumo e tráfico de drogas em 2009. O abuso de drogas ilícitas na América do Sul vem aumentando, enquanto na Europa e na América do Norte a tendência é de queda

(em 2008 foram apreendidas 19,5 toneladas de cocaína e, em 2009, 21,5 toneladas, um aumento de 15% em relação ao ano anterior, superando inclusive o México, com 19,3 toneladas) neste tipo de flagrante. Ainda segundo a Jife, o Brasil ocupa o terceiro lugar no ranking de maior consumidor mundial dessa droga e tem a principal rota de tráfico internacional no Cone Sul. O relatório também apontou preocupação quanto à mudança do perfil do consumo no país. Há cada vez menos uso de

drogas injetáveis e mais da cocaína fumada, conhecida como crack (nome devido ao som que é produzido quando a substância é consumida nos *cachimbos*). Essa tendência já era percebida na década de 1990, de acordo com artigo publicado na *Revista da Associação Médica Brasileira* (volume 43, nº 1, jan/mar de 1997) que revelava que a porcentagem de pacientes que relataram uso do crack havia aumentado de 17%, em 1990, para 64%, em 1993, em dois ambulatórios na cidade de São Paulo.

De acordo com o coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado, o crack é menos utilizado que a maconha e a cocaína aspirada, mas o problema, diz, não reside na magnitude do número total de casos, e sim na gravidade dos quadros de consumo da droga. O uso no mês — resposta à pergunta “nos últimos 30 dias você usou a substância tal?” — é de 0,4% para a cocaína e 0,1% para o crack, na população de 12 a 65 anos, em 2005, revelam dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, da Unifesp. Pedro Gabriel explica que o consumo do crack — resultado de uma mistura de cristal de cocaína ou pasta base ou cocaína em pó (cloridrato de cocaína e adulterantes), água e bicarbonato de sódio — tem pelo menos dois fatores de risco: a dependência e a vulnerabilidade dela decorrente, que fazem dessa droga grave problema de saúde pública e enorme desafio para o governo brasileiro.

CRACK TEM CURA

A dependência caracteriza-se não só pela incapacidade de se interromper o uso no momento desejado e a necessidade de se usarem doses cada vez maiores para obter os mesmos resultados, como pelos efeitos físicos e psíquicos causados pela abstinência. “Sabe-se que o crack causa dependência muito rápida e intensa e, por ser droga ilícita, distribuída em um cenário de marginalidade e violência, geralmente se associa a um contexto de extrema vulnerabilidade social”, analisa Pedro Gabriel.

A gravidade e a intensidade dos problemas gerados pelo consumo da droga não devem ser vistos, no entanto, como sinônimos de uma situação irreversível para os usuários. A dependência do crack não é algo incurável, afirma Pedro Gabriel. Ao contrário, há resultados extremamente positivos entre os que se submetem a tratamento. “O importante é que a intervenção não tenha olhos apenas para o uso da droga, mas para a vida dos sujeitos afetados, sua marginalização e vulnerabilidade”, orienta.

O uso do crack, em geral, está associado ao consumo de álcool e à exposição ao ambiente insalubre e inóspito das ruas e dos locais clandestinos de consumo. Em geral, a droga é consumida por jovens que vivem na rua, onde há ausência de suporte social eficaz. Eles praticam delitos para adquirir o que desejam, têm relação estreita com a violência sexual e policial e convivem com a debilidade física causada pela alimentação escas-

sa e irregular. “Predominam usuários jovens, do sexo masculino. O uso pelo grupo que vive em situação de rua é até 12 vezes maior que pelo restante da população. Em alguns contextos mais graves, crianças muito jovens, de até 8 anos, podem ser induzidas ao consumo que, por sua vez, avança para a classe média, como mostram alguns dados, mas ainda de forma incipiente”, informa Pedro Gabriel. É

A droga é consumida por jovens que vivem na rua, onde há ausência de suporte social eficaz

**PEDRO GABRIEL,
DA COORDENAÇÃO DE
SAÚDE MENTAL/MS**

um problema do mundo todo, que veio despontando a partir nos anos 90. Mas é especialmente mais grave na América Latina, onde a vulnerabilidade social a que estão submetidos, os usuários, especialmente, crianças e jovens consumidores urbanos, é extrema.

Para o médico e psicanalista Tarcísio Andrade, coordenador do Serviço de Extensão Permanente Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Ufba), o uso do crack é como o de outras drogas. O problema é que se trata de uma forma de consumo mais intenso, passível de maior dependência, e que atinge principalmente pessoas com desvios sociais, populações menos favorecidas socialmente, com menor nível institucional e menor capacidade técnica de inserção social. “Só que o que se tenta mostrar é que o crack é o gerador de todos os problemas sociais, não o contrário”, critica. “O usuário não é uma pessoa à parte”.

Tarcísio defende o tratamento da dependência tanto do crack quanto de outras drogas, sob a ótica da redução de danos. “Significa adequar os serviços à realidade da comunidade”, esclarece. “É focar no sujeito, e não na substância”, acrescenta Marco Manso, que atua como redutor de danos da Aliança. O serviço volta-se às comuni-

dades pobres de Salvador, indo ao encontro das pessoas usuárias de crack, e presta capacitação aos profissionais de saúde da atenção básica. Além disso, dispõe de ambulatório clínico para os casos mais complexos.

Segundo Tarcísio, os usuários de crack vão pouco aos serviços de saúde, pois não os têm como referência. “Por isso, o tratamento precisa ser realizado onde está o usuário”. Não é simples, conforme já constatou. Para ele, a Estratégia de Saúde da Família é o que se tem de melhor para alcançar o usuário da droga. “Mas é preciso capacitar o profissional de saúde e acabar com a crença de que o tratamento somente pode ser feito em clínica especializada. No Brasil, os modelos tradicionais de tratamento, com longas internações, conduzidos por instituições religiosas ou comunidades terapêuticas, são os mais usados pela sociedade. “Em geral, são práticas verticalizadas e distanciadas e, por isso, muitos tratamentos não dão certo”, explica Tarcísio.

Ele não descarta os modelos tradicionais, mas acha que não resolvem o problema totalmente. “Não há como colocar todos os usuários do crack numa instituição”, afirma. Para Tarcísio, esses locais de tratamento deveriam servir de retaguarda. “Precisamos de vários modelos e saber onde cada usuário se adapta melhor”, aponta. “O desafio é tão amplo e espinhoso, que precisamos unir os esforços de todos”, diz Pedro Gabriel.

TERAPIA AMPLIADA

Para Manso, também é possível trabalhar com os dois modelos, mas “quando se fala em internação, é preciso o desejo da pessoa”, salienta. É ingênuo supor que a internação por longos períodos é uma solução eficaz em si mesma, observa Pedro Gabriel. “Se necessária, ela precisa fazer parte de um projeto terapêutico mais amplo, que leve em conta a singularidade de cada história de vida, os recursos existentes na rede de saúde e de proteção social, a participação ativa da família e da rede de relações do usuário”, avalia.

Para Pedro Gabriel, algumas instituições praticam um tipo de intervenção que aumenta o estigma e dificulta a inclusão social do usuário, e, em alguns casos, chegam a provocar situações de desrespeito aos direitos humanos e que devem ser energeticamente coibidas. “Mas o trabalho desses grupos filantrópicos é, de uma maneira geral, muito bem intencio-

nado e valioso. Eles podem e devem ter um papel relevante de apoio e articulação com a rede de serviços do SUS e de outras políticas sociais, com a assistência social, a Justiça, a educação e o trabalho”, observa.

Em sua avaliação, é necessária uma radical abertura a inovações, flexibilidade nos conceitos terapêuticos e tolerância com a diversidade. Uma delas, informa, são os consultórios de rua. “A ideia é levar o cuidado até o ambiente inóspito onde vivem os usuários, lugares cruelmente designados como cracolândias”, explica. Pedro também elogia a abordagem da redução de danos, por sua abrangência, visão pragmática do problema e potencial de ampliar a adesão ao tratamento.

RELAÇÃO DE CONFIANÇA

De acordo com Pedro Gabriel, o conceito de cuidado utilizado pelo Ministério da Saúde relaciona-se ao de rede pública ampliada, com intervenção simultânea nos fatores clínicos – dependência e condições psíquicas dos usuários – e sociais, como vulnerabilidade e fragilidade dos laços de pertencimento à família, escola, trabalho, lazer e comunidade. “É preciso garantir a continuidade do cuidado, de tal maneira que o usuário estabeleça uma relação de confiança com o sistema público de atenção”, explica.

A rede de cuidado do usuário de crack é composta pela atenção básica – equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, Centros de Atenção Psicossocial (Caps), especialmente os Caps-AD (Álcool e Drogas) e os Capsi (Infanto-Juvenil) –, leitos de acolhimento e desintoxicação em hospitais gerais, unidades de acolhimento temporário, como as casas de passagem, e internações mais longas, quando necessário. “O Ministério da Saúde tem estimulado a criação, segundo as diversidades locais, de redes que incluam o Caps-AD, uma pequena unidade de internação curta em ambiente de hospital geral, uma hospedaria ou casa de passagem e um centro de convivência”, salienta. Além disso, uma intensa articulação com a atenção básica e com as redes de proteção social e de cidadania (assistência social, juizado de infância e juventude, defensoria pública, serviços culturais, rede escolar etc.). “A oferta de cuidado tem que ser diversificada, porque não se trata apenas de separar o usuário do consumo ou tratar a intoxicação pela droga, mas protegê-lo da situação de vulnerabilidade e ajudá-lo a reconstruir

alternativas que lhe façam pensar e sentir que a vida vale a pena ser vivida”, salienta. É o que também defende Manso, para quem o cuidado integral do usuário de crack somente é possível por meio de uma rede que inclua serviços de tratamento como os Caps e ambulatórios como o da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti.

Para Tarcísio, o tema exige ação intersetorial. “O Caps-AD de Salvador, por exemplo, tem entre suas atividades a jardinagem. Mas quando o usuário sai de lá, não tem onde aplicar o que aprendeu”, diz. “Nesse caso, a instituição pode fazer parceria com a Secretaria de Meio Ambiente ou de Administração, para que possa integrar as pessoas na atividade fim”, propõe. É o que normalmente acontece nas comunidades terapêuticas, distanciadas da realidade. “O usuário, enquanto internado, passa o tempo todo envolvido em tarefas, cuida dos porcos ou de outros bichos, e, quando sai de lá, onde vai trabalhar?”, questiona. Se não for inserido na sociedade, as chances de voltar a usar a droga são grandes. “Ninguém quer morrer aos 20 anos de idade. Mas isso acontece muitas vezes com o usuário de crack por falta de oportunidade”, atenta.

O mesmo pensa Pedro Gabriel, para quem a política de assistência social é tão importante quanto a de Saúde Pública nessas situações de intensa vulnerabilidade, por exemplo. “Mas ainda é muito insuficiente a articulação do Sistema Único de Saúde

O Ministério da Saúde, porém, já avança numa ação coordenada com o sistema de proteção legal, por meio dos conselhos tutelares, Justiça, Ministério Público e Defensoria Pública. “Desde 2005, funciona o Fórum Nacional de Políticas para Crianças e Adolescentes com Problemas de Saúde Mental e Consumo Prejudicial de Drogas, que tem facilitado a cooperação em rede das diversas políticas e instituições do estado e da sociedade”, ressalta. A 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, cuja etapa dos municípios está em andamento, assumiu deliberadamente um caráter intersetorial para tratar do consumo do crack. “O tema não será discutido apenas por psiquiatras, psicólogos e demais atores da área da saúde, mas por juízes, promotores, agentes da assistência social, da cultura, trabalho, habitação e outras políticas sociais”, diz. O caminho, conclui, diante da complexidade do problema do crack, é acelerar o debate e os pactos intersetoriais.

A chamada da campanha do MS – *Nunca experimente o crack. Ele causa dependência e mata* –, veiculada em rádios, TVs e jornais e no próprio site do ministério, cumpriu seu papel de trazer o tema ao debate da sociedade, na avaliação de Pedro Gabriel. “Um levantamento sobre a receptividade da campanha mostrou que ela atingiu um segmento expressivo da população”, informa. Entre dezembro de 2009 e janeiro de 2010, com a campanha no ar, foram feitos 350 mil acessos ao Disque-Saúde que tratavam do crack. “O importante é a continuidade da ação”, afirma. Os passos seguintes, pontua, são ações de educação em saúde, prevenção, combate ao estigma, orientação aos professores nas escolas, entre outras medidas de prevenção e promoção da saúde.

Para Manso, a iniciativa da campanha “abre o debate à sociedade”, mas dizer simplesmente que crack mata não é suficiente. Atribuir ao crack a culpa pelos homicídios cometidos, de modo a mostrar como a droga é perigosa, preocupa Manso. “Em Salvador, por exemplo, o que se tem divulgado é que 80% dos homicídios estão ligados à droga”, informa, considerando perversa a abordagem, uma vez que esses índices são maiores em locais onde o Estado está ausente. “Parece que a substância é algo inerte e o problema são as pessoas que fazem uso dela”. Para ele, é urgente pensar políticas públicas de longo prazo, que atinjam as comunidades mais pobres. 

O tema exige ação intersetorial; ninguém quer morrer aos 20 anos de idade

TARCÍSIO ANDRADE,
DA ALIANÇA DE REDUÇÃO
DE DANOS/UFBA

(SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na ponta do sistema, seja no território ou no bairro”, revela. “Os Centros de Referência de Assistência Social (CRAs) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREs), unidades de atenção do SUAS, precisam estar mais próximos dos Caps e da atenção básica”, sugere.

SERVIÇO

EVENTOS

26º CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Realizado anualmente pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o congresso reunirá, em Gramado (RS), dirigentes municipais, trabalhadores e usuários dos serviços públicos de saúde do Brasil para debater questões voltadas ao aperfeiçoamento do SUS. Durante os quatro dias, serão desenvolvidos cursos, oficinas, painéis e mesas redondas. As inscrições podem ser feitas até 14/5 no site do evento. **Data** 25 a 28 de maio de 2010
Local Centro de Convenções Expogramado, Gramado, RS
Mais informações
www.conasems.org.br

8ª CONFERÊNCIA DA REDE GLOBAL DE CENTROS COLABORADORES DA OMS PARA A ENFERMAGEM E OBSTETRICIA

Discutir as diretrizes nacionais para a formulação de políticas, estratégias de operacionalização e ações concretas implementadas pelos profissionais de enfermagem e obstetria é o objetivo da conferência, realizada pela primeira vez no Brasil, promovido pela Rede Global de Centros Colaboradores da OMS para o Desenvolvimento da Enfermagem e da Obstetria e pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. As inscrições podem ser feitas até 15/6. Após esse dia, apenas no evento. **Data** 28 a 30 de julho de 2010
Local Hotel Sheraton WTC, São Paulo
Mais informações
www.primarycareconference.com

PUBLICAÇÕES

TEMAS EM SAÚDE

A Editora Fiocruz lançou três livros da coleção *Temas em Saúde*, voltados a estudantes, profissionais e público em geral, apresentando conceitos e conteúdos fundamentais das áreas da saúde. As novas publicações da série são **Bioética**



para profissionais de saúde, escrito por Sergio Rego (mestre e doutor em Saúde Coletiva), Marisa Palácios (mestre em Saúde Coletiva e doutora em Engenharia de Produção) e Rodrigo Siqueira-Batista (mestre em Medicina e em Filosofia, doutor em Saúde Pública e pós-doutor em Física/Epistemologia); **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**, de Rita Barradas Barata (mestre e doutora em Medicina Preventiva) e **O que é o SUS**, de Jairnilson Silva Paim (mestre em Medicina e doutor em Saúde Pública).

MEDICINA E HISTÓRIA

Clementino Fraga Filho – Depoimento de um médico humanista (Editora Fiocruz), organizado por Flavio Coelho Edler, professor do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da COC/Fiocruz, traz textos autobiográficos, transcritos de mais de vinte horas de gravação de entrevistas sobre a trajetória do médico e reitor da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A publicação começa com a “reconstituição do ambiente familiar e outros elementos formadores”, anteriores à entrada de Fraga Filho na Faculdade de Medicina da UFRJ. Na segunda parte, é descrito o período em que foi catedrático da Santa Casa. Já o terceiro bloco descreve sua experiência na gestão pública, de quando esteve à frente da direção do Instituto de Nutrição até o momento em que assumiu a presidência da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem). No fim do livro, além de uma reflexão sobre a relação do magistério com a clínica, fotos que ilustram a vida profissional de Fraga Filho.



DEMOCRACIA E COMUNICAÇÃO

Reflexões sobre as Políticas Nacionais de Comunicação, organizado por Daniel Castro, jornalista e assessor-chefe de Comunicação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada



(Ipea), reúne textos que resumem os debates ocorridos no seminário *Encontro Brasil Ipea 45 anos: Um novo ciclo de pensamento nacional – Uma reflexão sobre a 1ª Conferência Nacional de Comunicação*. Assim como o evento, a publicação é dividida em três partes – *Comunicação, o debate lá fora*; *Comunicação, o debate aqui dentro* e *Comunicação, o debate na academia* –, nas quais são apresentadas diferentes análises sobre os novos rumos da Comunicação.

VÍDEO

DOCUMENTÁRIOS SOBRE SAÚDE

O Selo Fiocruz Vídeo lançou, no Abrascão 2009 (31 de outubro a 4 de novembro), sete novos documentários de saúde, divididos em cinco DVDs. São eles: **Adolescendo** (Pedro Carvana); **Ehcmakî-Kirwañhe – Um debate na saúde indígena** (Giuliano Jorge, Marcus Leopoldino, Paula Saules, Pedro Perazzo e Tunico Amâncio); **Fim do silêncio** (Thereza Jessouroun); **Ruínas da loucura** (Karine Emerich e Mirela Kruehl) e as animações, **Rattus Rattus** (Zé Brandão); **Meu corpo, meu mundo** (Érica Valle) e **A peleja dos guerreiros Sa & Ude contra os monstros Dó & Ença nos pais dos tropicais** (Wilson Freire), reunidas em único DVD. Escolhidos entre outros 155 para serem produzidos pela Fiocruz, os vídeos podem ser adquiridos na VídeoSaúde Distribuidora e na Editora Fiocruz. 



ENDEREÇOS

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

Ipea
Tel. (61) 3315-5334
Email ascom@ipea.gov.br
Site www.ipea.gov.br

VídeoSaúde Distribuidora
Tel. (21) 3882-9111
Email fiocruzvideo@fiocruz.br
Site www.cict.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=47



A hora e a vez da ecologia mental

Por Leonardo Boff*

No dia 2 de fevereiro de 2007 ao ouvir em Paris os resultados acerca do aquecimento global dados a conhecer pelo Painel Intergovernamental das Mudanças Climáticas (IPCC) o então Presidente Jacques Chirac disse: "Como nunca antes, temos que tomar a palavra revolução ao pé da letra. Se não o fizermos o futuro da Terra e da Humanidade é posto em risco".

Outras vezes já antes, como a de Gorbachev e de Claude Levy Strauss pouco antes de morrer, advertiam: "ou mudamos de valores civilizatórios ou a Terra poderá continuar sem nós".

Esse é o ponto ocultado nos fóruns mundiais, especialmente o de Copenhague. Se for reconhecido abertamente, ele implica uma autocondenação do tipo de produção e de consumo com sua cultura mundialmente vigente. Não basta que o IPCC diga que, em grande parte, o aquecimento agora irreversível é produzido pelos seres humanos. Essa é uma generalização que esconde os verdadeiros culpados: são aqueles homens e mulheres que formularam, implantaram e globalizaram o modo de produção de bens materiais e os estilos de consumo que implicam depredação da natureza, clamorosa falta de solidariedade entre as atuais e as futuras gerações.

Pouco adianta gastar tempo e palavras para encontrar soluções técnicas e políticas para a diminuição dos níveis de gases de efeito estufa se mantivermos este tipo de civilização. É como se uma voz dissesse: "pare de fumar, caso contrário vai morrer"; e outra dissesse o contrário: "continue fumando, pois ajuda a produção que ajuda criar empregos que ajudam garantir os salários que ajudam o consumo que ajuda aumentar o PIB". E assim alegremente, como nos tempos do velho Noé, vamos ao encontro de um dilúvio pré-anunciado.

Não somos tão obtusos a ponto de dizer que não precisamos de política e de técnica. Precisamos muito delas. Mas é ilusório pensar que nelas está a solução. Elas devem ser incorporadas dentro de um outro paradigma de civilização que não reproduza as perversidades atuais. Por isso, não basta uma ecologia ambiental que vê o problema no ambiente e na Terra. Terra e ambiente não são o problema. Nós é que somos o problema, o verdadeiro Satã da Terra quando deveríamos ser seu Anjo da Guarda. Então: importa fazer, consoante Chirac, uma revolução. Mas como fazer uma revolução sem revolucionários?

Estes precisam ser suscitados. E que falta nos faz um Paulo Freire ecológico! Ele sabiamente dizia algo que se aplica ao nosso caso: "Não é a educação que vai mudar o mundo. A educação vai mudar as pessoas que vão mudar o mundo". Precisamos

destas pessoas revolucionárias, caso contrário, preparemo-nos para o pior, porque o sistema imperante é totalmente alienado, estupidificado, arrogante e cego diante de seus próprios defeitos. Ele é a treva e não a luz do túnel em que nos metemos.

É neste contexto que invocamos uma das quatro tendências da ecologia (ambiental, social, mental, integral): a ecologia mental. Ela trabalha com aquilo que perpassa a nossa mente e o nosso coração. Qual é a visão de mundo que temos? Que valores dão rumo à nossa vida? Cultivamos uma dimensão espiritual? Como nos devemos relacionar com os outros e com a natureza? Que fazemos para conservar a vitalidade e a integridade de nossa Casa Comum, a Mãe Terra?

Não dá em poucas linhas para traçar o desenho principal da ecologia mental, coisa que fizemos em inúmeras obras e vídeos. O primeiro passo é assumir o legado dos astronautas que viram a Terra de fora da Terra e se deram conta de que Terra e Humanidade formam uma entidade única e inseparável e que ela é parcela de um todo cósmico. O segundo, é saber que somos Terra que sente, pensa e ama, por isso *homo* (homem e mulher) vem de *húmus* (terra fecunda). O terceiro que nossa missão no conjunto dos seres é de sermos os guardiães e os responsáveis pelo destino feliz ou trágico desta Terra, feita nossa Casa Comum. O quarto é que junto com o capital natural que garante nosso bem estar material, deve vir o capital espiritual que assegura aqueles valores sem os quais não vivemos humanamente, como a boa-vontade, a cooperação, a compaixão, a tolerância, a justa medida, a contenção do desejo, o cuidado essencial e o amor.

Estes são alguns dos eixos que sustentam um novo ensaio civilizatório, amigo da vida, da natureza e da Terra. Ou aprendemos estas coisas pelo convencimento ou pelo padecimento. Este é o caminho que a história nos ensina. 

* Leonardo Boff é teólogo e autor do DVD *As quatro ecologias*, CDDH de Petrópolis, 2009. Fonte: Agência Latinoamericana de Información (Alai), <http://alainet.org>



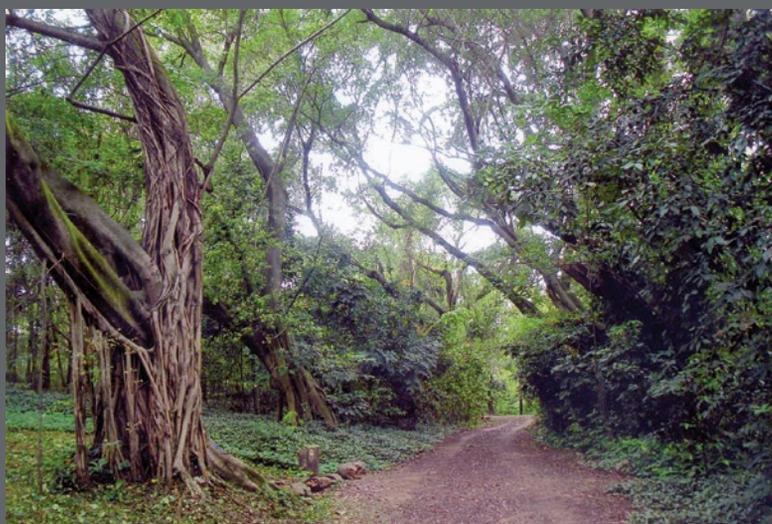
GALERIA: OLHARES SOBRE MANGUINHOS



Noturno

Aristides Dutra (Ensp)

1º LUGAR – EDIFÍCIOS ECLÉTICOS



Árvores inclinadas

Mayalu Matos Silva (Ensp)

1º LUGAR – CAMINHOS E MIRADAS



Gerando ciência

Elaine Miranda (Ensp)

1º LUGAR – EDIFÍCIOS MODERNISTAS



Flor de lótus

Marlon Vicente da Silva (Bio-Manguinhos)

1º LUGAR – FAUNA E FLORA

Essas são as fotos vencedoras do concurso *Olhares sobre Manguinhos*, organizado pela Casa de Oswaldo Cruz, durante a Semana do Patrimônio 2009, e destinado aos trabalhadores, pesquisadores, alunos, bolsistas e estagiários da Fiocruz. O objetivo foi despertar a atenção para as edificações históricas e paisagens do campus da fundação. O concurso premiou dezesseis fotos, em quatro categorias, relacionadas aos patrimônios arquitetônico e paisagístico local – Edifícios ecléticos; Edifícios modernistas; Fauna e flora; e Caminhos e miradas. As fotos aqui em destaque são as primeiras colocadas de cada categoria.